



REGISTRO OFICIAL®

ÓRGANO DEL GOBIERNO DEL ECUADOR

Administración del Sr. Lcdo. Lenín Moreno Garcés
Presidente Constitucional de la República

EDICIÓN ESPECIAL

Año I - Nº 69

**Quito, viernes 25 de
agosto de 2017**

Valor: US\$ 1,25 + IVA



**ING. HUGO DEL POZO BARREZUETA
DIRECTOR**

Quito: Avenida 12 de Octubre
N23-99 y Wilson
Segundo Piso

Oficinas centrales y ventas:
Telf. 3941-800
Exts.: 2301 - 2305

Sucursal Guayaquil:
Av. 9 de Octubre Nº 1616 y Av. Del Ejército
esquina, Edificio del Colegio de Abogados
del Guayas, primer piso. Telf. 252-7107

Suscripción anual:
US\$ 400 + IVA para la ciudad de Quito
US\$ 450 + IVA para el resto del país

Impreso en Editora Nacional

36 páginas

www.registroficial.gob.ec

**Al servicio del país
desde el 1º de julio de 1895**

**MINISTERIO DE SALUD
PÚBLICA**

**ACUERDO MINISTERIAL
No. 0114-2017**

**NORMA TÉCNICA
“PROTECCIÓN DE
SALUD PARA LOS
PUEBLOS INDÍGENAS EN
AISLAMIENTO VOLUNTARIO
Y EN CONTACTO INICIAL”**

No. 0114-2017

LA MINISTRA DE SALUD PÚBLICA

Considerando:

Que, la Constitución de la República del Ecuador, en el artículo 3 numeral 1, atribuye como deber primordial del Estado, garantizar sin discriminación alguna el efectivo goce de los derechos establecidos en ella y en los instrumentos internacionales, en particular la salud;

Que, la citada Constitución de la República del Ecuador, en el artículo 32, dispone que: *“La salud es un derecho que garantiza el Estado, cuya realización se vincula al ejercicio de otros derechos, entre ellos el derecho al agua, la alimentación, la educación, la cultura física, el trabajo, la seguridad social, los ambientes sanos y otros que sustentan el buen vivir. El Estado garantizará este derecho mediante políticas económicas, sociales, culturales, educativas y ambientales; y el acceso permanente, oportuno y sin exclusión a programas, acciones y servicios de promoción y atención integral de salud, salud sexual y salud reproductiva. La prestación de los servicios de salud se regirá por los principios de equidad, universalidad, solidaridad, interculturalidad, calidad, eficiencia, eficacia, precaución y bioética, con enfoque de género y generacional.”*;

Que, la Norma Suprema, en el artículo 57 reconoce y garantiza a las comunas, comunidades, pueblos y nacionalidades indígenas, entre otros los siguientes derechos colectivos: *“(…) Los territorios de los pueblos en aislamiento voluntario son de posesión ancestral irreductible e intangible, y en ellos estará vedada todo tipo de actividad extractiva. El Estado adoptará medidas para garantizar sus vidas, hacer respetar su autodeterminación y voluntad de permanecer en aislamiento, y precautelara la observancia de sus derechos. La violación de estos derechos constituirá delito de etnocidio, que será tipificado por la ley (...)”*;

Que, la Norma Ibidem, en el artículo 361, ordena al Estado ejercer la rectoría del Sistema Nacional de Salud a través de la Autoridad Sanitaria Nacional, siendo responsable de formular la política nacional de salud, y de normar, regular y controlar todas las actividades relacionadas con la salud, así como el funcionamiento de las entidades del sector;

Que, la Ley Orgánica de Salud, en el artículo 4, prescribe que la Autoridad Sanitaria Nacional es el Ministerio de Salud Pública, entidad a la que corresponde el ejercicio de las funciones de rectoría en salud; así como la responsabilidad de la aplicación, control y vigilancia del cumplimiento de esta Ley; siendo obligatorias las normas que dicte para su plena vigencia;

Que, la referida Ley Orgánica de Salud, en el artículo 189, dispone que a los integrantes del Sistema Nacional de Salud les corresponde respetar y promover el desarrollo de las medicinas tradicionales, e incorporar el enfoque intercultural en las políticas, planes, programas, proyectos y modelos de atención de salud, debiendo integrar los conocimientos de las medicinas tradicionales y alternativas en los procesos de enseñanza – aprendizaje;

Que, con Decreto Ejecutivo No. 8, de 24 de mayo de 2017, publicado en el Suplemento del Registro Oficial No. 16, de 16 de junio del mismo año, el Presidente Constitucional de la República nombró a la doctora María Verónica Espinosa Serrano, como titular del Ministerio de Salud Pública;

Que, es necesario establecer lineamientos operativos para los actores del Sistema Nacional de Salud que interactúan en el cordón de protección de salud del área de los pueblos indígenas en aislamiento y las poblaciones colindantes de las Provincias de Orellana, Napo y Pastaza en el marco de la implementación del Modelo de Atención de Salud Familiar, Comunitario e Intercultural (MAIS-FCI); y,

Que, mediante memorando Nro. MSP-DNN-2017-0555-M de 24 de julio de 2017, el Director Nacional de Normatización, Encargado, remite el informe técnico respectivo y solicita la elaboración del presente Acuerdo Ministerial.

EN EJERCICIO DE LAS ATRIBUCIONES CONCEDIDAS POR LOS ARTÍCULOS 151 Y 154, NUMERAL 1 DE LA CONSTITUCIÓN DE LA REPÚBLICA DEL ECUADOR Y EL ARTÍCULO 17 DEL ESTATUTO DEL RÉGIMEN JURÍDICO Y ADMINISTRATIVO DE LA FUNCIÓN EJECUTIVA

Acuerda:

Art. 1.- Aprobar y autorizar la publicación de la Norma Técnica **“Protección de salud para los pueblos indígenas en aislamiento voluntario y en contacto inicial”**.

Art. 2.- Disponer que la Norma Técnica **“Protección de salud para los pueblos indígenas en aislamiento voluntario y en contacto inicial”**, sea aplicada a nivel nacional, como una normativa de carácter obligatorio para el Sistema Nacional de Salud.

Art. 3.- Publicar la Norma Técnica **“Protección de salud para los pueblos indígenas en aislamiento voluntario y en contacto inicial”**, en la página web del Ministerio de Salud Pública.

DISPOSICIÓN FINAL

De la ejecución del presente Acuerdo Ministerial que entrará en vigencia a partir de su publicación en el Registro Oficial, encárguese a la Subsecretaría Nacional de Promoción de la Salud e Igualdad, a la Subsecretaría Nacional de Provisión de Servicios de Salud, y a las Coordinaciones Zonales de Salud.

Dado en la ciudad de Quito, Distrito Metropolitano, a 08 de agosto del 2017.

f.) Dra. Verónica Espinosa Serrano, Ministra de Salud Pública.

Es fiel copia del documento que consta en el archivo de la Dirección Nacional de Secretaría General, al que me remito en caso necesario.- Lo certifico, en Quito a, 08 de agosto de 2017.- f.) Ilegible, Secretaría General, Ministerio de Salud Pública.

0114-2017

Protección de salud para los pueblos indígenas en aislamiento voluntario y en contacto inicial

Norma Técnica

2017

¡Votamos Patria!

 Ministerio de Salud Pública



XXXXXXXXXXXX

Ministerio de Salud Pública del Ecuador, **Protección de salud para los pueblos indígenas en aislamiento voluntario y en contacto inicial**. Norma Técnica. Quito: Ministerio de Salud Pública, Subsecretaría Nacional de Promoción de la Salud, Dirección Nacional Salud Intercultural, Dirección Nacional de Normatización-MSP. 2017, XXX páginas.

XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX

- | | |
|--------------------------------------|---------------------|
| 1. Salud Pública | 4. Norma Técnica |
| 2. Sistema Nacional de Salud | 5. Contacto inicial |
| 3. Pueblos en aislamiento voluntario | |

Ministerio de Salud Pública
 Av. República de El Salvador N36-64 y Suecia
 Quito-Ecuador
 Teléfono: (593 2)-381-44 00 / 593-2-381-4450
 www.salud.msp.gob.ec

Edición general: Dirección Nacional de Normatización

Publicado en
 ISBN

Los contenidos son publicados bajo Licencia de Creative Commons de "Atribución-No Comercial-Compartir Igual 3.0 Ecuador", y pueden reproducirse libremente citando la fuente sin autorización escrita, con fines de enseñanza y capacitación no lucrativas, dentro del Sistema Nacional de Salud.

Como citar este documento:

Ministerio de Salud Pública. **Protección de salud para los pueblos indígenas en aislamiento voluntario y en contacto inicial**, Norma Técnica. Primera edición. Dirección Nacional de Salud Intercultural, Dirección Nacional de Normatización. Quito, Ecuador, 2017. Disponible en: <http://salud.gob.ec>

Impreso por:

Corrección de estilo:

Hecho en Ecuador – Printed in Ecuador

Autoridades del Ministerio de Salud Pública

Dra. Verónica Espinosa, Ministra de Salud Pública
 Dr. Fernando Cornejo, Viceministro de Gobernanza y Vigilancia de la Salud
 Dra. Jakeline Calle, Subsecretaria Nacional de Gobernanza de la Salud
 Dr. Carlos Carvajal, Subsecretario Nacional de Promoción de la Salud e Igualdad
 Mgs. Manuel Cujilema, Director Nacional de Salud Intercultural
 Md. Esteban Bonilla, Director Nacional de Normatización

Equipo de redacción y autores

Alfredo Amores, experto, Promoción de Salud Intercultural, Dirección Nacional de Salud Intercultural
 Marco Andrade, analista, Dirección Nacional de Salud Intercultural

Equipo de colaboradores

Amílcar Albán, Coordinador Fundación RIOS.
 Vilma Alcívar, analista, Asesoría Jurídica del Distrito 22D02 Orellana
 Daniela Caicedo, médico, Centro de Salud de Dikaro
 Vinicio Mancheno, analista, Provisión de Servicios del Distrito 22D02 Orellana
 José Montesinos, médico, Centro de Salud de Yuwints
 Gladys Ñauta, Coordinadora de Salud Intercultural Distrito 22D02 Orellana
 María Parra, analista, Dirección Nacional del Primer Nivel de Atención en Salud
 Doris Peñafiel, médico, Centro de Salud de Dicaro
 Octavio Peralvo, Responsable Salud Mental y Gestión de Riesgos Distrito 22D02 Orellana
 Byron Ruiz, licenciado, Centro de Salud de Dikaro
 Nancy Tito, Directora, Distrito 22D02 Orellana
 Huepera Tocay, facilitador comunitario, Comunidad de Dikaro
 Reynaldo Vera, Coordinador de Vigilancia Sanitaria Distrito 22D02 Orellana Loreto

Equipo de validación

Katy Álvarez, antropóloga, Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales
 Andrea Bravo, antropóloga, Quito
 Adrián Díaz, Organización Panamericana de la Salud
 Alexis Guerrero, Secretaria Hidrocarburos
 Juan Medina, Ministerio de Justicia, Derechos Humanos y Cultos
 Cristina Merino, Organización Panamericana de la Salud
 Roberto Narváez, Secretaria Nacional de Planificación y Desarrollo
 Paola Onofre, Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo
 José Proaño, Fondo Ecuatoriano Populorum Progressio
 Andrea Racines, Secretaria Hidrocarburos
 Remigio Rivera, REPSOL-Ecuador
 Marta Rodríguez, Organización Panamericana de la Salud
 David Suárez, Fundación Alejandro Labaka
 Enrique Vela, Ministerio de Justicia, Derechos Humanos y Cultos
 Marco Andrade, antropólogo, analista, Dirección Nacional de Salud Intercultural
 Alba Benavides, enfermera, Hospital Franklin Tello
 Elena Caicedo, Quito
 Robín Chávez, Director Provisión de Servicios de Salud, Coordinación Zonal 2
 Sofía Chávez, antropóloga, Proyecto de Salud Mental
 Anita Inga, analista, Dirección Nacional de Promoción de la Salud e Igualdad Zona 2

Paulina Jiménez, Directora Zonal de Promoción de la Salud, Coordinación Zonal 9
Vinicio Mancheno, analista, Provisión de Servicios de Salud Distrito 22D02
Jhony Marcillo, enfermero, Centro de Salud La Andina
Diana Molina, analista, Dirección Nacional de Articulación de la Red Pública y Complementaria
Cecilia Paredes, Dirección Nacional del Primer Nivel de Atención en Salud
Sofía Pozo, analista, Dirección Nacional de Normatización del Ministerio de Salud
Gina Pérez, analista, Distrito 22D02
Jonathan Robalino, odontólogo, Centro de Salud Kupi 4
Melky Ruiz, médica, Centro de Salud Díkaro
Cecilia Silva, analista, Dirección Nacional de Vigilancia Epidemiológica
Néstor Tocari, facilitador, Centro de Salud Díkaro
Ximena Raza, magíster en salud pública, Coordinadora Dirección Nacional de Normatización



CORTE
CONSTITUCIONAL
DEL ECUADOR

Contenido

1. Presentación.....	
2. Introducción.....	
3. Antecedentes y justificación.....	
4. Objetivos.....	
Objetivo general.....	
Objetivos específicos.....	
5. Alcance.....	
6. Glosario de términos.....	
7. Desarrollo.....	
a) Premisas fundamentales.....	
b) Premisas específica.....	
1 Prevención para evitar o mitigar los efectos de un contacto con pueblos indígenas en aislamiento	
1.1. Fortalecimiento de la atención integral de salud en las poblaciones del cordón de protección de salud de área de vida de los pueblos indígenas en aislamiento	
1.2. Fortalecimiento de la Red Pública Integral de Salud (RPIS) Complementaria en el cordón de protección en salud.....	
1.3. Información y sensibilización a todos los actores.....	
1.4. Talento humano con competencia intercultural.....	
1.5. Flujo de la información de salud.....	
1.6. Vigilancia de la salud	
2. Respuesta ante el contacto con los pueblos indígenas en aislamiento.....	
2.1. Comando y comunicaciones.....	
2.2. Activación del “equipo especial” de pronta respuesta que participará en la intervención de salud.....	
2.3. Coordinación intersectorial e interinstitucional para articular acciones.....	
2.4. Atención de los problemas de salud de los pueblos indígenas en aislamiento conforme a protocolos de atención establecidos.....	
2.5. Medidas preventivas y de promoción de la salud en comunidades colindantes al área de vida de los pueblos indígenas en aislamiento.....	
3. Restablecimiento de las condiciones de salud.....	
3.1. Fortalecimiento de las acciones integrales con énfasis en la promoción de salud comunidades colindantes.....	
3.2. Atención especial para poblaciones en contacto inicial	
3.3. Vigilancia epidemiológica con participación de las comunidades.....	
3.4. Plan integral de salud a mediano y largo plazo para los pueblos indígenas en contacto inicial	
4. Responsabilidades.....	
4.1. De Planta Central del Ministerio de Salud Pública.....	
4.2. Coordinación Zonal	
4.3. Dirección Distrital.....	
4.4. Establecimiento de salud	
4.5. Comunidad.....	
5. Recursos	
8. Referencias.....	
9. Otros documentos de consulta.....	

