

Propuesta de Reglamento para el personal de los diferentes sectores responsables de brindar atención integral a poblaciones en contacto reciente y contacto inicial

Por: Beatriz Huertas Castillo

Introducción

La extrema vulnerabilidad de estos pueblos ante enfermedades externas debido a su carencia de defensas inmunológicas para hacerles frente, los ha llevado a ser considerados entre los más vulnerables del planeta. Incluso varios de ellos se encuentran en riesgo de extinción ante los reiterados episodios de epidemias sufridos, con el resultado de altas tasas de mortandad. Este ha sido uno de los aspectos de su problemática que más ha llamado la atención y ha conllevado la elaboración de recomendaciones, resoluciones y declaraciones, en el ámbito de organismos internacionales de defensa de los derechos indígenas, en las que se solicita a la sociedad en general, articular de manera urgente y eficaz, acciones de protección.

Por su parte, el Organismo Andino de Salud –Convenio Hipólito Unanue (ORAS-CONHU) al tomar conocimiento de la delicada situación, decidió encargar la elaboración de una serie de investigaciones e instrumentos para profundizar el conocimiento de la situación de los pueblos en aislamiento, contacto reciente y contacto inicial y orientar las acciones de protección del sector salud, en coordinación con el conjunto de sectores estatales involucrados y las organizaciones indígenas.

La presente propuesta de Reglamento para el personal de los diferentes sectores del Estado responsables de la atención integral de poblaciones en contacto reciente y contacto inicial, tiene el objetivo de orientar su comportamiento, relacionamiento y toma de decisiones, en el marco del respeto a la cultura y los derechos fundamentales.

Tiene como principio el respeto del derecho a la autodeterminación de los pueblos mencionados, lo cual significa el respeto de su derecho a elegir libre y voluntariamente las formas de vida que desean tener. De la misma manera, presenta un enfoque intercultural, respetuoso de las propias

percepciones de los pueblos indígenas sobre salud -enfermedad y de los factores que la condicionan.

Esta propuesta ha sido elaborada en base a la Norma y Guías Técnicas de Salud para Indígenas en Aislamiento y Contacto inicial, diseñadas en un proceso participativo por el Centro de Salud Intercultural, CENSI, y aprobadas por el Ministerio de Salud del Perú, en el año 2007. La participación de un conjunto de especialistas con varios años de trabajo con pueblos en contacto reciente e inicial, así como el respaldo recibido por las organizaciones indígenas involucradas, que la han validado, la convierte en una pauta de especial valor para la elaboración de la presente propuesta, que contiene parte importante de su articulado, con agregados y adecuaciones.

De igual manera, contiene las propuestas de la Declaración de Quito, documento resultante de la 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 Amazonía, el Gran Chaco y la Región Oriental de Paraguay, organizada por CIPIACI y el Alto Comisionado de la ONU para los Derechos Humanos. Esta Declaración presenta una serie de planteamientos de acciones y políticas públicas para la protección de la salud de los pueblos mencionados, consensuados entre funcionarios de salud, representantes indígenas y expertos de siete países de América del Sur, en los que se ha determinado la presencia de pueblos en aislamiento, contacto reciente y contacto inicial.

Se espera que la presente propuesta sea enriquecida por los representantes de Estado, organizaciones indígenas, especialistas y otras organizaciones de la sociedad civil de los países involucrados, para su aprobación e implementación en bienestar de los pueblos indígenas en aislamiento, contacto reciente y contacto inicial de la Región Andina.

Propuesta de Reglamento para el personal de los diferentes sectores responsables de brindar atención integral a poblaciones en contacto reciente y contacto inicial

I. Finalidad

Contribuir a la protección de la integridad física y socio cultural de los pueblos indígenas en contacto reciente y contacto inicial, a través del respeto a su cultura, su autodeterminación y sus derechos fundamentales, de parte del personal estatal, responsable de brindarles atención integral.

II. Objetivos

General

Orientar el comportamiento, relacionamiento y decisiones del personal de los sectores estatales, responsables de brindar atención integral a poblaciones indígenas en contacto reciente y contacto inicial, en el marco del respeto a su cultura y sus derechos fundamentales.

Específicos

- a. Ofrecer a los pueblos indígenas en contacto reciente y contacto inicial, una atención integral apropiada de acuerdo a sus características socio – culturales, necesidades y condiciones sanitarias, con participación de sus organizaciones representativas.
- b. Mejorar el sistema de salud ofrecido a los pueblos en contacto reciente y contacto inicial, a través de la incorporación de sus conocimientos, técnicas y prácticas propias.

III. Principios

El presente reglamento se basa en los siguientes principios:

- **Respeto de los derechos individuales y colectivos** de los pueblos indígenas en aislamiento, contacto reciente y contacto inicial, los cuales se encuentran reconocidos en las legislaciones nacionales y en la

normativa internacional ratificada y respaldada por todos los países de la Región Andina.

- **Respeto del derecho a la autodeterminación** de los pueblos indígenas en aislamiento, lo cual conlleva el respeto de sus formas de vida y del grado de interrelación que éstos han decidido tener con la sociedad envolvente, de lo cual se deriva la prohibición de realizar contactos forzados y ejecutar acciones directas de atención de salud con ellos.
- **Prevención**, orientado a evitar que se produzcan contactos forzados, incentivados por agentes externos y la consecuente introducción y expansión de enfermedades. Contempla además la preparación del sector salud, las poblaciones colindantes y las instituciones involucradas, en caso que se produjera una emergencia en salud.
- **Respeto e incorporación de las percepciones propias de salud** de los pueblos indígenas en contacto reciente y contacto inicial, a las estrategias y acciones de protección de la salud llevadas a cabo por el Estado, articulando los aspectos sanitarios a los ambientales, socio-culturales, espirituales, alimenticios y económicos, los cuales condicionan la salud de los pueblos indígenas.
- **Respeto e incorporación de los conocimientos, técnicas y prácticas de los pueblos indígenas** en contacto reciente e inicial, sobre salud – enfermedad, al sistema de salud estatal.
- **Respeto del derecho a la consulta y la participación** de las organizaciones de los pueblos indígenas involucrados en las acciones, planes, programas, políticas y estrategias que se lleven a cabo como parte de la implementación de la presente Norma Técnica de Salud.

