



Organización  
Panamericana  
de la Salud



Organización  
Mundial de la Salud  
OFICINA REGIONAL PARA LAS  
Américas

# Alerta Epidemiológica COVID-19 en pueblos indígenas en las Américas

15 de julio de 2020

Ante el incremento de casos y defunciones por COVID-19 en comunidades indígenas en las Américas, la Organización Panamericana de la Salud / Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS) insta a los Estados Miembros a redoblar esfuerzos para prevenir el avance de la infección en dichas comunidades, así como también para asegurar el acceso a los servicios de atención de salud y fortalecer el manejo adecuado de casos con enfoque intercultural. Al mismo tiempo, la OPS/OMS urge a implementar medidas preventivas para reducir la mortalidad asociada a la COVID-19 en todos los niveles del sistema de salud.

## Introducción

En las últimas 4 semanas, los casos notificados de enfermedad por coronavirus 2019 (COVID-19) continúan aumentando en la mayoría de los países y territorios de la región de las Américas. En particular, se ha observado un crecimiento acelerado en algunos países de América Central y de América del Sur. Actualmente no hay indicios, a nivel regional, de que la pandemia haya alcanzado su punto máximo.

Desde el primer caso confirmado de COVID-19 en las Américas<sup>1</sup> y hasta el 14 de julio de 2020, fue notificado un total de 6.884.151 casos confirmados acumulados, incluyendo 290.674 defunciones.

Entre el 24 de junio y el 14 de julio se notificaron 2.280.017 casos confirmados de COVID-19, incluidas 60.509 defunciones adicionales en la región de las Américas. Esto representa un aumento relativo de 50% en casos nuevos y de 26% en defunciones. La mayor proporción de nuevos casos fueron reportados en Islas Turcas y Caicos (414%), Costa Rica (239%) y Antigua y Barbuda (185%); mientras que la mayor proporción de nuevas defunciones fueron reportadas en Venezuela (166%), Costa Rica (158%) y El Salvador (134%).

En el mismo periodo, el mayor aumento relativo de casos y defunciones ocurrió en las subregiones de América Central (94% de aumento en casos y 95% de aumento en

---

<sup>1</sup> 21 de enero de 2020

defunciones) y de América del Sur (57% de incremento en casos y 43% de incremento en defunciones)<sup>2</sup>.

La pandemia por COVID-19 representa un riesgo para la salud de los pueblos indígenas tanto aquellos que viven en áreas urbanas como los que viven en asentamientos remotos o aislados donde el acceso a los servicios de salud es un desafío y la capacidad muchas veces limitada para atender a toda la población.

Entre las poblaciones indígenas que viven tanto en asentamientos remotos o aislados como en áreas urbanas, algunos de los factores de riesgo que podrían estar asociadas a altas tasas de mortalidad por COVID-19 son la desnutrición, el acceso deficiente o falta de acceso a los sistemas de salud, así como a agua potable y saneamiento básico, además de la alta carga de enfermedades parasitarias.

Además de los factores de riesgos listados anteriormente, que existían incluso antes de la pandemia de COVID-19, las poblaciones indígenas en la región de las Américas enfrentan los siguientes factores de riesgo que los colocan en una situación aún más precaria:

- La tasa de contacto interpersonal entre grupos indígenas y no indígenas parece estar aumentando en algunos países. Los contactos aumentan el riesgo de exposición a patógenos, incluido el SARS-CoV-2, entre estos grupos.
- La coinfección de COVID-19 y otras enfermedades de alta prevalencia (por ejemplo, la tuberculosis) puede dar lugar a altas tasas de mortalidad entre los grupos indígenas.
- Las aldeas aisladas tienen una densidad de población mucho mayor que las aldeas contactadas.
- La dieta de muchas poblaciones indígenas depende de la caza y la pesca. Estos requisitos de subsistencia hacen que las medidas de confinamiento sean muy difíciles de implementar.
- Los movimientos frecuentes de grupos indígenas a través de territorios transnacionales, aumenta el riesgo de exposición a patógenos circulantes y la posterior transmisión del SARS-CoV-2 entre países vecinos.
- La tala clandestina y las actividades mineras ilegales pueden generar brotes incluso en comunidades indígenas aisladas.
- Los desplazamientos de los indígenas asentados en aldeas, en búsqueda de beneficios sociales y atención médica, se han asociado con brotes de enfermedades transmisibles.