1 Presentación

El Ministerio de Salud Pública del Ecuador como Autoridad Sanitaria Nacional, a través de la Dirección Nacional de Salud Intercultural y la Dirección Nacional del Primer Nivel de Atención en Salud, con el propósito de proteger los derechos de salud de los pueblos indígenas en aislamiento y en contacto inicial de la Amazonia, ponen a disposición la presente norma técnica para la protección de salud de los pueblos indígenas en aislamiento voluntario y en contacto inicial.

El Modelo de Atención Integral de Salud, Familiar, Comunitario e Intercultural (MAIS-FCI), plantea: orientar el accionar de los actores del Sistema Nacional de Salud hacia la garantía de los derechos en salud y el cumplimiento de las metas del Plan Nacional para el Buen Vivir 2013-2017; mejorar las condiciones de vida y salud de toda la población ecuatoriana a través de la implementación del mencionado Modelo, bajo los principios de la Estrategia de Atención Primaria de Salud Renovada; y, transformar el enfoque médico curativo, hacia un enfoque integral en salud, centrado en el cuidado y recuperación de la salud individual, familiar y comunitaria, como un derecho humano.

Para el efecto se cuenta con el Sistema Nacional de Salud, que a través del Sistema Nacional de Atención de Salud, protege la salud de todas las personas que permanecen en el territorio ecuatoriano, mediante el Sistema de Servicios de Salud, en complementariedad con los Servicios Ancestrales de Salud.

Sin embargo, esto no es suficiente para preservar la salud de los pueblos indígenas en aislamiento, considerando el principio fundamental del no contacto. Así mismo ha sido insuficiente para proteger la salud de las familias en contacto inicial. De ahí la necesidad de formular la presente norma técnica.

Este instrumento técnico brinda los lineamientos para la potencial interacción con los pueblos indígenas en aislamiento voluntario y contacto inicial, que permitan garantizar el derecho a la salud de esta población, sin vulnerar su autonomía.

Dra. María Verónica Espinosa Serrano

MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA

2 Introducción

La presente norma de salud para los pueblos indígenas en aislamiento y contacto inicial, parte del respeto absoluto a su derecho y autodeterminación de vivir en aislamiento voluntario o no y en su tradicional forma de vida. Está dirigida a proteger la salud de los pueblos indígenas en aislamiento (clanes Tagaeri y Taromenane) y los pueblos indígenas en contacto inicial; y a mejorar y proteger las condiciones de salud de las poblaciones de nacionalidad Waorani, Kichwa, Shuar, Achuar y mestizas, que habitan en el cordón de protección de salud del área de vida de los pueblos indígenas aislados.

Esta norma se enmarca en el mandato de la Constitución de la República del Ecuador que establece la salud como un derecho vinculado al ejercicio de otros derechos esenciales garantizados por el Estado para la construcción del Buen Vivir.

Este derecho fundamental se articula con los derechos de las comunidades, pueblos y nacionalidades indígenas que promueven el respeto a la identidad y la conservación del entorno natural; el respeto a sus formas de organización, a los conocimientos y saberes colectivos; la conservación de sus recursos materiales e inmateriales, plantas medicinales, prácticas ancestrales, entre otros.

Del mismo modo articula con los derechos nacionales e internacionales que protegen a los pueblos indígenas en contacto inicial y en aislamiento voluntario Tagaeri y Taromenane, reconocidos explícitamente el artículo 57 de la Constitución de la República; incorpora los lineamientos de la “Política Nacional de los Pueblos en Situación de Aislamiento Voluntario” (1) y las “Directrices de protección para los pueblos indígenas en aislamiento y en contacto inicial de la Región Amazónica, el Gran Chaco y la región oriental de Paraguay, resultado de las consultas realizadas por el Alto Comisionado de Derechos Humanos de las Naciones Unidas en la región: Bolivia, Brasil, Colombia, Ecuador, Paraguay, Perú y Venezuela” (2), que puntualiza que *“al hablar de los derechos humanos de los pueblos en aislamiento y en contacto inicial, un primer factor primordial a tener en cuenta es que se trata de personas que deben gozar de todos los derechos humanos contenidos en los estándares internacionales”*.

Esta norma también recoge las propuestas de la Declaración de Quito “Reunión Internacional “Hacia el planteamiento de políticas públicas y planes de acción para garantizar el derecho a la salud de los pueblos en aislamiento y contacto inicial de la Amazonia, el Gran Chaco y la Región Oriental del Paraguay”, 2007; las recomendaciones de la «Norma y Guías Técnicas en Salud. Indígenas en Aislamiento y Contacto Inicial. Lima, 2008» del Instituto Nacional de Salud del Ministerio de Salud del Perú, y los documentos técnicos preparados para el efecto por el Organismo Andino de Salud Convenio-Hipólito UNANUE (ORAS CONHU).

En este contexto, el Ministerio de Salud Pública regula las acciones estratégicas para evitar o mitigar los efectos adversos de un posible contacto con pueblos indígenas aislados mediante la implementación de un cordón de protección de salud; la respuesta, según protocolos y guías de atención para cuando se produzca un contacto; y las acciones llevadas a cabo para restablecer el nivel de salud y continuar mitigando los efectos causados por el contacto con los pueblos indígenas aislados.

Alineada al Modelo de Atención Integral de Salud Familiar, Comunitaria e Intercultural (MAIS-FCI), esta norma técnica tiene un enfoque de promoción, prevención, recuperación y rehabilitación de la salud. Promueve la participación comunitaria de las poblaciones que habitan el área de vida de protección de los pueblos en aislamiento; impulsa la coordinación de actividades entre ministerios y otras instituciones para el tratamiento especial de la gestión de la salud del territorio de los pueblos indígenas aislados; y el fortalecimiento de las competencias técnicas e interculturales del

talento humano para el trabajo en los establecimientos de salud ubicados en poblados colindantes del área de vida de los pueblos indígenas aislados

La aplicación de esta norma está a cargo de los equipos de atención integral de salud del Sistema Nacional de Salud que trabajan en el cordón de protección de salud; y de los gestores y planificadores, que tienen la responsabilidad de proteger la salud de pueblos indígenas en aislamiento y en contacto inicial de las provincias de Orellana, Napo y Pastaza.

A través de la implementación de estrategias, guías, instrumentos y/o pautas de interacción para prevenir el contacto desde las acciones de salud; atender en caso de ser necesario; y/o restablecer las condiciones de salud por los efectos causados en caso de contacto con los pueblos indígenas aislados; se protege los derechos a la salud de los Pueblos Indígenas en situación de Aislamiento y Contacto Inicial de la Amazonia ecuatoriana.

3 Antecedentes y justificación

En el Ecuador se conoce la existencia de dos **pueblos indígenas en aislamiento** que han coexistido con varias realidades complejas: los Tagaeri y los Taromenane. La vida de estos clanes aislados, se ha tornado cada vez más difícil y poco segura para sí mismos y para los pueblos colindantes. Su vida itinerante transcurre entre la Zona Intangible Tagaeri-Taromenane, en el Parque Nacional Yasuní, en la llamada Franja de Seguridad del Parque Nacional Yasuní y el Territorio Waorani.

El contacto con otros grupos poblacionales plantea un riesgo a su salud y su vida. Las amenazas a los pueblos aislados son múltiples y crecientes, elevando su situación de vulnerabilidad y riesgo.

Sobre la base de las investigaciones realizadas por *la Comisión para la investigación de las disputas existentes entre los pueblos indígenas Huaorani y Taromenane*, (3) los pueblos indígenas en aislamiento presentes en Ecuador históricamente ocupaban un extenso territorio ubicado entre los ríos Napo y Curaray y sus afluentes, atravesando la actual frontera con el Perú.

Los miembros del grupo Tagaeri, son Waorani que permanecen aislados desde la década de los 60 (contacto con los misioneros evangélicos), cuando fallece Kimontare (muerto por la misma familia) y Ñihua (padre de Tagae). Tagaeri significa gente de Tagae y hace referencia al líder que se alejó de su grupo, los Piyemoiri y los Baihueiri del río Típutini. Entre los Waorani contactados hay parientes directos en primer y segundo grado de los Tagaeri. (4) El otro grupo es el denominado por los propios Waorani como Taromenane. Se conoce que su líder fue *Taromenga o Tarome* y en la memoria de los *waodani* del bajo río se admira su bravura y fortaleza. (4) Si bien al parecer no tienen relaciones de parentesco con los Waorani (4) si se registran relaciones de afinidad socio cultural con los Waorani. (4) Además, se tienen a dos personas waorani que sostienen tener lazos de parentesco con los Taromenane: Wiñeycamo de Kaiweimeno y Omatuki de Batabodo; y la niña Taromenane acogida en comunidad Waorani de Bameno desde marzo del 2013, habla el mismo dialecto y sus cantos tienen el mismo significado que los cánticos Waorani.

Los clanes Tagaeri y Taromenane, reflejan una condición de no contacto con la sociedad dominante o envolvente. A esta situación se la denomina “aislamiento voluntario” pero la misma tiene varios matices, sobre todo sí se comprende que el aislamiento viene de dos condiciones: una dinámica cultural propia y de condiciones de presión de la sociedad dominante que le empuja a esa situación. En este sentido, es más adecuado denominar a este hecho una situación de “aislamiento”.

En la actualidad, en el área colindante de los pueblos indígenas en aislamiento, coexisten los primeros clanes Waorani contactados por los años 1960, agrupados en comunidades sedentarias en la zona de Pastaza y Napo; se encuentran los clanes contactados en los años 70 en la zona de Orellana, que agrupan a familias que mantienen dinámicas semi nómadas itinerantes, con una organización social tradicional-autárquica; también conviven las comunidades Kichwa, Shuar y Achuar que se asentaron en esta región en diferentes épocas pero especialmente los últimos 30

años; y la población mestiza que colonizó progresivamente los bordes de la vía Auca y promovió centros poblados con la expansión de la actividad hidrocarburífera. Hay que considerar también a población flotante y de alta movilidad en la zona: trabajadores de la industria petrolera, turistas, fuerzas de seguridad, estudiantes e investigadores, y servidores públicos.

La presencia de las poblaciones mencionadas, cada una con sus intereses y necesidades, la acelerada expansión de la colonización, las actividades petroleras, el turismo, los centros de investigación, la deforestación, han estrechado cada vez más el territorio de los pueblos indígenas en aislamiento, limitando su movimiento y vida en libertad.

Los pueblos indígenas en **contacto inicial** son pueblos que previamente permanecían "en aislamiento" y que por diversos factores, entraron en contacto con la sociedad nacional.

El Alto Comisionado de Derechos Humanos de las Naciones Unidas define que *los pueblos en contacto inicial son pueblos que mantienen un contacto reciente con la población mayoritaria; y pueden ser también pueblos que a pesar de mantener contacto desde tiempo atrás, nunca han llegado a conocer con exactitud los patrones y códigos de relación de la población mayoritaria.* (2)

En el sector salud, con la finalidad de organizar y priorizar acciones operativas, bajo la categorización de pueblos indígenas en contacto inicial, denominamos pueblos en situación de **contacto inicial nuevo**, a los pueblos que mantienen un contacto reciente con la población mayoritaria (como es el caso de las niñas Taromenane acogidas en comunidades Waorani desde marzo del 2013), y pueblos indígenas de **contacto inicial permanente**, a la población que a pesar de mantener contacto con la sociedad mayoritaria desde tiempo atrás, nunca han llegado a conocer con exactitud, los patrones y códigos de relación de la población de la sociedad nacional.