IV. Ámbito de aplicación

El presente Reglamento debe ser aplicado por el personal de los sectores estatales involucrados en la ejecución de acciones de protección de los

pueblos indígenas en contacto reciente y contacto inicial de Venezuela, Colombia, Ecuador, Perú y Bolivia.

Venezuela

- Pueblo Yecuana en aislamiento, Estados de Amazonas y Bolívar
- Pueblo Piaroa en aislamiento, Estado de Amazonas
- Pueblo Jodi en aislamiento, Estados de Amazonas y Bolívar
- Pueblo Yanomami en aislamiento y contacto inicial, Estados de Amazonas y Bolívar.

Colombia

- Pueblo Yuri (también llamado "Aroje" o "Carabayo") en aislamiento, Parque Nacional Natural Río Puré, corregimientos de La Pedrera y Tarapacá, departamento de Amazonas.
- Pueblo Cabiari en aislamiento, departamento de Vaupés.
- Pueblo Nukak Maku en contacto inicial, departamento del Guaviar y parte del Guanía.

Ecuador

- Pueblo Huaorani "Tagaeri" en aislamiento, provincia de Orellana.
- Pueblo Huaorani "Taromenane" en aislamiento, provincia de Orellana
- Posible pueblo Záparo en aislamiento, provincia de Orellana

Perú

- Reserva Territorial del Estado creada a favor de los grupos étnicos Kugapakori, Nahua, Nanti y otros, distritos de Echarate y Sepahua, provincias de La Convención y Atayala, departamentos de Cusco y Ucayali, respectivamente.
- Reserva Territorial a favor del grupo étnico Murunahua, distritos de Yurúa y Antonio Raymondi, provincia de Atalaya, departamento de Ucayali.
- Reserva Territorial a favor del grupo étnico Isconahua, distrito de Callería, provincia de Coronel Portillo, departamento de Ucayali

- Reserva Territorial a favor del grupo étnolingüístico Mashco Piro, provincia de Purús, departamento de Ucayali.
- Reserva Territorial del Estado a favor de los grupos en aislamiento Mashco Piro e Iñapari, distrito de Iñapari, provincia de Tahuamanu; distritos de Laberinto, Las Piedras y Tambopata, provincia de Tambopata y distrito de Fitzcarrald, provincia del Manu, departamento de Madre de Dios.
- Reserva Territorial del Estado propuesta a favor del pueblo Cashibo - Cacataibo, departamentos de Ucayali, Loreto y Huánuco.
- Reserva Territorial del Estado Yavarí – Tapiche, propuesta a favor de los pueblos Matsés, Mayoruna e Isconahua, en el departamento de Loreto.
- Reserva Territorial del Estado a favor de los pueblos indígenas en situación de aislamiento voluntario que habitan la cuenca alta de los ríos Curaray, Napo, Arabela, Nashiño, Pucacuro, Tigre y afluentes, provincias de Maynas y Loreto, región Loreto.
- Reserva Territorial propuesta Yavarí – Mirim, departamento de Loreto
- Reserva Territorial propuesta Kapanawa, departamentos de Loreto y Ucayali
- Zona Reservada Pucacuro, departamento de Loreto
- Zona Reservada Sierra del Divisor, departamentos de Loreto y Ucayali.
- Santuario Nacional Megantoni, distrito de Echarate, provincia de La Convención, departamento de Cusco.
- Reserva Comunal Asháninka, departamentos de Cusco y Junín
- Reserva Comunal Matsigenka, departamentos de Cusco y Junín
- Parque Nacional Otishi, departamentos de Cusco y Junín
- Parque Nacional Alto Purús, departamentos de Ucayali y Madre de Dios
- Parque Nacional Cordillera Azul, departamentos de Ucayali y Loreto.
- Parque Nacional del Manu, departamentos de Madre de Dios y Cusco.
- Comunidades indígenas Raya, San Pablo y Dorado, distrito de Yurua, provincia de Atalaya, departamento de Ucayali.
- Comunidad indígena Puerto Paz, distrito y provincia de Purús, departamento de Ucayali.

Bolivia

- Pueblo “Pacahuara” en aislamiento, municipio de Abuná, provincia de Federico Román, departamentos de Santa Cruz, Beni y Cochabamba
- Pueblo Chakobo en aislamiento, TCO Chacobo - Pacahuara
- Pueblo “Araona” en aislamiento y contacto inicial, TCO Araona, municipio de Ixiamas, provincia de Iturrealde, departamento de La Paz.
- Pueblo denominado “Toromona” en aislamiento, Parque Nacional Madidi, departamento de La Paz.
- Pueblo Ayoreo en aislamiento, Parque Nacional Kaa Iya, provincia Cordillera de Santa Cruz, departamento de Santa Cruz, Región del Chaco.
- Pueblo Mbya Yuki en aislamiento y contacto inicial, municipio de Chimoré, provincia de Carrasco, departamento de Cochabamba.

La presente norma se aplica además en todas las áreas, aun no identificadas o reconocidas por el Estado, donde existen pueblos en contacto reciente e inicial, o donde éstos se desplacen, considerando los traslados forzados que vienen ocurriendo.

V. Base legal

Convenios, Declaraciones y Tratados Internacionales

- Declaración Universal de Derechos Humanos
- Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales
- Convenio 169 – OIT. Sobre pueblos indígenas y tribales en países independientes
- Convención Internacional para la Eliminación de todas formas de Discriminación Racial
- Declaración de Naciones Unidas sobre los Derechos de los Pueblos Indígenas
- Convenio Constitutivo del Fondo para el Desarrollo de los Pueblos Indígenas de América Latina y el Caribe

Leyes nacionales

Venezuela

General

- Constitución Política del Estado

Poder Ejecutivo

- Ley Orgánica de Pueblos y Comunidades Indígenas (LOCPI)
- Ley de Demarcación y Garantía del Hábitat y Tierras de los Pueblos Indígenas
- Ley Orgánica de Salud (en discusión)

Colombia

General

- Constitución Política del Estado
- Ley 691 – 2001
- Ley 22 – 1981

Ecuador

General

Constitución Política del Estado

Poder Ejecutivo

- Decreto Ejecutivo N° 552. Establece la Zona Intangible Tagaeiri-Taromenane. 12 de octubre de 1999
- Decreto Ejecutivo 2187. Delimita la Zona Intangible Tagaeiri – Taromenane. 03 de enero de 2007.