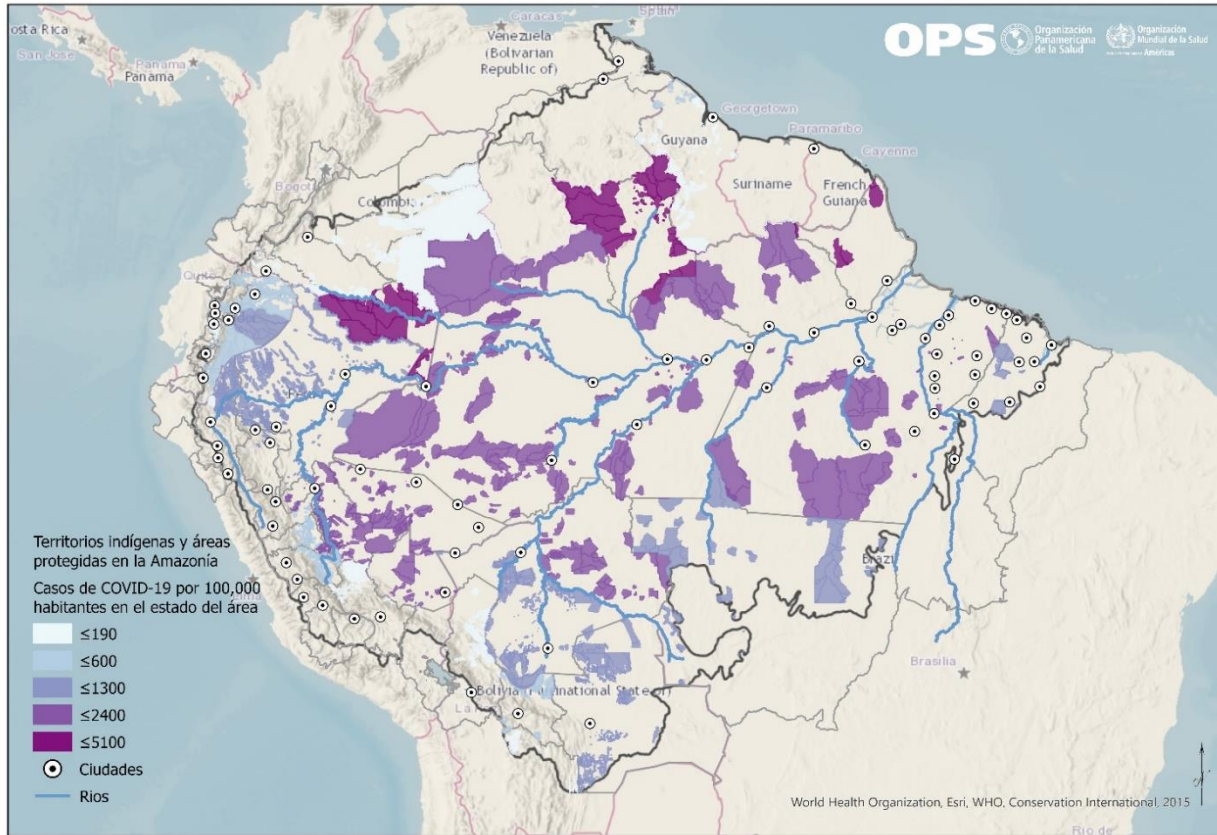
---

<sup>2</sup> OPS/OMS COVID Daily update. Disponible en: <https://bit.ly/38LzGmi> y accedido el 15 de julio.

## Situación en países seleccionados

A continuación, se presenta la situación de la COVID-19 en poblaciones indígenas de los países para los cuales se cuenta con información.

**Figura 1.** Incidencia acumulada de COVID-19 en poblaciones indígenas, en países de América del Sur.



© Organización Panamericana de la Salud - Organización Mundial de la Salud (OMS) de 2020.  
Todos los derechos reservados. Las denominaciones empleadas en estos mapas y la forma en que aparecen presentados los datos que contienen no implican, por parte de la Secretaría de la Organización Panamericana de la Salud, juicio alguno sobre la condición jurídica de países, territorios, ciudades o zonas, o de sus autoridades, ni respecto del trazado de sus fronteras o límites. Las líneas discontinuas en los mapas representan de manera aproximada fronteras respecto de las cuales puede que no haya pleno acuerdo.

Producción del mapa: Información de Emergencias en Salud & Evaluación de riesgo (HIM),  
OPS Departamento de Emergencias en Salud (PHE)

En **Bolivia**, desde la confirmación de los primeros casos<sup>3</sup> de COVID-19 en el país y hasta el 6 de julio de 2020 se confirmaron 31.249 casos, incluidas 1.135 defunciones (3,6%) en población indígena (**Figura 2**).

El 70% del total de estos casos fueron notificados en el *Departamento de Santa Cruz* con 21.752 casos, incluidas 574 defunciones<sup>4</sup> (2,6%). Mientras que 13% fueron notificados por el