En este contexto, el propósito del Modelo de Salud Integral de Salud Familiar Comunitario e Intercultural (MAIS-FCI) es orientar el accionar integrado de los actores del Sistema Nacional de Salud hacia la garantía de los derechos en salud y el cumplimiento de las metas del Plan Nacional para el Buen Vivir 2013-2017, al mejorar las condiciones de vida y salud de la población ecuatoriana.

Sin embargo, este accionar no llega a los pueblos indígenas en aislamiento, justamente por su condición de aislamiento. Incluso, los pueblos indígenas de **contacto inicial permanente** tienen problemas de accesibilidad geográfica, económica y socio cultural para acceder a los servicios de salud que oferta el Estado.

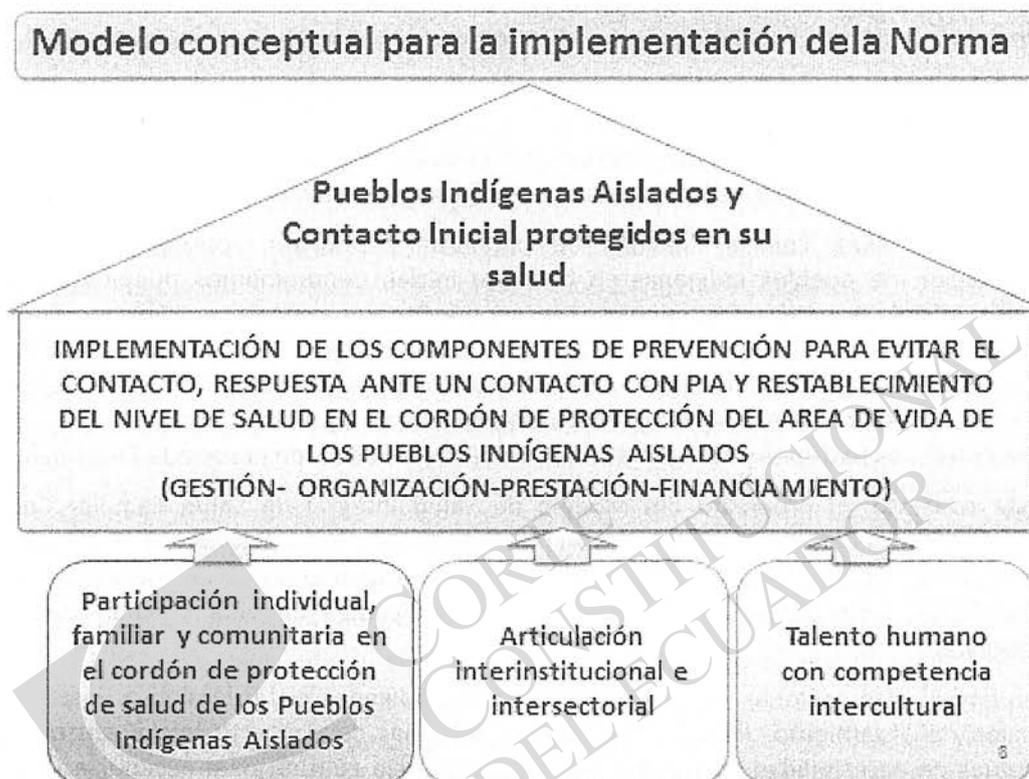
Por lo que los pueblos indígenas aislados, los de contacto inicial y algunas de familias de la nacionalidad Waorani presentan una situación de vulnerabilidad en su salud, especialmente por su condición inmunológica, que los pone en una situación de alto riesgo. El contacto con "otros" puede ocasionar el contagio masivo de enfermedades y altos índices de mortalidad. Además, las familias de la nacionalidad Waorani experimentan otros factores de riesgo y presiones sociales, culturales, económicas y ambientales; que afectan a su comportamiento y las condiciones de vida y salud.

Esta situación objetiva justifica la formulación de este norma, cuya finalidad es proteger la salud de los pueblos indígenas en aislamiento y en contacto inicial, así como de la población colindante, lo que implica la implementación de un cordón de protección de salud, con el establecimiento de un conjunto de acciones de promoción de la salud, prevención de las enfermedades y atención a los problemas de salud en las poblaciones comunidades que circundan el área de los pueblos indígenas en aislamiento, considerando que los pueblos en aislamiento presentan una situación de extrema vulnerabilidad social y biológica.

La construcción del **cordón de protección de salud** conlleva a mejorar las condiciones sanitarias de las poblaciones que viven en el entorno de los pueblos indígenas en aislamiento frente a una potencial interacción a través de: i) involucrar la participación individual, familiar y comunitaria en

el cordón de protección de salud de los pueblos indígenas en aislamiento ii) lograr una efectiva articulación intersectorial e interinstitucional de los actores que trabajan en el tema y iii) contar con talento humano con competencia intercultural, que facilitará la implementación de las acciones de prevención para evitar el contacto, de respuesta ante un contacto con pueblos indígenas en aislamiento y de restablecimiento de las condiciones de salud; con un enfoque sustentado en la estrategia de Atención Primaria de Salud.

Figura 1. Modelo conceptual para la implementación de la norma.



Fuente: Dirección Nacional del Primer Nivel de Atención de Salud y Red de Salud Loreto de Orellana-MSP
Elaboración propia

4. Objetivos

Objetivo general

Establecer lineamientos operativos a los actores que conforman el Sistema Nacional de Salud que interactúan en el cordón de protección de salud del área de los pueblos indígenas en aislamiento para prevenir el contacto a partir de las acciones de salud, atender los efectos causados en la salud en caso de contacto, y restablecer las condiciones de salud de los pueblos indígenas en aislamiento, en contacto inicial y las poblaciones colindantes de las Provincias de Orellana, Napo y Pastaza en el marco de la implementación del Modelo de Atención de Salud Familiar, Comunitario e Intercultural (MAIS-FCI).

Objetivos específicos

1. Implementar estrategias de salud con pertinencia intercultural para prevenir el contacto con los Pueblos Indígenas en Aislamiento y estar preparados para enfrentarlo en caso que sucediera.

2. Aplicar los instrumentos para la atención de una emergencia eventual por contacto entre los pueblos indígenas en aislamiento y la población que circunda el área de vida de estos pueblos para mitigar posibles efectos no deseables/ adversos.
3. Fortalecer las acciones de atención integral de la salud para restablecer el nivel de salud y continuar mitigando los efectos causados por el contacto con los pueblos indígenas en aislamiento.

5. Alcance

La norma establece las estrategias que protege la salud de los pueblos indígenas en situación de aislamiento y contacto inicial de la Amazonia ecuatoriana y de las poblaciones colindantes que habitan el área de vida de estos pueblos por lo que es de aplicación obligatoria para los equipos de salud que laboran en los establecimientos del Sistema Nacional de Salud, población colindante del área de vida de los pueblos indígenas en aislamiento, población flotante o de alta movilidad, actores sociales, entidades gubernamentales y no gubernamentales, que interactúan en el cordón de protección de salud del área de los pueblos indígenas en aislamiento o en contacto inicial de las Provincias de Orellana, Napo y Pastaza.

6. Glosario de términos (15,16)

Articulación intercultural en salud: es un espacio de relacionamiento de variados conocimientos, saberes y prácticas en salud, cuyo enlace y aprovechamiento se constituye en un objetivo común, bajo el propósito de construir el bienestar individual, familiar y colectivo, en un entorno natural adecuado. Esto es, el “Buen Vivir”(5).

Actores sociales: se entiende por actor social a los sujetos individuales o colectivos que, desde sus intereses, detectan la capacidad de intervenir en forma significativa en una situación, o bien que cuentan con los recursos de poder que los torna estratégicos en la construcción de un proceso, en este caso de la protección de los pueblos en aislamiento. (6)

Clan: grupo de personas formado a partir de un ancestro común, grupo de filiación o un linaje. Este grupo de personas que puede contener relaciones de parentesco (consanguíneas o de afinidad) reivindica la descendencia a partir de un antepasado común. (7) Por ejemplo, los Tagaeri descienden de Taga que es el referente a partir del cual se estructura el clan. En la cultura Waorani el clan es el nanicabo.

Competencia intercultural: es el conjunto de habilidades y destrezas técnicas, culturales, psico-sociales y socio-políticas del talento humano, que permite relacionarse constructivamente con el “otro” sociocultural, implementar estrategias y acciones interculturales en los procesos de gestión y atención del Sistema Nacional de Salud. La competencia intercultural implica conocimientos, y una actitud positiva para interrelacionarse y desarrollar tareas en un contexto caracterizado por la interacción con poblaciones distintas en términos socioculturales (etnias o grupos sociales. (5)

Complementariedad intercultural: se basa en el hecho de que a las producciones culturales de un colectivo humano en particular (cosmovisiones, conocimientos, actitudes, hábitos, construcciones materiales, y otras) se puede integrar, incorporar, aprovechar, añadir o completar las producciones culturales de otro colectivo humano para generar interacciones constructivas. (5)

Contacto incidental (avistamiento): contacto visual con indígenas en aislamiento, generalmente casual y de corta duración. (8)

Contacto inicial: situación de un pueblo indígena o de un segmento de éste que abandona o pierde su condición de aislamiento. Esta condición se mantiene en tanto el grupo conserve su vulnerabilidad, principalmente inmunológica, demográfica, territorial, cultural, organizativa, política y territorial, ante los desestabilizadores y traumáticos efectos del proceso de contacto, forzado o no, por el que ha atravesado. (8)

Contacto reciente: situación en la que se encuentra un pueblo indígena, inmediatamente después de sus primeras interacciones directas o de contactos físicos pacíficos o no con miembros del resto de la sociedad (indígenas o no) y se prolonga hasta que manteniendo su organización y costumbres tradicionales y desarrollando un sistema de subsistencia adecuado a las nuevas necesidades por autodeterminación o viéndose forzados por las circunstancias - se establecen en un determinado lugar, conocido y de referencia (aunque semi nómadas) que, a pesar de la inaccesibilidad geográfica, facilita su ubicación, permitiendo muy ocasionalmente interacción con el resto de la sociedad. Esta condición se caracteriza por una extrema vulnerabilidad ante enfermedades transmisibles, baja disposición a establecer relaciones continuas y prolongadas con personas foráneas, y alta probabilidad de que una relación pacífica se torne violenta. (9)

Contingencia: riesgo, posibilidad de que se produzca una situación de emergencia en salud (8). En el caso de los pueblos indígenas en aislamiento y contacto inicial se relaciona con eventos o acciones internas (intra-tribales o externas con la sociedad de contacto) que pueden afectar la vida y la salud de estos pueblos. La contingencia adquiere una connotación especial en los pueblos en situación de aislamiento por su situación de vulnerabilidad.

Cultura: es aquella que hace mención al conjunto de actividades complejas de la especie humana que hacen referencia al conocimiento, creencias, costumbres o cualquier otra actividad evidenciada en las actitudes, pensamiento, hábitos o comportamientos adquiridos por el ser humano en tanto miembros de una sociedad, y transmitidos de generación en generación. (10) Este concepto se vincula, a su vez, al de sistema sociocultural que se aplica a los grupos étnicamente definidos (como por ejemplo los Waorani) o grupos sociales igualmente diferenciados.

Desastre: interrupción grave en el funcionamiento de una sociedad, causada por un peligro de origen natural o antrópico, ocasionando pérdidas humanas y daños ambientales, sobrepasando la capacidad de respuesta local por no poder superarla con sus propios medios. Para el caso de los indígenas en contacto reciente y contacto inicial, el escaso número de personas que componen estos pueblos, la inaccesibilidad geográfica y los eventos que caracterizan esta interacción, ponen en serio peligro su supervivencia. (9)

Etnia: corresponde a una definición antropológica que puede ser traducida como pueblo (gr. *ethnos*) y hace alusión a un conjunto de características comunes (idioma, religión, visión del mundo, prácticas sociales, conocimientos, costumbres, etc.) a un grupo humano asentado en un territorio definido o fuera de él cuando son sociedades nómadas e incluso en otros territorios cuando se trata de migraciones hacia otros espacios y realidades territoriales. Los miembros pertenecientes a una misma etnia, están unidos por un vínculo histórico común. (10)

Evidencias: son ocurrencias que indican la presencia de una población indígena en aislamiento en una zona, por ejemplo, mediante el avistamiento, hallazgo de huellas o restos materiales (8) que dan cuenta de la actividad de las poblaciones (clanes) en situación de aislamiento.