Intersectorial

- Acuerdo Interministerial N° 092. Conformar la Comisión para la delimitación de los límites de la Zona Intangible Tagaeiri – Taromenane. 12 de octubre de 2004
- Acuerdo Interministerial N° 033. Crea estructura institucional encargada del cumplimiento de las Medidas Cautelares para la protección de los pueblos en aislamiento. 08 de octubre de 2007

Perú

General

- Constitución Política del Estado
- Código Civil
- Resolución Legislativa 26253, que ratifica el Convenio 169 de OIT por el Perú, convirtiéndolo en Ley Nacional

Sector Salud

- Ley N° 26842. Ley General de Salud
- Ley N° 27657. Ley del Ministerio de Salud
- Decreto Supremo N° 013-2002-SA, Reglamento de la Ley N° 27657
- Decreto Supremo N° 001-2003-SA, Reglamento de Organización y Funciones del Instituto Nacional de Salud
- Decreto Supremo N° 006-2006-SA, “Amplían prestaciones de salud SIS, para la población de la amazonia y alto andina dispersa y excluida, la víctima de violencia social y los agentes comunitarios de salud”.
- Decreto Supremo N° 017-2006-SA, “Aprueban Reglamento de Ensayos Clínicos en el Perú”, Art. 24
- Decreto Supremo N° 004-2007-SA “Establecen listado priorizado de intervenciones sanitarias de aplicación obligatoria para todos los establecimientos que reciban financiamiento del SIS”.
- Resolución Ministerial N° 591-2006/MINSA “Normas complementarias para aplicación del Decreto Supremo N° 006-2006-SA”
- Resolución Ministerial N° 771-2004/MINSA, 27 de julio de 2004, “Se aprueba las diez Estrategias Nacionales de Salud”. Incluye la Estrategia Sanitaria Nacional Salud de los Pueblos Indígenas
- Resolución Ministerial N° 192-2004/MINSA, 13 de febrero de 2004, que crea la “Comisión Nacional de Salud Indígena Amazónica en el Ministerio de Salud”
- Norma Técnica de Salud N° 047-MINSA/DGSP-V-01 “Para la Transversalización de los enfoques de Derechos Humanos, Equidad de

Género e Interculturalidad en Salud, aprobada por resolución Ministerial N° 638-2006/MINSA

- Resolución Ministerial N° 797-2007/MINSA. “Guía Técnica: Relacionamiento para casos de interacción con indígenas en aislamiento o en contacto reciente”.
- Resolución Ministerial N° 798-2007/MINSA. “Guía Técnica: Atención de salud a indígenas en contacto reciente y en contacto inicial en riesgo de alta morbilidad”.
- Resolución Ministerial N° 799-2007/MINSA. “Norma Técnica de salud: Prevención, contingencia ante el contacto y mitigación de riesgos para la salud en escenarios con presencia de indígenas en aislamiento y contacto reciente”.

Sector Agricultura

- Resolución Ministerial N° 00046-90AG/DGRAAR que crea la Reserva Kugapakori - Nahua
- Resolución Directoral Regional – Ucayali N° 000189-97/CETARU/DRA, que crea la Reserva Territorial Murunahua, Ucayali
- Resolución Directoral Regional – Ucayali 000190-97/CETARU/DRA, que crea la Reserva Territorial a favor de pueblos en aislamiento del Alto Purus, Ucayali
- Resolución Directoral Regional – Ucayali 000189-97 /CETARU/DRA que establece la Reserva Territorial Isconahua, Ucayali
- Resolución Ministerial 427 -2002-AG, que establece como Reserva del Estado el área ocupada por pueblos indígenas en aislamiento de Madre de Dios.
- Decreto Supremo N° 028-2003-AG, que declara la Reserva Territorial del Estado de los grupos étnicos en aislamiento y contacto inicial Kugapakori, Nahua, Nanti y otros.

Sector Pueblos Indígenas

- Ley N° 28736. Para la Protección de los pueblos indígenas u originarios en situación de aislamiento y en situación de contacto inicial (2006)
- DS N° 008-2007-MIMDES. Reglamento de la Ley para la Protección de los pueblos indígenas u originarios en situación de aislamiento y en situación de contacto inicial (2007)

Propiedad intelectual, INDECOPI

- Ley N° 27811. Ley que establece el régimen de protección de los conocimientos colectivos de los pueblos indígenas, vinculado a los recursos biológicos, 24 de julio de 2002

Defensoría del Pueblo

- Resolución Defensorial N° 032-2005-DP, Informe Defensorial N° 101 “Pueblos Indígenas en situación de aislamiento voluntario y contacto inicial” 15.11.2005

Intersectorial

- Decreto Supremo N° 015-2001-PCM, que crea la Comisión Multisectorial para las Comunidades Nativas

Bolivia

General

- Constitución Política del Estado, aprobada por Referéndum el 25 de enero de 2009
- Ley N° 3760, que eleva a Ley Nacional la Declaración de las Naciones Unidas sobre los Derechos de los Pueblos Indígenas
- Ley No. 1257. Aprueba y ratifica el Convenio 169 de la OIT

Sector Tierras

- Ley No. 1715. Institucionaliza la creación de Tierras Comunitarias de Origen (TCO)

- Resolución 48, del 15 de agosto de 2006, que declara “Zona Intangible y de Protección Integral de Reserva Absoluta” al territorio dentro del Parque Nacional y Área Natural de Manejo Integrado Madidi (PNANMIM)

VI. Consideraciones Generales

Tras el contacto, en su mayoría, los pueblos indígenas en contacto reciente y contacto inicial mantienen su condición de vulnerabilidad inmunológica, debido a su carencia de defensas orgánicas para responder de manera satisfactoria al contagio de enfermedades externas. De allí que enfermedades comunes en nuestro medio, como la gripe, desencadenen epidemias y muertes masivas entre estas poblaciones.