Interculturalidad: modo de convivencia en el que las personas, grupos e instituciones, con características culturales y posiciones diversas; conviven y se relacionan de manera abierta, horizontal, incluyente, respetuosa y sinérgica en un contexto compartido. (11)

Esta definición se aplica a los pueblos en contacto inicial, los cuales ya han establecido una relación de interacción con la sociedad nacional, más no se refiere a los pueblos que se encuentran en situación de aislamiento. La interculturalidad en salud respecto a estos últimos debe basarse en el respeto de su derecho a la autodeterminación, es decir, a su decisión de mantener las formas de

vida que consideren conveniente. (8)

Interculturalidad en salud: interrelación y articulación entre culturas sanitarias distintas que, mediante acciones integrales de salud, responde de manera holística al proceso de salud-enfermedad-sanación y garantiza los derechos individuales y colectivos a la salud en condiciones de igualdad; respetando el entorno, cosmovisión y diversidad existente. (12)

Mitigación: reducción de los efectos de un contacto o evento negativo para la salud, a través de la aplicación de medidas de prevención específicas para disminuir principalmente la vulnerabilidad. (9)

Nacionalidades: es un colectivo social o un conjunto de pueblos milenarios anteriores y constitutivos del Estado ecuatoriano, que se autodefinen como tales, que tienen una identidad histórica, idioma y cultura comunes, que viven en un territorio determinado regidos por sus instituciones y formas tradicionales. (13) “Son pueblos [o un colectivo social] milenarios ancestralmente asentados en un territorio definido, con idioma e identidad cultural propio, distinto del resto de la sociedad. Se rigen por sus propias instituciones, autoridades y su derecho propio o consuetudinario. Poseen una cultura común y organización social, económica, política, cultural y espiritual propia, y se han autodefinido como nacionalidades indígenas”. (14)

Parque Nacional Yasuní: forma parte del Sistema Nacional de Áreas Protegidas, y fue creado en 1979. Sus límites se han modificado en dos ocasiones (1990 y 1992). En 1989 fue declarado el PNY como Reserva de la Biósfera El PNY está localizado en el sector centro oriental de la Región Amazónica ecuatoriana, en las Provincias de Orellana (cantones Aguarico y Coca) y Pastaza (cantón Pastaza), entre los ríos Napo y Curaray. Se considera que es una de las áreas de mayor biodiversidad y endemismo del planeta. En términos geológicos es un área de “refugio del Pleistoceno”, y a más de contener una importante biodiversidad, en este espacio habitan la nacionalidad Waorani y los clanes en situación de aislamiento los Tagaeri y Taromenane. (15)

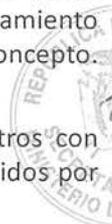
Pertinencia intercultural en los servicios de salud: es la construcción dialogada, consensuada de manera bidireccional, es decir, entre el personal de salud con las y los usuarios indígenas -y no indígenas- quienes plantean como quieren recibir los servicios de salud basándose en sus creencias, entorno, necesidades y demandas. (12)

Plan de contingencias: conjunto de procedimientos planificados para hacer frente a una eventual situación de riesgo. En el caso de los pueblos indígenas en aislamiento, se refiere a un conjunto de medidas consideradas ante la posibilidad de que se produzca un contacto que podría derivar en la expansión de epidemias. (8)

Pueblo indígena en aislamiento: son pueblos o segmentos de pueblos indígenas (como los clanes Tagaeri y Taromenane) que no mantienen contactos regulares con la población mayoritaria, y que además suelen rehuir todo tipo de contacto con personas ajenas a su grupo. También pueden ser grupos pertenecientes a diversos pueblos ya contactados que tras una relación intermitente con las sociedades envolventes deciden volver a una situación de aislamiento como estrategia de supervivencia y rompen todas las relaciones que pudieran tener con dichas sociedades. Si bien no existe consenso sobre el término que debe utilizarse para denominar a estos pueblos, en el ámbito internacional el concepto más utilizado es el de “pueblos en aislamiento”. En algunos países se los conoce como, *inter alia*, pueblos libres, no contactados, ocultos, invisibles, en aislamiento voluntario. A pesar de las formulaciones diferentes, todas ellas hacen referencia al mismo concepto. (2)

Pueblos indígenas: son colectividades originarias, conformadas por comunidades o centros con identidades culturales que les distinguen de otros sectores de la sociedad ecuatoriana, regidos por sistemas propios de organización social, económica, política y legal. (13)

Vulnerabilidad: grado de resistencia y exposición física y o social de un elemento o conjunto de elementos afectados por un peligro de origen natural o antrópico. (8)



Handwritten signature or initials.

Wao: persona o ser humano en el idioma Waoterero o Waotededo. (16)

Waorani: plural de persona o seres humanos y es el nombre adoptado por los Waorani para identificarse como una nacionalidad. Esta cultura se divide en clanes, y uno de ellos son los clanes Tagaeri y Taromenane que están en situación de aislamiento o de no contacto. (16)

Waoterero/Waotededo: en el idioma de la cultura Waorani; es una lengua aislada sin filiación lingüística con otras. En este sentido, el idioma de los Waorani es único. (16)

Zona Intangible Tagaeri-Taromenane: zona intangible de conservación al territorio donde habitan los Tagaeri y Taromenane. La Constitución del 2008 (Art.-407) hace referencia a la prohibición de actividades extractivas en las zonas intangibles con excepción fundamentada de interés nacional. (15)

7. Desarrollo

a. Premisas fundamentales

Se establecen como premisas fundamentales, las siguientes:

1. Todo el personal de salud que ingrese o se movilice en las áreas colindantes y en las zonas de vida de los pueblos indígenas y contacto inicial, debe estar en buenas condiciones de salud, no portar enfermedades infecto contagiosas, y tener el esquema de inmunización completo para la influenza (del serotipo circulante en el último año), fiebre amarilla, hepatitis B, sarampión, tétanos y difteria. Es responsabilidad del Distrito y del establecimiento de salud asegurarse que se cumpla con esta exigencia, se debe coordinar la intervención de las instituciones encargadas del orden público y todas aquellas que tengan injerencia en este tema.
2. Los planes de prevención contemplarán acciones de información y sensibilización sobre vulnerabilidad y riesgos del contacto, aspectos culturales, históricos, sociales, coyunturales, sanitarios, legislativos, de políticas públicas y mecanismos de protección de los pueblos indígenas en aislamiento e indígenas de contacto inicial.
3. Propiciar la **participación individual, familiar y comunitaria**, tendiente a involucrarlos en una estrategia de cambio social, y en una estrategia de cambio de comportamiento individual. El sentido de la participación es facilitar el ejercicio de derechos y responsabilidades en salud y que los individuos, las familias, la comunidad y los grupos organizados se constituyan en sujetos de la construcción y cuidado de la salud (17) sobre el cordón de protección de salud del área de vida de los pueblos indígenas en aislamiento.
4. Fomentar la **articulación intersectorial e interinstitucional**, que en materia de salud significa que el sector de la salud debe trabajar con diferentes actores y sectores para velar por el cumplimiento del derecho a la salud integral y alineación de las políticas públicas y lograr maximizar la potencial contribución a la salud y al desarrollo humano. (18) Para llevar a cabo una planificación que genere resultados esperados de impacto social, es importante lograr acciones intersectoriales e interinstitucionales que puedan apoyar el alcance de los productos y servicios ofertados por los establecimientos de salud.
5. Promover la generación de **competencia intercultural en el talento humano** que trabaja en el cordón de protección de salud del área de vida de los pueblos indígenas en aislamiento con un enfoque sustentado en la estrategia de Atención Primaria de Salud

La participación activa de las organizaciones comunitarias, la articulación intersectorial e

interinstitucional, y el talento humano con competencia intercultural, son las bases que permiten una adecuada implementación del MAIS-FCI en el cordón de protección de salud del área de vida de los pueblos indígenas en aislamiento.

b. Premisas específicas

1. Prevención para evitar o mitigar los efectos de un contacto con pueblos indígenas en aislamiento

Para fines operativos de esta norma consideramos como “prevención” a las actividades orientadas a evitar el contacto o mitigar los efectos adversos o daños que eventos negativos puedan producir sobre la vida de los pueblos indígenas en aislamiento, en el ámbito de las competencias del MSP.

Conlleva la implementación de un **cordón de protección de salud**, es decir el establecimiento de estrategias para mejorar las condiciones sanitarias de las poblaciones que viven en el entorno de los pueblos indígenas en aislamiento, frente a una potencial interacción con estos pueblos.

Para el efecto se aplicarán las siguientes acciones, mismas que se han formulado considerando la propuesta de la “Norma Técnica para la protección, prevención y atención integral de los pueblos indígenas en aislamiento, contacto reciente y contacto inicial” generada por el Organismo Andino de Salud Convenio Hipólito UNANUE: (8)

1.1. Fortalecimiento de la atención integral de salud en las poblaciones del cordón de protección de salud del área de vida de los pueblos indígenas en aislamiento

- a. Para la atención integral de salud en las poblaciones del cordón de protección de salud de área de vida de los pueblos indígenas en aislamiento, la Dirección Nacional del Primer Nivel de Atención en conjunto con la Coordinación Zonal elaborarán un manual para fortalecer la implementación del MAIS-FCI considerando el contexto de las poblaciones colindantes del área de vida de los pueblos indígenas en aislamiento.
- b. La Dirección Nacional del Primer Nivel de Atención en coordinación con la Dirección Nacional de Normatización y la Dirección Nacional de Salud Intercultural, adecuarán los protocolos de atención para los indígenas de contacto inicial (permanentes y nuevos), considerando su riesgo de alta morbilidad dada su situación de vulnerabilidad.
- c. La Coordinación Zonal y Dirección Distrital coordinarán, planificarán y evaluarán la ejecución de las actividades desarrolladas en el marco del fortalecimiento de la implementación del MAIS-FCI considerando el contexto de las poblaciones colindantes del área de vida de los pueblos indígenas en aislamiento.
- d. La Dirección Distrital o el establecimiento de salud llevarán a cabo en forma permanente, procesos de información, sensibilización y capacitación a las poblaciones colindantes sobre derechos y obligaciones en salud, aspectos sanitarios, de vulnerabilidad y mecanismos de protección (protocolos de relacionamiento), con la finalidad de evitar el contacto y el consecuente contagio de enfermedades a pueblos indígenas en aislamiento.
- e. Los equipos de atención integral de salud (EAIS) de los establecimientos de salud, aplicarán los protocolos, guías y demás instrumentos operativos para protección de

los pueblos indígenas en aislamiento. Se priorizará -con enfoque intercultural- el abordaje de los factores de riesgo, para la toma de medidas de prevención pertinentes, en forma participativa.

- f. Las poblaciones del cordón de protección de salud del área de vida de los pueblos indígenas en aislamiento, se involucrarán en la aplicación de los protocolos, guías y demás instrumentos operativos para protección de los pueblos indígenas en aislamiento. Para el efecto los equipos de atención integral de salud (EAIS) liderarán y facilitarán espacios que permitan a la comunidad su activa participación.

Medicina ancestral

- g. La Dirección Distrital/establecimiento de salud identificará y respetará la necesidad o deseo del paciente de tratarse con la medicina ancestral, en todo el proceso de atención, y considerará las prácticas que la población lo requiera para su recuperación y bienestar, aún si tales prácticas no coinciden con las prácticas y creencias occidentales; siempre y cuando no sean nocivas para la salud.
- h. La Dirección Distrital/establecimiento de salud debe asegurar que en la capacitación del talento humano (profesionales, técnicos, agentes comunitarios), la información tenga horizontalidad, la cual debe considerar el registro y respeto de las creencias, prácticas y costumbres de estos pueblos, así como el rescate, revaloración e incorporación en la atención, de aquellas prácticas saludables y no nocivas. Esto contribuye a un mayor acercamiento entre usuarios y prestadores del servicio de salud.

1.2. Fortalecimiento de la Red Pública Integral y Complementaria de Salud en el cordón de protección en salud

- a. La Dirección Nacional de Articulación de la Red Pública y Complementaria de Salud y las Coordinaciones Zonales, establecerán mecanismos de articulación y coordinación con los servicios de salud existentes en el territorio, y con las instituciones responsables de la protección de los pueblos indígenas en aislamiento, sobre todo con la Dirección de Protección de Pueblos Indígenas en Aislamiento Voluntario del Ministerio de Justicia, Derechos Humanos y Cultos.
- b. La Coordinación Zonal y la Dirección Distrital capacitarán sobre aspectos sanitarios, de vulnerabilidad y mecanismos de protección relacionados a los derechos de los pueblos indígenas en aislamiento y contacto inicial a los funcionarios y al personal de instituciones gubernamentales, gobiernos autónomos descentralizados, empresas de turismo, investigadores y otras personas e instituciones acantonadas o que se moviliza en el área de vida de los pueblos indígenas en aislamiento.
- c. La Coordinación Zonal y la Dirección Distrital según la normativa y estándares definidos contemplarán acciones orientadas a fortalecer la capacidad resolutoria de los establecimientos de salud y organizar la funcionalidad de las microredes (18) del cordón de protección de salud del área de vida de los pueblos indígenas en aislamiento (Organización de los Servicios de Salud de la RPIS), para asistir en la atención regular y de emergencia de manera eficaz.
- d. Las Coordinaciones Zonales pertinentes y sus Distritos aplicarán los criterios para la referencia y contrarreferencia en pacientes con grandes barreras culturales y geográficas, asegurando su atención en Red Pública y Complementaria.
- e. La Coordinación Zonal y la Dirección Distrital mejorarán la oferta del servicio de salud en cuanto a cartera de servicios y talento humano con competencia técnica e

intercultural.

- f. La Dirección Distrital de Salud organizará y conducirá la organización de la microred distrital, Red Pública Integral de Salud (RPIS) y la Red Privada Complementaria (RPC) con delimitación geográfica y poblacional por establecimiento de salud, con flujos de accesibilidad en tiempos según medio de transporte, del cordón de protección de salud del área de vida de los pueblos indígenas en aislamiento.
- g. La Dirección Distrital de Salud informará los lineamientos a los establecimientos de salud de la RPIS, sobre las especificaciones y directrices diferentes a las regulares, para la atención de esta población, en relación a la adquisición de biológicos, materiales, equipamiento, medicinas e insumos médicos en cantidad y calidad apropiadas
- h. La Dirección Distrital propenderá para que los equipos de salud cuenten con la disponibilidad de medios de comunicación con tecnología de punta (radiofonía, teléfono satelital e Internet) y de medios de transporte (aéreo, terrestre o fluvial), a los equipos de salud de los establecimientos de salud de las áreas colindantes.

Generación de instrumentos y espacios para implementar acciones de protección

- i. La Dirección Nacional de Vigilancia Epidemiológica, en coordinación con la Dirección Nacional de Salud Intercultural y la Coordinación Zonal, presentará y fundamentará los diagnósticos de salud, Análisis Situacional Integral de Salud de las poblaciones del cordón, y mapas de las áreas de riesgo epidemiológico, a los sectores de Estado involucrados en la protección de los pueblos indígenas en aislamiento.
- j. La Coordinación Zonal con los lineamientos establecidos por el Nivel Nacional, elaborarán el diagnóstico sobre la situación de los pueblos indígenas en aislamiento, con respecto a amenazas existentes para su integridad física, psicológica, sociocultural y territorial, en el ámbito de la salud. La información utilizada será referencial, la misma que se recabará en los poblados colindantes a las áreas habitadas por estos pueblos. El diagnóstico comprenderá además un informe sobre la situación de salud de las poblaciones colindantes.
- k. La Coordinación Zonal liderará la elaboración del Análisis Situacional Integral de Salud (ASIS) de los pueblos en contacto inicial con la participación de los líderes comunitarios y de la nacionalidad Waorani del Ecuador. El informe integrará el análisis de los condicionantes socio-culturales y medio ambientales del estado de salud. Además, comprenderá un estudio sobre la situación de salud de las poblaciones colindantes.
- l. La Coordinación Zonal liderará la elaboración del Análisis de la Situación Integral de Salud (ASIS) de los pueblos colindantes del área de vida de los pueblos indígenas en aislamiento (Waorani, mestizos, Kichwas, Shuar, Achuar), con la participación de los líderes comunitarios y de sus organizaciones. El informe integrará el análisis de los condicionantes socio-culturales medio ambientales, y del estado de salud de la población que habita el cordón de protección de salud.
- m. La Coordinación Zonal liderará la elaboración de un mapa de las “áreas de riesgo epidemiológico” para la presencia de pueblos indígenas en aislamiento y pueblos indígenas en contacto inicial, a partir de los diagnósticos, análisis situacional integral de salud y mapas.
- n. Así mismo coordinará el diseño de planes de prevención para evitar o mitigar los efectos del contacto, respuesta ante un contacto con pueblos indígenas en aislamiento y restablecimiento de las condiciones de salud de los pueblos indígenas en contacto inicial -con abordaje intercultural- frente al contagio de enfermedades; los mismos que serán reajustados de acuerdo a las circunstancias y necesidades. Las

organizaciones indígenas participarán activamente en estos procesos. Estos planes serán incorporados en los Planes Estratégicos y Operativos de corto, mediano y largo plazo de la Coordinación Zonal.

- o. El Ministerio de Salud Pública como Autoridad Sanitaria revisará y aprobará los capítulos referidos a salud, de los planes de contingencia o planes de atención de emergencias en salud y otros instrumentos de protección de los pueblos indígenas en aislamiento y contacto inicial (PIACI), elaborados por los otros sectores de Estado involucrados en su protección, y supervisará la implementación de los mismos, en coordinación con la Dirección de Protección de Pueblos Indígenas en Aislamiento Voluntario del Ministerio de Justicia, Derechos Humanos y Cultos .

1.3. Información y sensibilización a todos los actores

- a. Las acciones de información, sensibilización y capacitación sobre pueblos indígenas en aislamiento y contacto inicial, se realizarán en un marco de estrategias conjuntas entre actores que trabajan en el área y en la temática, en los diferentes niveles de gestión.

Esto ocurrirá de forma periódica y estarán dirigidas tanto al personal de salud y población de comunidades colindantes, como a la sociedad civil, servidores públicos y privados, centros de educación superior, movimientos sociales, gobiernos autónomos descentralizados entre otras personas e instituciones involucradas, en el nivel local, zonal y nacional.

- b. Los planes de prevención contemplarán acciones de información y sensibilización sobre vulnerabilidad y riesgos del contacto, aspectos culturales, históricos, sociales, coyunturales, sanitarios, legislativos, de políticas públicas y mecanismos de protección de los pueblos indígenas en aislamiento y contacto inicial.

1.4. Talento humano con competencia intercultural

Equipo de apoyo multidisciplinario

- a. La Dirección Nacional de Salud Intercultural en conjunto con las Coordinación Zonal conformarán un equipo especial de apoyo el cual cumplirá labores de asesoría, información, capacitación y acompañamiento permanente, sobre todo en las situaciones de emergencia.

Equipos de atención integral de salud

- b. La Dirección Distrital conformará Equipos de Atención Integral de Salud (EAIS) sensibilizados en el tema de los pueblos indígenas en aislamiento y con competencia intercultural. Estos equipos deben contar con talento humano Wao para garantizar la comunicación de los pueblos en contacto inicial. La selección del personal para los establecimientos ubicados en poblados colindantes del área de vida de los pueblos indígenas en aislamiento se los hará según lineamientos de la Dirección Nacional de Salud Intercultural y la Dirección Nacional de Talento Humano. El personal seleccionado recibirá un entrenamiento en cuestiones prácticas para facilitar su desenvolvimiento en el medio Amazónico.
- c. La Dirección Distrital elaborará e implementará un plan anual de sensibilización y capacitación continua para fortalecer las capacidades y conocimientos del personal de salud de las instituciones presentes en el área del cordón de protección de salud (empresas petroleras, ejército, policía, universidades y otras) con la finalidad de generar competencia intercultural. Este plan, además de los aspectos sanitarios, tendrá contenidos de promoción de la salud e interculturalidad -antropología,

historia de la nacionalidad Waorani y los clanes Tagaeri y Taromenane, aplicación del Convenio 169, de la Declaración de la ONU sobre los Derechos de los pueblos indígenas y otros temas relacionados a la protección de los pueblos indígenas en aislamiento.

- d. Los equipos de atención integral de salud a su vez recabarán información sobre los pueblos indígenas en aislamiento y contacto inicial, valiéndose de diversas fuentes sean estas bibliográficas, proyectos, programas, comisiones científicas, organizaciones no gubernamentales, organizaciones indígenas, misiones religiosas, empresas privadas o públicas que hayan trabajado en el sector.
- e. La Dirección Distrital establecerá estímulos para el talento humano que trabaja en el cordón de protección de salud: jornadas especiales de trabajo, medidas de seguridad, plan de incentivos (estímulos para el talento humano para trabajar con poblaciones con problemas de accesibilidad a los servicios de salud.) Así mismo, La dirección Distrital evaluará el desempeño del talento humano conforme al contexto, aplicando la normativa pertinente.
- f. Como medida de prevención, la Dirección Nacional de Salud Intercultural coordinará la conformación de un equipo especial de pronta respuesta para la atención de una emergencia, el mismo que estará integrado por expertos nacionales o locales y preferentemente con mujeres, considerando la cultura matriarcal de los Wao, que tengan competencia intercultural y experiencia de tratar con población Waorani y pueblos indígenas en contacto inicial (PICI).
- g. El equipo especial de pronta respuesta debe tener el menor número posible de personas y estará formado por:
 - Un médico/a
 - Una enfermera/a
 - Un facilitador comunitario Wao (técnico en atención primaria de salud o promotor de salud)
 - Un/a profesional salubrista con competencia intercultural y con amplia experiencia de tratar con población Waorani.
 - De ser posible, se incluirá también a un antropólogo/a con conocimiento en la cultura Waorani.

Manejo de directorios (directorio de expertos)

- h. La Dirección Distrital y los establecimientos de salud contarán con un directorio de los datos de las personas e instituciones que deberán ser informadas inmediatamente, en caso que se produzca una situación de emergencia relacionada con los pueblos indígenas en aislamiento y contacto inicial. El Directorio se mantendrá actualizados a lo largo del año.

Formación del talento humano

- i. La Dirección Nacional de Normatización del Talento Humano en Salud, en coordinación con la Dirección Nacional de Salud de Intercultural, gestionarán la incorporación de contenidos curriculares relacionados a los pueblos indígenas en aislamiento y contacto inicial, en instituciones formadoras de talento humano en salud.

1.5. Flujo de la información de salud

- a. Los equipos de atención integral de salud durante sus visitas a las poblaciones del cordón de protección de salud, tendrán la responsabilidad de recabar información sobre los pueblos en aislamiento. La información será recopilada en las poblaciones



ubicadas en el cordón, quedando prohibido el ingreso a los territorios habitados por los pueblos indígenas en aislamiento para este fin.

- b. La información será reportada en los informes mensuales.
- c. Si se diera el caso de avistamientos o hallazgo de evidencias tanto por los miembros del equipo como por la población de las comunidades colindantes, se deberá informar de inmediato a sus superiores para la implementación de las acciones que la situación amerite, conforme los lineamientos de la política nacional.
- d. La Coordinación Zonal establecerá un repositorio o base de datos que centralice toda información referente a los pueblos indígenas en aislamiento y contacto inicial, la cual permitirá mejorar las estrategias y acciones de prevención, atención y mitigación que sean elaborados en base al conocimiento de su situación.
- e. La Dirección Nacional de Salud Intercultural, recibirá por el canal regular -excepto en caso de emergencia- copia de toda la información que sea generada en el cordón de protección de salud, con respecto a los pueblos indígenas en aislamiento y contacto inicial.

1.6. Vigilancia de la salud

Vigilancia por la comunidad

- a. La Dirección Distrital, bajo lineamientos de la Dirección Nacional de Vigilancia Epidemiológica, y en coordinación con las organizaciones indígenas e instituciones involucradas en la protección de los pueblos indígenas en aislamiento y contacto inicial, establecerán un “sistema de vigilancia comunitaria” en las poblaciones colindantes a los territorios habitados por pueblos indígenas en aislamiento.
- b. Los lineamientos considerarán que eventos se vigilarán, a partir de lo cual se determinará:
 - Quién notifica,
 - Qué se notifica,
 - Cuándo se notifica,
 - Cómo se notifica,
 - A quién notifica,
 - Para qué se notifica.
- c. Para ello, se identificarán a personas claves que serán capacitadas para asumir el rol de “agentes centinela” y que tendrán como responsabilidad ejercer la vigilancia desde sus comunidades y mantener informado al personal sanitario sobre los eventos priorizados. En las comunidades donde se cuente con técnicos en atención primaria de salud, estos cumplirán este rol de vigilancia comunitaria.
- d. La Dirección Distrital gestionará la adquisición de equipos de comunicación, como radiofonía o teléfono, y los mantendrá viables para ser usados por las comunidades “centinela” para ejercer la vigilancia en salud que permita actuar en forma oportuna.

Vigilancia por el personal de salud

- e. El personal de los establecimientos de salud contribuirá a la vigilancia de las zonas de riesgo epidemiológico y comunicará a sus superiores cualquier acto que vulnere la integridad de los pueblos indígenas en aislamiento y contacto inicial, siguiendo los mismos lineamientos del acápite anterior.
- f. La Dirección Distrital buscará alternativas para mejorar el sistema de comunicación de los establecimientos de salud más cercanos a los territorios habitados por los

pueblos en aislamiento y contacto inicial para contribuir en la vigilancia y en la atención de una emergencia de manera eficaz.

- g. La Coordinación Zonal supervisará el funcionamiento de los mecanismos de control y vigilancia de las “áreas de riesgo epidemiológico” existentes en el cordón de protección de salud de los pueblos indígenas en aislamiento.

Perfil epidemiológico

- h. El Distrito de Salud elaborará el perfil epidemiológico de las poblaciones colindantes del área de vida de los pueblos en aislamiento, para determinar los factores protectores y de riesgo de las tres esferas del ámbito socio-cultural, los modos de vida y los estilos de vida y como esto repercute en su fisiología o su fisiopatología. (19)
- i. Así mismo verificarán las principales causas de morbilidad de la población de los establecimientos de salud para inferir en la progresión de las enfermedades con potencial epidémico.

2. Respuesta ante el contacto con los pueblos indígenas en aislamiento

Ante las evidencias, directas o indirectas, de presencia de pueblos indígenas en aislamiento voluntario, los servidores de salud deben evitar el inicio de un contacto con estos pueblos, ya sea impidiendo que se promocióne o participe de acciones de salud para ubicarlos, o evitando que se propicie el acercamiento de los pueblos indígenas en aislamiento.

Un contacto con uno o más indígenas aislados será considerado una emergencia de notificación inmediata y obligatoria conforme a las actividades de salud que se planificarán y ejecutarán con pertinencia intercultural (9).

El tiempo que dure este periodo crítico del contacto inicial es variable, de días o semanas. Durante este tiempo, el equipo de salud debe ser capaz de (i) establecer una vigilancia de la salud creando un clima de confianza con los recién contactados y los indígenas en contacto inicial, (ii) tener información de fuente primaria sobre su situación de salud, (iii) valorar las posibilidades de seguimiento o vigilancia de las actividades, y (iv) evaluar las percepciones y alternativas de los indígenas, respecto a su situación, al corto y mediano plazo (9).