Diversos autores coinciden en señalar que cualquiera sea la causa de la susceptibilidad a determinadas enfermedades, poblaciones indígenas que en el pasado han sido vulnerables a enfermedades virales exógenas, requerirían de tres a cinco generaciones (90-150 años) para estabilizar su respuesta ante determinado agente infeccioso¹.

La recurrencia y frecuencia con que se producen brotes de enfermedades virales e infecciosas en estas poblaciones impide que dispongan de tiempo suficiente para recuperarse y afrontar de mejor manera las nuevas epidemias, agravando aún más su situación. Las altas tasas de mortandad existentes en varios de estos pueblos han llevado a ubicar a algunos de ellos en lo que se denomina el “umbral de su sobrevivencia” que los podría llevar al riesgo de la extinción².

Además de la vulnerabilidad inmunológica, los pueblos en aislamiento, contacto reciente y contacto inicial experimentan otras vulnerabilidades que condicionan

¹ Oficina General de Epidemiología, OGE, 2003. Pueblos en situación de extrema vulnerabilidad: El caso de los Nanti de la Reserva Territorial Kugapakori Nahua – Río Camisea, Cusco.

² Huertas, Beatriz, Análisis de situación de los pueblos en aislamiento voluntario, contacto reciente y contacto inicial. Elaborado por encargo del ORAS-CONHU. Lima, 2009

su estado de salud. Entre ellas están la demográfica, ante la existencia de casos de poblaciones en riesgo de extinción; la geopolítica, principalmente aplicada a pueblos ubicados en zonas de fronteras internacionales y por ello expuestos a mayores amenazas; por superposición de derechos de uso de la tierra y los recursos naturales y por migración forzada³.

En consecuencia, la prevención se torna en una estrategia fundamental para proteger efectivamente la integridad física y socio cultural de los pueblos indígenas en contacto reciente y contacto inicial, finalidad de este reglamento.

La aplicación del presente reglamento es responsabilidad de los diferentes sectores estatales responsables, directa o indirectamente, de garantizar los derechos y el bienestar de los pueblos en contacto reciente y contacto inicial. La multisectorialidad de esta Norma hace necesario el establecimiento de mecanismos de coordinación efectivos, los cuales serán conducidos por el sector Pueblos indígenas o, en su defecto, el sector Salud.

Tras el contacto y el consecuente choque cultural y la expansión de enfermedades, el grupo indígena en contacto reciente podría encontrarse en un estado de extrema vulnerabilidad que alcanza el aspecto físico, psicológico, emocional y socio cultural. Frente a ello, será necesario garantizar que la presencia externa sea lo menos invasiva posible y que evite alterar más el ya convulsionado estado del grupo.

Es fundamental la consulta y participación de las organizaciones y comunidades indígenas, razón por la cual, los niveles competentes de los sectores involucrados deberán realizar las coordinaciones que sean necesarias.

6.1 Definiciones operativas

³ Camacho, Carlos, 2007

Aislamiento⁴

Situación de un pueblo indígena o un segmento de éste que rechaza el establecimiento de relaciones de interacción sostenida con los miembros de la sociedad envolvente, repeliendo el ingreso de agentes externos a sus territorios u ocultándose de éstos como un mecanismo para garantizar su integridad física y socio cultural.

Avistamiento

Contacto visual con indígenas en aislamiento, generalmente casual y de corta duración.

Comunidad nativa

Las Comunidades Nativas son aquellas que tienen su origen en los grupos tribales de la Selva y Ceja de Selva y están constituidas por conjuntos de familias vinculadas por los siguientes elementos principales: idioma o dialecto, caracteres culturales y sociales, tenencia y usufructo común y permanente de un mismo territorio, con asentamiento nucleado o disperso⁵

Contacto inicial

Situación de un pueblo indígena o de un segmento de éste que abandona 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 que han atravesado.

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

⁴ Las definiciones que se presentan en esta propuesta de norma sobre pueblos en aislamiento, contacto reciente y contacto inicial, son tentativas y están en construcción. No existen consensos con relación a conceptos determinados que, ante la complejidad histórica y socio cultural de estos pueblos, pueden resultar limitantes e injustos.

⁵ Artículo 8 de la Ley de Comunidades Nativas y de Desarrollo Agrario de las Regiones de la Selva y Ceja de Selva (Decreto Ley N° 22175), Perú.

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 seminómadas) 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 violenta⁶.

Contingencia

Riesgo, posibilidad de que se produzca una situación de emergencia en salud.

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 supervivencia⁷.

Emergencia en salud

Estado de daño ocasionado por la ocurrencia de un peligro natural o antrópico sobre la vida, patrimonio y medio ambiente, alterando el normal desenvolvimiento de las actividades de la población afectada. En el caso de los pueblos indígenas en aislamiento, el contacto se traduce en una emergencia, dadas las altas tasas de morbilidad que se suelen producir en estas circunstancias, comprometiendo su salud y vida como individuo y como grupo⁸.

Evidencias

⁶ Instituto Nacional de Salud del Perú, INS, 2008

⁷ *Ibíd.*

⁸ *Ibíd.*

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.

Interculturalidad

Consiste en “la promoción sistemática y gradual desde el Estado y desde la sociedad civil, de espacios y procesos de interacción positiva que vayan abriendo y generalizando relaciones de confianza, reconocimiento mutuo, comunicación efectiva, diálogo y debate, aprendizaje e intercambio, regulación pacífica de los posibles conflictos, cooperación y convivencia”⁹. 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

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 vulnerabilidad¹⁰.

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.

Prevención

⁹ Tomado por la OGE (2004) de Malgesini y Giménez, 2000, de acuerdo al Proyecto Q’anil B, Guatemala.

¹⁰ INS, 2008

Actividades orientadas a evitar o mitigar los efectos adversos o daños que eventos negativos puedan producir sobre la vida, la salud, el patrimonio y el medio ambiente¹¹.

Pueblo indígena

La definición que viene siendo mayormente empleada es la formulada por el Relator Especial de Naciones Unidas, José Martínez Cobo (1986):

“Las comunidades, poblaciones y naciones indígenas son aquellas que, contando con una continuidad histórica con las sociedades anteriores a la invasión y a la colonización que se desarrollaron en sus territorios, se consideran a sí mismas distintas de otros sectores de la sociedad y están decididas a conservar, desarrollar y transmitir a las generaciones futuras sus territorios ancestrales y su identidad étnica, como base de su existencia continuada como pueblos, de conformidad con sus propios patrones culturales, instituciones sociales y sistemas jurídicos”.¹²

Riesgo

Probabilidad de que ocurra alguna situación negativa (enfermedades, pérdidas de vidas, otros daños). Se estima y evalúa en función del peligro y la vulnerabilidad¹³

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 antrópico¹⁴

VII. Consideraciones específicas

¹¹ Ibíd.

¹² Organización de las Naciones Unidas, 1986.

¹³ INS, 2008

¹⁴ Ibíd

7.1 Población objetivo

Son las poblaciones indígenas denominadas en contacto reciente y contacto inicial, de acuerdo a las definiciones establecidas en este Reglamento.

La Norma Técnica de Atención Integral, proporciona el marco de responsabilidades, políticas y acciones a ejecutar, a nivel multisectorial e intersectorial, para la prevención, atención de contingencias y mitigación de impactos ante la expansión de epidemias entre pueblos en aislamiento, contacto reciente y contacto inicial.

7.2 Precisiones

El personal estatal responsable de ejecutar acciones de protección, prevención, atención de emergencias y mitigación de impactos por expansión de enfermedades, en el marco de la atención integral a poblaciones en contacto reciente e inicial, debe tomar en cuenta que:

- a. Todo caso de tránsito del aislamiento al contacto reciente debe considerarse como una situación de extrema sensibilidad y emergencia
- b. Ante esta circunstancia debe preverse un tiempo prolongado de intervención y atención directa, principalmente de personal de salud, a la población, o de acciones indirectas que involucren a las comunidades aledañas.
- c. Cada pueblo indígena tiene una percepción propia sobre la salud, enfermedad, vida y muerte.
- d. Generalmente, la salud abarca un estado de equilibrio y armonía entre los individuos, el entorno social, natural, espiritual y simbólico, que se manifiesta en un estado de bienestar, y no solo en la simple ausencia de malestares o enfermedad.
- e. La salud esta vinculada con el mantenimiento del entorno natural y el territorio, en buenas condiciones. El medio natural permite a la población, principalmente: disponer de recursos naturales diversificados para la subsistencia, continuar desarrollando sus conocimientos sobre las propiedades de estos recursos naturales para su bienestar,

reproducir sus sistemas religiosos y sociales, y tener la tranquilidad de disponer de un medio de vida íntegro para las presentes y futuras generaciones.

- f. La diversidad cultural y, por ende, la diversidad de percepciones, idiomas y costumbres pueden significar una serie de limitaciones para el desenvolvimiento del personal estatal durante el cumplimiento de sus responsabilidades.
- g. Ante su desconocimiento de los procedimientos empleados por el sistema de salud oficial, los pueblos indígenas en contacto reciente o contacto inicial, pueden presentar reacciones de rechazo hacia ellos.

Para todos los sectores

7.2.1 Vulnerabilidad inmunológica

- 7.2.1.1 Ante la extrema vulnerabilidad inmunológica de las poblaciones indígenas en contacto reciente y contacto inicial, su interacción con el personal estatal y de la sociedad civil, puede producir reiterados brotes de epidemias, por esta razón, la presencia externa debe ser lo menos invasiva posible.
- 7.2.1.2 El personal estatal se mantendrá preparado para responder a reiterados episodios de epidemias que podrían afectar a los pueblos en contacto reciente y contacto inicial, con todas las implicancias que ello significa.

7.2.2 Actitud intercultural y respetuosa de derechos

- 7.2.2.1 El personal estatal deberá mantener una actitud respetuosa hacia los pueblos indígenas en contacto reciente y en contacto inicial, sus culturas, instituciones, sistemas de liderazgo y derechos, los cuales deberá conocer previamente.
- 7.2.2.2. El personal estatal respetará e incorporará la percepción de salud - enfermedad de los pueblos indígenas en contacto reciente y contacto inicial, a las estrategias y acciones de atención integral, así como a las recomendaciones y planteamientos que se formule a

los diferentes sectores estatales involucrados, para el mejoramiento de sus condiciones de vida.

7.2.2.3 El personal estatal pondrá especial atención a los conocimientos, técnicas, prácticas y costumbres de la población indígena en contacto reciente y en contacto inicial, con respecto a la salud, a fin de tomarla en cuenta, respetarla y aplicarla en sus intervenciones futuras. La implementación, socialización y actualización de este registro es responsabilidad del nivel local. La información será empleada en las capacitaciones en interculturalidad del personal de salud.

7.2.2.4 Las acciones del sector salud estarán articuladas a las acciones de cada uno de los sectores involucrados respecto a protección territorial, cuidado ambiental, mantenimiento de las fuentes de alimentos, respeto a las instituciones y manifestaciones culturales de los pueblos indígenas. Con este fin, será imprescindible la coordinación intersectorial y la aplicación conjunta de acciones coherentes y direccionadas a lograr el bienestar de estos pueblos indígenas.

7.2.2.5 El personal estatal debe hacerse cargo de llevar sus pertenencias y materiales y no utilizar a los indígenas como cargadores

7.2.3 Consulta

7.2.3.1 El personal estatal deberá tomar en cuenta que las acciones y procedimientos que deba aplicar como parte de la atención integral, así como sus efectos, tendrán que ser explicados a la persona o grupo que será atendido y deberá contar con la aprobación de éstos y sus representantes. De otra manera, estará vulnerando el derecho a la consulta y podría provocar el rechazo de la población a sus servicios y su presencia.

7.2.3.2 Para la aplicación de todo tratamiento se debe tener el consentimiento o asentimiento de cada paciente y del líder del grupo o del representante indígena que acompaña al grupo de intervención.