2.1 Comando y comunicaciones del Comité de Gestión de Riesgos Distrital

- a. Ante la confirmación de un contacto con pueblos indígenas en aislamiento, en coordinación con la Dirección de Protección de Pueblos Indígenas en Aislamiento Voluntario del Ministerio de Justicia, entidad rectora de la protección de los pueblos indígenas en aislamiento y contacto inicial (el Director Distrital de Salud activará la respuesta a través del (i) Comité de Gestión de Riesgos Distrital -del cual formará parte el Analista de Salud Intercultural- y (ii) el Equipo especial de pronta respuesta.
- b. La Dirección Distrital de Salud comandará la conducción de las acciones de respuesta en lo que compete a salud. La respuesta se dará en estrecha coordinación con el Comité Provincial de Gestión de Riesgos liderado por el Gobernador Provincial/Dirección Nacional de Protección de los pueblos indígenas en aislamiento del Ministerio de Justicia.
- c. La Dirección Distrital de Salud señalará los medios y canales de comunicación disponibles para la coordinación de acciones de respuesta de salud, precisando las frecuencias e indicaciones en caso de radiocomunicación o los números en caso de teléfono.

- d. El personal del establecimiento de salud cercano debe reunir la información relevante y necesaria sobre las circunstancias del contacto para que el equipo especial active el plan de intervención que permita responder a la emergencia frente al contacto.
- e. Durante el periodo crítico, toda información relevante relacionada al contacto con los pueblos indígenas en aislamiento será diariamente comunicada al Distrito de Salud y a través de este, a las instancias pertinentes.

2.2. Activación del “equipo especial” de pronta respuesta que participará en la intervención de salud.

- a. Inmediatamente que se conozca de contacto con miembros de los pueblos indígenas en aislamiento, se activará el equipo especial de pronta respuesta para atención de la emergencia.
- b. Todo personal que forme parte del equipo especial de pronta respuesta para atención de la emergencia deberá estar en buen estado de salud y estar debidamente inmunizado contra influenza (del serotipo circulante del último año), fiebre amarilla, hepatitis B, sarampión, difteria y tétanos. (9)
- c. Según la magnitud de los acontecimientos, ya sea por la gravedad de los casos o por el número de indígenas contactados, y para evitar en lo posible el traslado de pacientes graves fuera del sector, el Distrito con el apoyo de la Coordinación Zonal, acondicionará una “base de emergencias” para una atención de mayor complejidad cerca al lugar de los hechos.
- d. Los equipos de salud deberán observar todas las normas de seguridad individual y colectiva.

2.3. Coordinación intersectorial e interinstitucional para articular acciones de salud

- a. La Dirección Distrital de Salud en coordinación con la Dirección de Protección de los Pueblos en Aislamiento Voluntario del Ministerio de Justicia, convocará a todos los sectores y actores sociales a conformar un “Comité de Gestión Permanente” con la finalidad de articular esfuerzos en salud para una intervención coordinada y conjunta que permita afrontar la emergencia satisfactoriamente.
- b. La Dirección Distrital de Salud en coordinación con los representantes de organizaciones indígenas Waorani, decidirá la intervención luego de evaluar la información disponible sobre los hechos.

2.4. Atención de los problemas de salud de los pueblos indígenas en aislamiento conforme a protocolos de atención establecidos.

- a. La Coordinación Zonal conjuntamente con el Distrito establecerá y garantizará mecanismos que permitan llegar al equipo especial al sector de la emergencia y brindar atención de salud, lo más pronto que sea posible y preferentemente antes de transcurrido las 12 horas del evento de contacto.
- b. Toda actividad de intervención de salud de diagnóstico o tratamiento, invasiva o no, ya sea al individuo o al grupo de indígena debe llevarse a cabo agotando los mecanismos de información a fin de lograr su consentimiento informado. Si hubiera dificultades de comunicación o dudas respecto a la comprensión de los mensajes, el equipo se abstendrá de realizar la tarea o actividad.

- c. El equipo de salud debe contar con una dotación de medicamentos indispensables para la primera atención y principalmente para enfermedades con potencial epidémico.
- d. Durante la atención de la emergencia, los miembros del equipo de salud aplicarán en forma estricta los protocolos establecidos para atender los problemas de salud detectados y prevenir la transmisión de cualquier patógeno.
- e. Después de la atención, el equipo de salud debe monitorear los posibles efectos de su propio contacto con el pueblo atendido en el caso de que abandonen su situación de aislamiento y decidan permanecer en un centro poblado.
- f. El equipo de salud debe permanecer en la comunidad un mínimo de 48 horas después de realizar inmunizaciones, atendiendo posibles efectos secundarios. Así mismo en el caso que se administre medicamentos, el equipo de salud debe establecer estrategias para garantizar el cumplimiento del tratamiento.
- g. La intervención del equipo de salud no se circunscribe al aspecto prestacional. La atención integral de salud en estos pequeños grupos debe considerar actividades de censo, relaciones de parentesco, información sobre la salud del grupo mayor, y muertes en los últimos años, a través de los facilitadores Wao.

Respeto a las personas, prácticas médicas y culturales propias

- h. En las relaciones del personal de salud con la población indígena siempre deberá mantenerse una postura de diálogo intercultural y respeto, procurando la mayor comprensión del paciente sobre su problema de salud, con la participación de sus parientes, y la traducción del tratamiento a su propio idioma.
- i. El equipo de salud debe respetar las prácticas médicas (curativas) propias de la población indígena, como la utilización de productos medicinales, cuidados de salud de los hombres y mujeres de sabiduría, restricciones alimentarias y formas de abordar el dolor y la enfermedad.
- j. Durante toda su permanencia entre la población indígena, atendiendo la emergencia, el equipo de salud debe respetar el sistema de liderazgo, las prácticas culturales, las normas de comunicación y comportamientos locales de la población.
- k. Las actividades de equipo de salud no deben invadir las manifestaciones culturales propias ni los espacios físicos que se desarrollan al interior de la comunidad, aun en los casos de actividades y prácticas culturales que no coinciden con las actividades y prácticas occidentales de los miembros del equipo.

Referencia y contrarreferencia con participación de la familia

- l. El equipo de salud no debe sacar de sus territorios a la población en contacto inicial para prestarle servicios de atención en salud, a no ser que sea una opción de vida o muerte, ante ausencia de elementos de atención de salud in situ.
- m. El equipo de salud debe gestionar, en caso de traslado de pacientes, el acompañamiento de familiares durante su estadía en el establecimiento de salud, la alimentación adaptada a su dieta tradicional y, sobre todo, agilizar los procesos de traslados, atención y retorno a su comunidad.
- n. Finalizado el evento de atención, la Dirección Distrital asegurará los mecanismos de “contrarreferencia de pacientes” a su lugar de origen.

Alimentos

- o. El equipo especial coordinará con las organizaciones indígenas Waorani la existencia de suficientes provisiones alimenticias propias del sector -provisiones en



lo posible dentro de sus hábitos alimenticios o cultura alimenticia tradicional y en base a las necesidades nutricionales- para la población afectada por la emergencia en salud, durante y después del periodo crítico, hasta que el grupo haya recuperado su estado habitual de salud necesario para realizar sus prácticas de subsistencia y alimentarse por sus propios medios.

Restricciones

- p. Está restringido entregar a los pueblos indígenas en aislamiento y contacto inicial, alimentos “introducidos” o procesados.
- q. Esta restringido la entrega de ropa usada por el peligro de transmisión de enfermedades de piel.
- r. Está restringido sobrepasar el área de la emergencia en búsqueda del grupo mayor, a pesar de la información que se podría tener sobre su ubicación, salvo en situaciones de atención emergente de salud.
- s. Está restringido la extracción de material genético y la realización de ensayos clínicos en poblaciones en contacto inicial nuevo y permanente.
- t. Está restringido que el equipo de salud porte armas de fuego.
- u. El equipo de salud no debe consumir, ingresar o presentar síntomas de consumo de bebidas alcohólicas o sustancias ilícitas.
- v. Está restringido realizar fotografías o filmaciones a los pueblos indígenas en aislamiento.
- w. Está restringido realizar procedimientos médicos y aplicación de medicamentos sin consentimiento.

Investigaciones

- x. La investigación clínica en pueblos indígenas en contacto inicial (nuevo y permanente) está restringida a casos especiales en que los resultados de la investigación tengan beneficio directo en los grupos de estudio y estén relacionados a salvaguardar su vida y su salud. Para su ejecución, deben tener el aval de la Dirección de Nacional de Salud Intercultural y de la Organización Wao, y aprobación del Comité de Investigaciones Distrital o Zonal.
- y. La investigación clínica, epidemiológica, antropológica, social, económica o de otro tipo que se relacione con la relación salud-enfermedad o, en general, con los determinantes sociales de la salud en pueblos indígenas en contacto inicial (nuevo y permanente) debe cumplir estrictamente con los protocolos aprobados para el efecto, tomando en cuenta la ética y el marco legal establecido por el Ministerio de Salud Pública, en salvaguarda del respeto de los derechos humanos de dichos pueblos.
- z. Para el efecto, se aplicarán las actividades adecuadas de consulta a la comunidad y las organizaciones indígenas, y debe generarse las evidencias correspondientes: actas de consulta, consentimientos informados. Copia del informe de esta consulta debe presentarse a la Dirección de Nacional de Salud Intercultural, al Comité de Investigaciones Distrital o Zonal y a la Organización Wao.
- aa. De realizarse investigación en pueblos indígenas en contacto inicial, como compromiso ético, los investigadores están obligados a informar sobre los resultados de manera verbal y por escrito, en el lenguaje y formato que sea entendible por las comunidades y las organizaciones indígenas que los representen. La Dirección de Nacional de Salud Intercultural y el Comité de Investigaciones Distrital o Zonal y la Organización Wao -organización que representa a los

- miembros de la nacionalidad Waorani- velarán por el cumplimiento de esta norma.
- bb. Las investigaciones sobre las propiedades de los recursos terapéuticos propios solo podrán ser realizadas con la autorización de los líderes de la comunidad y de su organización, atendiendo a la protección de los conocimientos colectivos y ancestrales.
 - cc. En caso de inobservancia, se tomarán las medidas correspondientes para sancionar cualquier transgresión conforme ley vigente, según sea el caso.

Manejo de desechos sólidos

- dd. Una vez concluida su intervención puntual, el equipo de salud especial deberán llevar consigo todos los residuos producidos durante su permanencia. De igual forma procederá el equipo de atención integral de salud.

Información sobre la intervención del equipo de salud

- ee. El equipo de salud especial de pronta respuesta remitirá al Distrito de Salud, un informe completo de las acciones desarrolladas desde la planificación, ejecución de actividades, dificultades, censo, información médica y social. Esta información será sustentada (válida) y remitida a la Coordinación Zonal, con copia a la Dirección Nacional de Salud Intercultural.
- ff. La Dirección Nacional de Salud Intercultural será el responsable de la difusión de información sobre la emergencia médica atendida, al nivel nacional y a las instancias pertinentes.

2.5. Medidas preventivas y de promoción de la salud en comunidades colindantes al área de vida de los pueblos indígenas en aislamiento.

- a. Durante la emergencia, la Dirección Distrital de Salud/establecimiento de salud aledaños son responsables de la implementación de medidas preventivas y de promoción de la salud en las comunidades colindantes al sector de contacto: adecuada cobertura de vacunación, sistema de vigilancia comunitario, abastecimiento de medicamentos y sensibilización sobre la situación de emergencia en salud que atraviesa la población afectada.
- b. Los técnicos en atención primaria de salud de los establecimientos colindantes, fortalecerán las acciones de promoción de la salud, prevención de la salud y prestaciones con enfoque intercultural, en las comunidades del cordón de protección de salud a fin de evitar la transmisión de enfermedades infecciosas, y activarán el sistema de vigilancia comunitaria que le permita contar con información oportuna y confiable de lo que ocurra en la zona colindante al lugar en que viven estos pueblos.

3. Restablecimiento de las condiciones de salud

Superada la situación crítica del contacto, es necesario implementar algunas estrategias para el restablecimiento del nivel de salud y para continuar mitigando el impacto de los acontecimientos en la salud de los indígenas contactados y en el grupo mayor cuyos integrantes no tuvieron contacto directo con los agentes externos. (9)

El equipo de atención integral de salud del establecimiento que atiende a los indígenas de contacto inicial, y cualquier otra persona que ha estado en el lugar de los hechos, involuntariamente se convierte en un portador de agentes patógenos que pueden desencadenar consecuencias funestas en la salud de estos pueblos, las que se pueden manifestar en los próximos días o semanas de dejar el escenario de atención. Esto obliga a asegurar un sistema de vigilancia epidemiológica con participación de las comunidades

ubicadas en las proximidades del sector donde se produjo el contacto. (9)

Uno de los mayores riesgos es la escasa pertinencia intercultural del personal de salud que atiende a estas poblaciones, lo que determina limitaciones para la aceptación de los servicios que oferta el sistema oficial de salud. A más de la inaccesibilidad geográfica y económica, se adiciona la inaccesibilidad cultural. (9)

Las acciones llevadas a cabo se orientan a recuperar las condiciones de salud de los pueblos indígenas de contacto inicial y continuar mitigando los impactos causados por el contacto.