7.2.4 Precaución ante avistamientos

7.2.4.1 Ante el avistamiento de indígenas aislados o el contacto con ellos, por terceras personas o por personal estatal, éste debe asegurarse que las poblaciones próximas al lugar de los hechos y las ubicadas en las posibles rutas por donde pueden ser trasladados los indígenas, en una situación de emergencia en salud, hayan sido vacunadas principalmente contra: influenza, fiebre amarilla, hepatitis B, sarampión, rubéola, poliomelitis o tos convulsiva; estas dos últimas en menores de cinco años.

7.2.5 La salud del personal

7.2.5.1 Ningún miembro del equipo de intervención para la atención de situaciones de emergencia, debe estar con cuadro respiratorio ayudo o con proceso diarreico agudo al momento del ingreso o durante la intervención. Si así fuera el caso, deberá ser reemplazado o postergar su ingreso hasta que haya involucionado este proceso.

7.2.6 Desecho de residuos

7.2.6.1 El personal estatal deberá velar por el adecuado manejo de los residuos sólidos. Es recomendable utilizar bolsas plásticas para el posterior retiro de la basura hacia lugares lejanos. Los residuos orgánicos (restos de comida, excrementos) deben ser enterrados, por lo menos, a medio metro de profundidad y lejos de la playa.

7.2.6.2 El manejo adecuado de los residuos biocontaminados (jeringas, agujas, gasas, algodones y otros) es de exclusiva responsabilidad del personal de salud.

7.2.6.3 No quemar papeles o materiales de higiene personal cerca de la población indígena en contacto reciente o contacto inicial, por la posible asociación que pueden hacer como mecanismo de transmisión de enfermedades.

Para el sector Salud

7.2.7 Criterio de atención

7.2.7.1 Las actividades de salud por realizarse en poblaciones indígenas en contacto reciente o contacto inicial no responden a ninguna obligación de productividad en la atención de salud, por lo que no se exigirá examinar o atender a la totalidad de la población; por el contrario, los esfuerzos deben estar orientados a buscar formas de acercamiento y mejor entendimiento para la interculturalidad en la atención.

7.2.8 Aplicación de técnicas demostrativas

7.2.8.1 Para algunas atenciones (inyectables, aplicaciones tópicas) el personal de salud y los que acompañan al equipo (representantes indígenas y otros), aplicarán “estrategias demostrativas del procedimiento” sirviendo de ejemplo visible.

7.2.9 Inmunizaciones

7.2.9.1 La inmunización de los indígenas en contacto reciente y contacto inicial esta condicionada a la gravedad de su situación de salud. Si se tratara de brotes epidémicos de sarampión, difteria, tos convulsiva, fiebre amarilla u otros de gravedad, que los afecten, será necesario informarles, a través del traductor y ante sus líderes y representantes, sobre la necesidad de una vacunación inmediata, acudiendo a medios didácticos (“estrategias demostrativas del procedimiento”) para explicar cómo ésta será realizada y cuáles serán sus efectos.

7.2.9.2 Si no se tratara de un caso de gravedad, la inmunización se realizará con posterioridad, en el momento que la población indígena haya comprendido las razones de la presencia del personal de salud y haya dado su consentimiento a la aplicación de los procedimientos médicos que hayan sido previamente explicados.

- 7.2.9.3 Asegurarse de contar con la cantidad necesaria de dosis de vacunas para su administración en las comunidades colindantes al lugar donde ocurrió el avistamiento o contacto con indígenas aislados, y a todas las personas que ingresan a esta zona, a modo de prevención.
- 7.2.9.4 En el caso de indígenas recientemente contactados que se dirigen a un poblado vecino buscando ayuda médica, si bien presentan una mayor disposición para ser vacunados, será necesario coordinar y solicitar autorización a sus representantes y a ellos mismos para la aplicación de las vacunas.
- 7.2.9.5 El equipo médico es responsable de vigilar los posibles efectos secundarios de las vacunas, en los siguientes días, por lo que deberá permanecer en el lugar hasta que esta medida se haya cumplido a cabalidad.

7.2.10 Valoración de crecimiento y desarrollo

- 7.2.10.1 Las tareas de determinación del estado nutricional en infantes tienen serias limitaciones en las poblaciones indígenas recién contactadas debido a la imposibilidad de obtener las fechas de nacimiento y las dificultades para la estimación de las edades. Es recomendable posponer estas acciones hasta cuando las condiciones lo permitan.

7.2.11 Enfermedades frecuentes

- 7.2.11.1 Las enfermedades de mayor incidencia entre poblaciones indígenas en aislamiento, contacto reciente y contacto inicial son las siguientes:
- i. Enfermedades de la piel
 - ii. Infecciones respiratorias agudas (vías respiratorias superiores)
 - iii. Conjuntivitis, otitis
 - iv. Enfermedades diarreicas, parasitosis
 - v. Heridas o traumatismos (quemaduras, heridas cortantes, contusas)
 - vi. Síntomas y signos comunes (fiebre, dolor de cabeza, sangrado nasal)

- 7.2.11.2 Para los casos de enfermedades crónicas (TBC en sintomáticos respiratorios, Leishmaniosis, etc.) que requieran procedimientos diagnósticos y tratamientos largos, y al no ser una emergencia, será necesario coordinar su aplicación y administración con los líderes locales, representantes de organizaciones indígenas, el personal médico de los establecimientos de salud aledaños y otros actores sociales.
- 7.2.11.3 En el caso de indígenas en contacto reciente, los tratamientos deben ser administrados por el personal de salud (incluye vía oral” puesto en boca” y tópicos). De ninguna manera se entregarán tratamientos para autoadministración. En el caso de los indígenas con mayor grado de relación con el resto de la sociedad, identificar entre ellos a la persona que podría responsabilizarse de esta tarea.
- 7.2.11.4 Tratar, en lo posible, de utilizar tratamientos de fácil dosificación.
- 7.2.11.5 Los tratamientos dolorosos deberán ser explicados con anterioridad a los pacientes, empleando herramientas didácticas para su entendimiento.

7.2.12 **Casos complicados**

- 7.2.12.1 En caso de requerirse la administración de tratamientos intramusculares o endovenosos para curar neumonías, bronconeumonías, síndromes de obstrucción bronquial o broncoespasmos, heridas extensas, quemaduras extensas o traumatismos graves, mordeduras por serpientes, deshidrataciones graves, u otros, también será necesario explicar el procedimiento al paciente y sus líderes para lograr su consentimiento
- 7.2.12.2 Evitar procedimientos invasivos de diagnóstico o tratamiento que impliquen mayor riesgo (flebotomías, paracentesis, toracocentesis, biopsias, etc.). De ser necesario, agotar los mecanismos de comunicación para obtener el consentimiento del entorno más cercano y del líder del grupo y evaluar las posibilidades de evacuación
- 7.2.12.3 Si por la gravedad del caso (pudiera haber más de uno) se necesitara un manejo por equipo especializado o con tecnología de

mayor capacidad resolutive, debe implementarse un pequeña “base de emergencias” la que permitirá atención para los casos complicados.

- 7.2.12.4 Es recomendable ubicarla cerca al lugar donde se encuentran los indígenas (entre 1-2 horas en bote) pero alejado de asentamientos urbanos.
- 7.2.12.5 Esto tiene la finalidad de evitar trasladar al indígena enfermo recién contactado hacia zonas urbanas u hospitales. Generalmente, con el enfermo se moviliza la familia o más de un miembro del grupo, lo que incrementa el riesgo de mayor contacto, enfermedades y desmembramiento social. Esta decisión debe ser consensuada con los representantes indígenas.
- 7.2.12.6 Si los casos se sucedieran o se identificaran en alguna comunidad donde se produjo el contacto, el establecimiento de salud más cercano puede servir de “base de emergencias”. Otra posibilidad es constituir un ambiente de la comunidad como “base de emergencias”. En estos casos debe asegurarse condiciones de bioseguridad en la prestación del servicio y velar por que se apliquen las restricciones a visitas innecesarias.
- 7.2.12.7 Si la complicación de los casos requiere atención especializada, evaluar la condición del paciente y, en coordinación con los representantes indígenas, buscar los mecanismos de información al grupo o sus líderes.
- 7.2.12.8 Acordar con los representantes indígenas, la movilización del cadáver si el fallecimiento sucediera fuera del área

7.2.13 Caso de indígenas mujeres

Las enfermedades propias de las mujeres representan una temática delicada, que debe ser abordada con sumo cuidado y en un espacio íntimo.

- 7.2.13.1 La atención de salud debe ser brindada por personal femenino. Si en un caso extremo, se requiriera la intervención de un especialista de sexo masculino, será necesario explicar la situación a la paciente y sus familiares para que den su consentimiento.

- 7.2.13.2 Durante la atención, evitar presencia de personal masculino y hacerlo en presencia de su pareja o persona mayor de su grupo o mejor si ésta es también mujer.
- 7.2.13.3 Mujeres adolescentes, incluso prepúberes, pueden tener pareja o estar asignadas al cuidado de algún varón mayor. Se debe tener cuidado en identificarlo para el permiso correspondiente.
- 7.2.13.4 Durante la menarquía, las adolescentes pueden estar en proceso de “encierro” y sometidas a una dieta como parte ritual; es recomendable no insistir en visitarlas ni examinarlas; guardar el máximo respeto por el proceso y evitar comentarios.
- 7.2.13.5 Si por confianza los parientes aceptaran la visita del personal médico al lugar de “encierro”, evitar comunicarse con la adolescente y no insistir en observarla o examinarla; salvo que se conozca de la gravedad de su estado de salud, por lo que se coordinará con los representantes indígenas y responsables de la adolescente para brindar la atención correspondiente. Es obligación personal de salud buscar coincidencias entre el ritual y las indicaciones terapéuticas
- 7.2.13.6 Si hubiera gestantes en el grupo, posponer el examen médico hasta afianzar la relación con ellas, salvo que se identificara signos de alarma (edema, sangrado, palidez extrema, fiebre u otro signo de infección) frente a lo cual se debe buscar la aceptación correspondiente.
- 7.2.13.7 Si existiera negativa por la gestante para recibir alguna atención de salud, no insistir; crear los espacios de confianza y amabilidad hasta lograr empatía en los siguientes días.
- 7.2.13.8 Si la complicación corresponde a una emergencia médica o quirúrgica, actuar y decidir como tal, teniendo en cuenta que el traslado de un indígena recién contactado o en contacto inicial enfermo, puede significar traslado de acompañamientos- pareja y otros niños, al centro de referencia.
- 7.2.13.9 No realizar examen ginecológico
- 7.2.13.10 Si se identificara alguna gestante en trabajo de parto, agotar los medios de comunicación para realizar una evaluación (excepto tacto vaginal) y permitir el evento según sus costumbres. No insistir en

atender el parto. En caso de indígenas en contacto inicial, indagar sobre los procedimientos de atención del parto, puerperio y recién nacido.

7.2.13.11 Con los representantes indígenas, velar para que el recién nacido y la puérpera reciban atención lo antes posible y según sus patrones culturales. Asegurar abrigo para el recién nacido. Evitar fotografías o filmaciones. Evitar insistir en la manipulación excesiva del recién nacido y evitar insistir en examen ginecológico de la puérpera.

7.2.13.12 Identificar las creencias, ritos y costumbres que tiene el grupo sobre la gestación, parto y puerperio: dietas, corte de pelo, teñido de piel con tintes naturales, corte del cordón, entre otros. Servirá de material para la capacitación al personal de salud en interculturalidad.

7.2.13.13 No promocionar el uso de métodos anticonceptivos artificiales en pueblos en contacto reciente o contacto inicial. Identificar, registrar y reportar los métodos naturales que fueran confiados por los indígenas por propia voluntad y sin exigencias del personal médico.