3.1. Fortalecimiento de las acciones integrales con énfasis en la promoción de salud en comunidades colindantes.

- a. Durante esta fase, la Coordinación Zonal/Dirección Distrital /establecimiento de salud robustecerán las acciones de salud conforme al manual que se desarrollará para fortalecer la implementación del MAIS-FCI considerando el contexto de las poblaciones colindantes del área de vida de los pueblos indígenas en aislamiento: adecuada cobertura de vacunación, sistema de vigilancia comunitario, abastecimiento de medicamentos y sensibilización sobre la situación de emergencia en salud que atraviesa la población afectada.
- b. Los equipos de atención integral de salud de los establecimientos del cordón de protección de salud fortalecerán las acciones integrales de salud con un enfoque intercultural, en las comunidades colindantes a fin de evitar la transmisión de enfermedades infecciosas.
- c. Los equipos de atención integral de salud activarán el sistema de vigilancia comunitaria que le permita contar con información oportuna y confiable de lo que ocurra en la zona colindante al lugar en que viven estos pueblos
- d. Todas las personas (familias de nacionalidad waorani, kichwa, shuar, achuar, mestizos, personal sanitario, trabajadores petroleros, funcionarios de instituciones públicas y privadas, misioneros, turistas, investigadores, comerciantes, y otros) que se movilicen al territorio del cordón de protección de salud del área de vida de los pueblos indígenas en aislamiento deben encontrarse en buen estado de salud y tener el esquema de inmunizaciones completas y al día. Para el cumplimiento de este requerimiento, se coordinará con la Dirección Nacional de Protección de los pueblos indígenas en aislamiento del Ministerio de Justicia.

3.2. Atención especial para poblaciones en contacto inicial

- a. Los equipos de atención integral del cordón de protección en salud darán especial atención de salud a las poblaciones en contacto inicial que permanezcan periodos prolongados en un lugar determinado y accesible. Sin embargo, la atención de salud deberá ser autorizada por los mismos pobladores y sus líderes.
- b. Para el efecto, la Dirección Nacional del Primer Nivel de Atención en Salud con el apoyo de la Dirección Nacional de Salud Intercultural y en coordinación con la Coordinación Zonal y la Dirección Distrital, considerando los problemas de accesibilidad geográficos, económicos y culturales, elaborará una guía para la atención, seguimiento y reporte de las acciones implementadas a los pueblos indígenas en contacto inicial especificando instructivos de atención, inmunizaciones, uso de antibióticos, periodicidad de la atención, seguimiento, recomendaciones alimentarias, remisión de la información y otros puntos relevantes que garanticen una atención integral, integrada y continua.
- c. El intervalo máximo recomendado entre una y otra visita es de dos meses con la

finalidad de cumplir con los requerimientos técnicos de los programas de salud pública como es el caso del programa ampliado de inmunizaciones, control del embarazo o control del niño sano.

- d. La Coordinación Zonal/Dirección Distrital debe asegurar los mecanismos que permitan mantener la calidad de los servicios que se oferten en estos ámbitos, con acciones de sensibilización y capacitación del personal en temas relacionados con la cultura de dichos pueblos; inclusión de metodologías comunicacionales sin letras - alternativas comunicacionales con símbolos o gráficos-; identificación, adecuación e incorporación de prácticas ancestrales saludables a los servicios de salud; investigación e incorporación de las terapias y síndromes culturales como información relevante en las historias clínicas, entre otras. (9)

Medicina ancestral

- e. La Dirección Distrital/establecimiento de salud continuará respetando el uso de la medicina ancestral, en todo el proceso de atención, y facilitará las prácticas que el mismo pueblo considere fundamentales para su recuperación y bienestar, aun si tales prácticas no coinciden con las prácticas y creencias occidentales, siempre y cuando no sean nocivas para la salud.

Continuidad de tratamientos

- f. Los equipos de atención integral de salud identificará los recursos comunitarios que posibiliten la adherencia y la continuidad de los tratamientos, así como el uso adecuado tanto de terapias de la medicina occidental como de las terapias ancestrales en el marco de su concepto de la salud-enfermedad.

Inmunizaciones

- g. Los equipos de atención integral de salud, conforme los protocolos establecido por la estrategia nacional de inmunizaciones, con el consentimiento o asentimiento de los indígenas afectados, vacunarán a los indígenas de contacto inicial y permanecerán los días necesarios para vigilar efectos secundarios. A fin de obtener el asentimiento se solicitará el apoyo de traductores, facilitadores o líderes comunitario.

Salud bucal

- h. Los equipos de atención integral de salud, considerando el contexto, implementarán acciones de salud bucal. Las acciones serán dirigidas a la familia y a la comunidad con atención directa a los miembros más vulnerables. Las intervenciones tendrán énfasis en la educación de la salud bucal, la prevención y el control de la morbilidad de las principales patologías, en especial la caries dental.

Alimentación

- i. El equipo de atención integral de salud propenderá el consumo de provisiones alimenticias propias del territorio, informando de los riesgos del consumo de alimentos procesados o introducidos al medio.
- j. En la visitas a las poblaciones de contacto inicial, no se debe dejar alimentos introducidos perecibles ni procesados, ante el peligro de caducidad, contaminación e infección.

La salud del grupo mayor aislado

- k. El equipo de salud tiene la prohibición de ingresar hacia el grupo mayor en aislamiento para brindar atención de salud. Ello obliga a implementar un sistema de vigilancia comunitario que, en la medida de lo posible, permita conocer oportunamente los efectos del contacto.



- l. Excepción a lo anterior es la existencia de evidencias que señalan el riesgo de la vida del grupo mayor, para lo cual el equipo especial de salud ingresará con autorización de la Dirección Distrital correspondiente y en compañía de representantes de organizaciones indígenas y en coordinación con el Ministerio de Justicia, Derechos Humanos y Cultos.

Cuidados en el manejo de la información

- m. La información sobre el resto del grupo de indígenas aislados debe ser manejada con la reserva del caso para evitar acciones de búsqueda de cualquier índole.

Precauciones

- n. El equipos de atención integral de salud deberá tomar en cuenta las siguientes indicaciones para evitar la proliferación de enfermedades entre la población recientemente contactada y en aislamiento:
 - No entregarles ropa usada (ni en donación ni en intercambio)
 - No dejarles medicamentos.
 - No se debe realizar campañas asistencialistas que afecten la integridad y salud de los indígenas aislados en poblaciones en contacto inicial.
 - Velar por el correcto manejo de desechos sólidos.
- o. Las consecuencias en la salud y la vida de los indígenas en contacto inicial por la entrega y consumo de alimentos perecibles es responsabilidad de la institución o persona que los destina y entrega. Si hubiera consecuencias funestas, los responsables serán susceptibles de denuncia ante las autoridades competentes

Información y sensibilización

- p. Las acciones de información y sensibilización también forman parte de esta fase de atención de salud y están orientadas a evitar el ingreso de agentes externos a los territorios habitados por pueblos en aislamiento y contacto inicial
- q. Las acciones promocionales relacionadas con la higiene personal de los pueblos indígenas en contacto inicial y mejoras del ambiente en su nuevo contexto, deben estar precedidas de actividades informativas personalizadas y grupales, y con la aceptación del líder del clan.

3.3. Vigilancia epidemiológica con participación de las comunidades

En el periodo de restablecimiento de las condiciones de salud, la vigilancia epidemiológica comunitaria es fundamental para recuperar las condiciones de salud de los pueblos indígenas de contacto inicial y para continuar mitigando los impactos causados por el contacto.

- a. El establecimiento de salud monitoreará el funcionamiento del sistema de vigilancia comunal. Para ello, en donde no se cuente con técnicos en atención primaria de salud, el establecimiento capacitará a “agentes comunitarios”, para realizar la vigilancia epidemiológica desde su comunidad.
- b. Los agentes comunitarios de salud deberán canalizar oportunamente la información sobre el estado de la población en contacto inicial y posibles amenazas contra la población en aislamiento, al establecimiento de salud de referencia.
- c. Se propenderá que las comunidades colindantes que ejerzan la vigilancia, cuenten con medios de comunicación como equipos de radiofonía y teléfono

3.4. Plan integral de salud a mediano y largo plazo para los pueblos indígenas en contacto inicial

- a. La Coordinación Zonal/Dirección Distrital elaborará un Plan integral de salud a mediano y largo plazo, el cual será validado por la Dirección Nacional de Salud Intercultural, Dirección Nacional de Vigilancia Epidemiológica y Dirección Nacional de Primer Nivel de Atención en Salud, como parte de un plan de desarrollo integral de la población de contacto inicial. Este plan contará con la participación de las comunidades colindantes, de las organizaciones Wao y del Ministerio de Justicia.
- b. Dicho plan contendrá indicadores de salud de la población en contacto inicial, con enfoque intercultural.
- c. Los equipos de atención integral de salud de los establecimientos del cordón de protección de salud son los responsables de implementar el plan integral de salud, generando reportes anuales sobre su implementación y evaluación.

4. Responsabilidades

El garantizar los derechos de la salud de los pueblos indígenas en situación de aislamiento y contacto inicial de la Amazonia ecuatoriana exige responsabilidades concretas en los diferentes niveles de gestión del Sistema Nacional de Salud.

4.1. De Planta Central del Ministerio de Salud Pública

El Ministerio de Salud Pública a través de la Subsecretaría Nacional de Vigilancia de la Salud Pública, Subsecretaría Nacional de Promoción de la Salud e Igualdad, Subsecretaría Nacional de Provisión de Servicios de Salud y la Subsecretaría Nacional de Gobernanza de la Salud Pública y otras dependencias que tengan competencia, se encargarán de realizar la supervisión y evaluación de la aplicación de la Norma Técnica para la Protección de salud de los pueblos indígenas en aislamiento, contacto reciente y en contacto inicial en forma participativa, y coordinará con las instancias correspondientes para:

1. Establecer guías, protocolos y demás instrumentos técnicos administrativos para la implementación de la norma.
2. Brindar asistencia en el campo técnico e intercultural a la Coordinación Zonal y Dirección Distrital y recibir retroalimentación para fortalecer la implementación de las acciones estratégicas de la norma.
3. Aprobar propuestas de notas reversales (20) o convenios de cooperación para implementación de las acciones estratégicas de la norma.
4. Aprobar mejoras en el sistema de información que permitan el conocimiento específico sobre de las acciones estratégicas de la norma.
5. La Dirección Nacional de Salud Intercultural liderará una instancia especial de coordinación y de acción entre las zonas 2 y 3 para trabajar en común en el tema de la norma técnica de salud para los pueblos indígenas en aislamiento.

4.2. Coordinación Zonal

La Coordinación Zonal 2 y 3, a través de la Dirección Zonal de Provisión de Servicios de Salud, Dirección de Vigilancia de la Salud y la Dirección Zonal de Promoción de la Salud, coordinará, planificará y evaluará la implementación de la Norma Técnica. Para el efecto se encargará de:



1. Desarrollar las acciones necesarias para socializar, coordinar e implementar la norma técnica en los distritos y establecimientos de salud localizadas en el cordón de protección de salud del área de vida de los pueblos indígenas en aislamiento, y en los establecimientos donde eventualmente se atiende a la población que habita en el mencionado cordón de protección de salud, considerando la referencia contrarreferencia.
2. Asegurar el financiamiento requerido para la implementación de las acciones estratégicas previstas en la norma.
3. Coordinar acciones que permitan la participación activa de las organizaciones comunitarias, la articulación intersectorial e interinstitucional, y contar con talento humano con competencia intercultural, lo que permite una adecuada implementación del MAIS-FCI en el cordón de protección de salud del área de vida de los pueblos indígenas en aislamiento.
4. Coordinar la elaboración de guías, protocolos, diagnósticos (diagnóstico de salud, perfil epidemiológico y ASIS), planes de intervención, control de enfermedades transmisibles y seguimiento de los mismos, a más de instrumentos técnicos administrativos para la implementación de la norma.
5. Establecer y adecuar con pertinencia intercultural, los servicios de salud en el marco esta norma técnica para proteger en salud de los pueblos indígenas en aislamiento y contacto inicial.
6. Brindar asistencia técnica y capacitación intercultural al talento humano que se encarga de la protección de salud de los pueblos indígenas en aislamiento y contacto inicial.
7. Conformar espacios de trabajo intersectorial e interinstitucional y concertar esfuerzos para optimizar la implementación de esta norma técnica y fortalecer el cordón en protección de salud.
8. Elaborar propuestas de notas reversales o convenios de cooperación y velar por su adecuada implementación. En el caso que no se comprometan recursos económicos del MSP, firmarlas, de ser el caso.
9. Coordinar en el nivel zonal, la movilización de recursos financieros, humanos y tecnológicos desde los diferentes niveles de complejidad, para la atención especializada, si ésta fuera necesaria.
10. Asegurar a través de sus diversas unidades, el abastecimiento de medicamentos e insumos, a los establecimientos de salud ubicados en el cordón de protección de salud del área de vida de los pueblos indígenas en aislamiento.
11. Aprobar y financiar las acciones estratégicas de atención integral durante la (i) prevención para evitar o mitigar los efectos del contacto, (ii) respuesta ante un contacto con PIA y (iii) restablecimiento de las condiciones de salud de los pueblos indígenas en a contacto inicial.
12. Vigilar el uso racional de los fondos destinados a la implementación de esta norma.
13. En coordinación con la Dirección Nacional de Salud Intercultural, mantener activo un equipo de pronta respuesta.