7.2.13.14 Queda terminantemente prohibida la promoción y aplicación de métodos anticonceptivos quirúrgicos.

7.2.14 Enfoque de género

La aplicación del enfoque de género en las intervenciones a los indígenas en reciente contacto esta condicionada por el conocimiento que se vaya teniendo de la cultura de estos pueblos y el rol que desempeña la mujer al interior de ellos, así como por la organización de la oferta (inclusión de mujeres en el equipo de salud, acercamiento a los indígenas y actividad prestacional según sexo).

La comprensión sobre el rol que desempeña la mujer y la adecuación del servicio de salud a ésta, se dará en forma progresiva y en la medida que el pueblo indígena decida aceptar la presencia externa en su interior.

7.2.15 Fallecimientos y necropsias

7.2.15.1 En caso de muerte, previa autorización de los familiares y líderes, el personal de salud deberá realizar la necropsia verbal, el examen

externo del cadáver y evaluar los riesgos de transmisibilidad de enfermedades.

- 7.2.15.2 Evitar la realización de necropsias totales o parciales.
- 7.2.15.3 El personal médico está obligado a respetar las costumbres y ritos del grupo con respecto a la muerte (las cuales pueden ser diversas). Si hubiera riesgo de transmisibilidad de alguna enfermedad a través del cuerpo, el personal deberá explicar la situación a los parientes y a la familia y buscar otras formas de entierro, que evite la diseminación de la enfermedad.
- 7.2.15.4 Si por la gravedad del caso y el acuerdo de traslado del paciente, éste falleciera en el hospital, centro de salud u otro lugar lejano al grupo al que pertenece, el nivel local y el regional coordinarán con los representantes de las organizaciones indígenas para retornar el cadáver al lugar de donde fue evacuado y efectivizar su entrega a los familiares, teniendo en cuenta el tipo de enfermedad que causó la muerte.
- 7.2.15.5 Si durante la intervención médica se produjera alguna muerte, o si hubiera posible asociación – de parte de los indígenas en contacto reciente o inicial - de la muerte con algún procedimiento o tratamiento médico, evaluar la reacción de la familia o del grupo y tomar las precauciones del caso.
- 7.2.15.6 No imponer la aceptación de tratamientos u otros servicios, a fin de no poner en peligro las relaciones entre el equipo de salud y los indígenas en contacto reciente o inicial
- 7.2.15.7 Cualquiera fuera la causa de muerte, el grupo o familia tiene el derecho a conocerla, así como los peligros de transmisión de la enfermedad, si los hubiera. Si no fuera posible hacerla conocer a la familia o grupo – porque ya decidieron regresar al bosque y continuar en aislamiento – los miembros de las comunidades aledañas deben ser comunicados si se tratara de una enfermedad transmisible que puede comprometer seriamente su salud (fiebre amarilla, Bartonelosis, hepatitis B, tuberculosis, entre otras)
- 7.2.15.8 La causa de muerte de indígenas en contacto reciente e inicial, en alto riesgo de morbimortalidad debe ser informada a las

organizaciones indígenas regionales. Esta información también debe ser comunicada a los niveles subnacionales y nacional del sector salud.

SIGLAS

ACCA	Asociación para la Conservación de la Cuenca Amazónica
ASIS	Análisis de la Situación de Salud
CENSI	Centro Nacional de Salud Intercultural (Perú)
CIPIACI	Comité Indígena Internacional para la Protección de Pueblos en Aislamiento y Contacto Inicial de la Amazonía, el Gran Chaco y la Región Oriental de Paraguay
INDECOPI	Instituto Nacional de Defensa de la Competencia y de la Protección de la Propiedad Intelectual
INRENA	Instituto Nacional de Recursos Naturales (Perú)
IWGIA	Grupo Internacional de Trabajo sobre Asuntos Indígenas
MIMDES	Ministerio de la Mujer y Desarrollo Social (Perú)
MINSA	Ministerio de Salud (Perú)
OGE	Oficina General de Epidemiología (Perú)
OIT	Organismo Internacional del Trabajo
OMS	Organismo Mundial de la Salud
ONU	Organización de las Naciones Unidas
OPS	Organización Panamericana de la Salud
ORAS- CONHU	Organismo Andino de Salud – Convenio Hipólito Unanue
PNANMIM	Parque Nacional y Área Natural de Manejo Integrado Madidi
SIS	Sistema Integral de Salud (Perú)
TCO	Tierra Comunitaria de Origen (Bolivia)
UNICEF	Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia

Bibliografía

Camacho, Carlos, Consolidar los territorios de los pueblos aislados. *En Pueblos indígenas en aislamiento voluntario y contacto inicial en la Amazonia y el Gran Chaco. Actas del Seminario Regional de Santa Cruz de la Sierra, 20-22 de noviembre de 2006*. Lima, 2007

Declaración de Quito, 20 de octubre de 2007

Declaración de Santa Cruz, noviembre de 2006

Decreto 2164/95 Reglamento de tierras para indígenas de Colombia, promulgado el 7 de diciembre de 1995

Foro Permanente de las Naciones Unidas para las Cuestiones Indígenas. Informe sobre el Sexto Periodo de Sesiones (mayo de 2007). Consejo Económico y Social. Documentos Oficiales, Suplemento N° 23.

Huertas, Beatriz. Los pueblos indígenas en aislamiento. Su lucha por la sobrevivencia y la libertad. IWGIA. Lima, 2002

Huertas, Beatriz, Análisis de situación de los pueblos en aislamiento voluntario, contacto reciente y contacto inicial. Elaborado por encargo del ORAS-CONHU. Lima, 2009

Instituto Nacional de Recursos Naturales, INRENA: www.inrena.gob.pe

Instituto Nacional de Salud del Perú. Norma y Guías técnicas en salud. Indígenas en aislamiento y contacto inicial. Lima, 2008

Oficina General de Epidemiología - Ministerio de Salud del Perú. Aportes metodológicos para la elaboración del ASIS de los pueblos indígenas de la Amazonía peruana. La Consulta sobre la situación de salud. Lima, 2004.

Rummenhoeller, Klaus y Huertas, Beatriz. Plan de Contingencia en caso de contacto con pueblos indígenas en aislamiento voluntario en el ámbito del Parque Nacional del Manu. Elaborado para la Asociación para la Conservación de la Cuenca Amazónica, ACCA. Lima, 2006