4.3. Dirección Distrital

La Dirección Distrital a través de las Unidades Distritales de Provisión de Servicios de Salud, Promoción de la Salud y Vigilancia de la Salud, coordina, planifica, realiza el seguimiento y evalúa la implementación de la Norma Técnica. Para el efecto se encarga de:

1. Coordinar y operativizar acciones que permitan la participación activa de las organizaciones comunitarias, la articulación intersectorial e interinstitucional, y el

- talento humano con competencia intercultural, que permite una adecuada implementación del MAIS-FCI en el cordón de protección de salud del área de vida de los PIA
2. Coordinar la implementación de las acciones estratégicas de atención integral de salud durante la (i) prevención para evitar o mitigar los efectos del contacto, (ii) respuesta ante un contacto con pueblos indígenas en aislamiento y (iii) restablecimiento de las condiciones de salud de los pueblos indígenas en contacto inicial.
 3. Conformar espacios de trabajo intersectorial e interinstitucional y concertar esfuerzos para optimizar la implementación de esta norma técnica.
 4. Socializar e implementar la aplicación de la presente norma técnica a nivel Distrital.
 5. Apoyar al Nivel nacional y Zonal en la elaboración de guías y protocolos de atención en relación a la protección de los PIA
 6. Con el apoyo del nivel nacional y zonal, elaborar diagnósticos (diagnóstico de salud, perfil epidemiológico y ASIS), planes y demás instrumentos técnicos administrativos para la implementación de la norma.
 7. Fortalecer las capacidades comunitarias y competencias interculturales del talento humano de los equipos de atención integral de salud de los establecimientos ubicados en el cordón de protección de salud del área de vida de los pueblos indígenas en aislamiento.
 8. Conformar, supervisar y brindar asistencia técnica a los equipos que implementen las acciones de salud en cordón de protección de salud del área de vida de los pueblos indígenas en aislamiento.
 9. Coordinar en el nivel distrital, el funcionamiento del sistema de referencia y contrarreferencia, estableciendo las microredes y rutas de evacuación.
 10. Elaborar y evaluar los planes de salud.
 11. Desarrollar acciones de articulación y trabajo intersectorial relacionadas a las acciones vinculadas a la protección integral de la salud de los pueblos indígenas en aislamiento
 12. Procesar y analizar la información de las actividades realizadas por los equipos de atención integral de salud en el cordón de protección de salud del área de vida de los pueblos indígenas en aislamiento, en forma mensual.
 13. Ejecutar el presupuesto establecido para la implementación de esta norma y presentar una rendición de cuentas a las instancias correspondientes.
 14. Monitorear la participación de la comunidad organizada y de la población circundante en el planeamiento de las acciones, ejecución, supervisión y evaluación
 15. Monitorear la utilización y llenado correctamente los instrumentos establecidos para estas acciones, y enviar oportunamente la información al nivel correspondiente cuando se requiera.
 16. Elaborar en coordinación con otros sectores del ámbito local y las organizaciones indígenas, material informativo de salud, en lenguaje comprensible por la población que habita el cordón de protección en salud del área de vida de los pueblos indígenas en aislamiento.
 17. Proporcionar al nivel superior la información necesaria que contribuya a retroalimentar la presente norma técnica.
 18. Mantener activo un equipo de pronta respuesta.

4.4 Establecimiento de salud

Los equipos de atención integral de salud que laboran en los establecimientos de salud del cordón de protección de salud del área de vida de pueblos indígenas en aislamiento, tienen la responsabilidad de:

1. Operativizar acciones que faciliten la participación activa de las organizaciones comunitarias, la articulación intersectorial e interinstitucional, y contar con talento humano con competencia intercultural, que permite una adecuada implementación del MAIS-FCI en el cordón de protección de salud del área de vida de los pueblos indígenas en aislamiento.
2. Implementar la aplicación de la presente norma técnica con acciones estratégicas de atención integral de salud durante la (i) prevención para evitar o mitigar los efectos del contacto, (ii) respuesta ante un contacto con pueblos indígenas en aislamiento y (iii) restablecimiento de las condiciones de salud de los pueblos indígenas en contacto inicial.
3. Apoyar al nivel nacional, zonal y distrital en la elaboración de guías y protocolos de atención en relación a la protección de los PIA.
4. Participar de la elaboración de diagnósticos (diagnóstico de salud y ASIS), planes y demás instrumentos técnicos administrativos para la implementación de la norma.
5. Coordinar con las autoridades y líderes comunales, la identificación y registro de las poblaciones que habitan en el cordón de protección de salud del área de vida de los pueblos indígenas en aislamiento.
6. Participar activamente de las actividades de fortalecimiento de las capacidades y competencias del talento humano de los equipos de atención integral de salud, implementado por la Dirección Distrital.
7. Proporcionar a la Dirección Distrital la información necesaria que contribuya a retroalimentar la presente Norma Técnica (perfil epidemiológico con determinantes sociales de la salud identificando factores protectores y de riesgo).
8. Elaborar los planes integrales de salud anuales para el cordón de protección y presentarlo a la Dirección Distrital para la aprobación del distrito y la zona, y consolidación, con suficiente anticipación (mes de junio de cada año).
9. Elaborar, ejecutar y evaluar la programación local operativa de salud del establecimiento del cordón de protección de salud.
10. Mantener activos los equipos, sistemas de información, logística, cadena de frío, medios de transporte, almacén de medicamentos e insumos; para implementar las acciones estratégicas de prevención, respuesta ante un contacto con pueblos indígenas en aislamiento y rehabilitación de la salud de los pueblos indígenas en contacto inicial.
11. Recolectar, procesar y analizar la información de las actividades realizadas y publicarlas en la sala situacional en la unidad operativa.
12. Promocionar y facilitar escenarios para la participación de la comunidad organizada y de la población misma en el planeamiento de las acciones, ejecución, supervisión y evaluación.
13. Utilizar y llenar correctamente los instrumentos establecidos para estas acciones, y enviar oportunamente la información al nivel correspondiente por cualquier medio cuando se requiera.
14. Facilitar insumos para elaborar material informativo de promoción y prevención de la de salud, en lenguaje comprensible por las poblaciones que habitan el cordón de protección de salud.

15. Los equipos de atención integral de salud son la instancia responsable de la implementación de la norma a nivel local.

4.5. Comunidad

La población que habita en el cordón de protección de salud del área de vida de los pueblos indígenas en aislamiento, en el marco de la corresponsabilidad, debe involucrarse en la planificación, ejecución y evaluación de las acciones estratégicas de atención integral de salud durante la (i) prevención para evitar o mitigar los efectos del contacto, (ii) respuesta ante un contacto con pueblos indígenas en aislamiento y (iii) restablecimiento de las condiciones de salud de los pueblos indígenas en contacto inicial. Para el efecto, los equipos de atención integral de salud facilitarán y liderarán espacios que permitan a la comunidad:

1. Participar activamente en la implementación de las acciones estratégicas pertinentes mediante los comités locales y distritales de salud.
2. Participar en la identificación y registro de las poblaciones que habitan en el cordón de protección de salud.
3. Participar en la elaboración del diagnóstico de salud, identificación de los determinantes y del análisis situacional integral de salud, en coordinación con el ministerio de salud pública.
4. Apoyar las acciones de salud que realice el personal de salud en sus comunidades.
5. Participar en los contenidos las acciones de sensibilización y capacitación que organicen los equipos de atención integral de salud.
6. Participación mediante sus representantes comunales en la elaboración del plan local de salud.
7. Participación mediante sus representantes comunales en el planeamiento de las acciones, ejecución, supervisión y evaluación.
8. Participar en la elaboración y validación de material informativo de salud, en lenguaje comprensible por las poblaciones que habitan en el cordón de protección de salud.
9. Apoyar en la vigilancia comunitaria del cordón de protección de salud del área de vida de los pueblos indígenas en aislamiento.

5. Recursos

El Ministerio de Salud Pública a través de la Coordinación Zonal 2 y 3 de Salud y de los Distritos 22D02, 22D03, 15D01 y 16D02, garantizará la existencia de un fondo destinado a financiar acciones estratégicas de atención integral de salud durante la (i) prevención para evitar o mitigar los efectos del contacto, (ii) respuesta ante un contacto con pueblos indígenas en aislamiento y (iii) restablecimiento de las condiciones de salud de los pueblos indígenas en contacto inicial, mediante sus planes anuales de contratación pública o presupuestaria.

Referencias Bibliográficas

- Gobierno Nacional. Política Nacional de los Pueblos en Situación de Aislamiento Voluntario. Quito; 2007.
- Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos (OACNUDH). Directrices de Protección para los Pueblos Indígenas en Aislamiento y en Contacto Inicial de la Región Amazónica, El Gran Chaco y la Región Oriental de Paraguay. Ginebra; 2012.
- Gobierno Nacional. Informe de la "Comisión para la investigación de las disputas existentes



- entre los pueblos indígenas Huaorani y Tarmenane.” Quito; 2014.
4. Álvarez Kati RB. Situación del grupo Armadillo- Cononaco -Chico- vía Tigüino. FLACSO – Pachamama. 2012;
 5. Ministerio de Salud. Guía Metodológica para la Atención de la Salud Materna Culturalmente Adecuado [Internet]. 2011 [cited 2016 Oct 25]. Available from: http://www.maternoinfantil.org/archivos/smi_D227.pdf
 6. Caja Costarricense de Seguro Social Centro de Desarrollo Estratégico e Información en Salud y Seguridad Social (CENDEISS) Proyecto Fortalecimiento y Modernización del Sector Salud. Curso Gestión Local en Salud para Técnicos de Atención Primaria [Internet]. Costa Rica; 2004 [cited 2016 Oct 25]. Available from: <http://www.cendeiss.sa.cr/cursos/nueve.pdf>
 7. Barfield T. Diccionario-Antropología [Internet]. México; 2000. Available from: <https://docs.google.com/file/d/0Bw-3yPOp2B3dbE9Zckx4T1lyY2s/edit>
 8. Huertas B. Propuesta de Norma Técnica para la protección, prevención y atención integral de salud frente al contacto y contagio de enfermedades que afecten a pueblos indígenas en aislamiento, contacto reciente y contacto inicial [Internet]. [cited 2016 Oct 25]. Available from: http://www.orasconhu.org/documentos/SI_3_Prop_Norma_Tecnica_Proteccion_PAV_Beatriz_Huertas.pdf
 9. Ministerio de Salud . Norma y Guías Técnicas en Salud. Indígenas en Aislamiento y Contacto Inicial. Lima; 2008.
 10. Harris M. Introducción a la Antropología General. Editores A, editor. Madrid; 2004.
 11. Almaguer J, Vargas V, García H. Modelo Intercultural para la Implantación en los Servicios de Salud [Internet]. México; [cited 2016 Oct 26]. Available from: http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/modelo_intercultural_09.pdf
 12. Verástegui M, Fallaque S. Atención en salud con pertinencia intercultural. Módulo técnico - teórico [Internet]. 2011 [cited 2016 Oct 26]. Available from: • Mg. Obst. Mónica Verástegui Sánchez • Méd. Cesar Fallaque Solís
 13. Instituto Nacional de Estadística y Censos (INEC). Las cifras del pueblo indígena, una mirada desde el Censo de Población y Vivienda 2010 [Internet]. Quito; 2010. Available from: http://www.ecuadorencifras.gob.ec/documentos/web-inec/Revistas/revista_postdata_n3_inec/files/assets/downloads/page0019.pdf
 14. Ministerio de Salud Pública. Instructivo para el llenado del Automatizado de Consultas y Atenciones Ambulatorias (RDACAA) [Internet]. Quito; 2013 [cited 2016 Oct 26]. Available from: https://aplicaciones.msp.gob.ec/salud/archivosdigitales/documentosDirecciones/dnn/archivos/instructivo-rdaca_final_04_09_2013.pdf
 15. Ministerio del Ambiente. Plan de Manejo del Parque Nacional Yasuní [Internet]. Quito; 2011 [cited 2016 Oct 26]. Available from: <http://suia.ambiente.gob.ec/documents/10179/242256/45+PLAN+DE+MANEJO+YASUNI.pdf/8da03f55-1880-4704-800e-d5167c80089c>
 16. Moya A. Atlas Etnográfico del Ecuador. Quito; 1997.
 17. Ministerio de Salud Pública. Manual del Modelo de Atención Integral de Salud- MAIS. Quito; 2013.
 18. Ministerio de Salud Pública. Lineamientos Operativos para la Implementación del MAIS y RPIS. Ministerio de Salud Pública. Quito; 2014. 245 p.
 19. Breilh J. La determinación social de la salud como herramienta de ruptura hacia la nueva salud pública (salud colectiva). Epidemiología crítica latinoamericana: raíces, desarrollos recientes y ruptura metodológica. 2013;
 20. Presidencia de Petroamazonas. Circular No. T.1.C.1-SJN-11-1399 de 10 de noviembre de 2011 [Internet]. Quito; 2015 [cited 2016 Oct 25]. Available from: https://aplicaciones.msp.gob.ec/salud/archivosdigitales/sigobito/tareas_seguimiento/1607/Nota_reversal_PAM_EP-MSP_21-04-2015.pdf

9. Otros documentos de consultar

- . Política Nacional de los Pueblos en Situación de Aislamiento Voluntario.» Presidencia de la República. Quito, 2007 (documento inédito)
- . DIRECTRICES DE PROTECCIÓN PARA LOS PUEBLOS INDÍGENAS EN AISLAMIENTO Y EN CONTACTO INICIAL DE LA REGIÓN AMAZÓNICA, EL GRAN CHACO Y LA REGIÓN ORIENTAL DE PARAGUAY. Resultado de las consultas realizadas por ACNUDH en la región: Bolivia, Brasil, Colombia, Ecuador, Paraguay, Perú y Venezuela. Ginebra, 2012. Alto Comisionado de Derechos Humanos de las Naciones Unidas.

Es fiel copia del documento que consta en el archivo de la Dirección Nacional de Secretaría General, al que me remito en caso necesario.- Lo certifico, en Quito a, 08 de agosto de 2017.- f.) Ilegible, Secretaría General, Ministerio de Salud Pública.