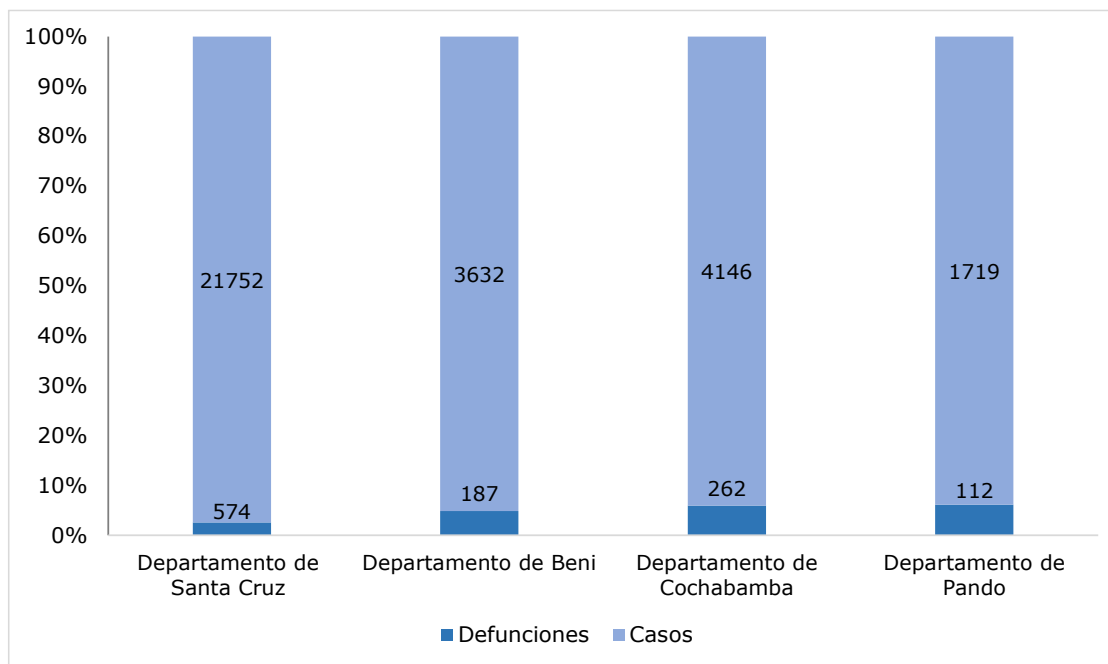
<sup>3</sup> 10 de marzo de 2020

<sup>4</sup> Red Eclesial Panamazónica. Informe del 6 de julio. Disponible en <https://redamazonica.org/covid-19-panamazonia/> y accedido el 8 de julio. Casos notificados por la Diócesis de San Ignacio de Velasco (710

Departamento de Cochabamba con 4.146 casos, incluidas 262 defunciones<sup>5</sup> (6,3%). Por su parte el por el Departamento de Beni concentra el 12% del tal reportado con 3.632 casos, incluidas 187 defunciones (5,1%)<sup>6</sup>. El 6% restante fue notificado por el Departamento de Pando, con 1.719 casos, incluidas 112 defunciones (6,5%)<sup>7</sup>.

Adicionalmente, en la diócesis de Coroico fueron notificados 24 casos, incluida 1 defunción (4,2%).

**Figura 2.** Distribución porcentual de casos y defunciones de COVID-19 por departamento. Bolivia, 10 de marzo al 6 de julio de 2020.



**Fuente:** Datos publicados por la Red Eclesial Pan amazónica. Figura preparada por la OPS/OMS.

En **Brasil**, desde la confirmación del primer caso de COVID-19 en el país<sup>8</sup> y hasta el 4 de julio, se notificaron en el Subsistema de Atención de Salud Indígena (SASISUS, por sus siglas en portugués) 14.168 casos en indígenas, de los cuales 7.946 (56%) fueron confirmados, 5.237 (37%) descartados, 155 (1%) fueron excluidos y 830 (6%) están bajo investigación. Los 34 Distritos

---

casos, 1 defunción), por la arquidiócesis de Santa Cruz de la Sierra (20.668 casos, 573 defunciones) y por la Vicaría de Ñuflo Chávez (374 casos).

<sup>5</sup> Red Eclesial Pan amazónica. Informe del 6 de julio. Disponible en <https://redamazonica.org/covid-19-panamazonia/> y accedido el 8 de julio. Casos notificados por la Arquidiócesis de Cochabamba (3.407 casos, 218 defunciones) y por Prel. Aiquile (739 casos, 44 defunciones).

<sup>6</sup> Red Eclesial Pan amazónica. Informe del 6 de julio. Disponible en <https://redamazonica.org/covid-19-panamazonia/> y accedido el 8 de julio. Casos notificados por el Vicariato de Beni (3.566 casos, 186 defunciones) y por el Vicariato Reyes (66 casos, 1 defunción).

<sup>7</sup> Red Eclesial Pan amazónica. Informe del 6 de julio. Disponible en <https://redamazonica.org/covid-19-panamazonia/> y accedido el 8 de julio. Casos notificados por el Vicariato de Pando (1.719 casos, 112 defunciones).

<sup>8</sup> 26 de febrero de 2020.

Especiales de Salud Indígena (DSEI, por sus siglas en portugués) notificaron casos confirmados de COVID-19. Del total de casos confirmados, 177 (2%) fallecieron de COVID-19.

Tal como se observa en la **Figura 3**, las regiones *Norte* y *Nordeste* presentan tasas de incidencia acumulada más altas, con algunos DSEI con incidencias que varían entre 1.077,4 y 7.496,4 por 100.000 habitantes. Las mayores tasas de mortalidad también se observan en estas dos regiones, en los DSEI Kaiapó do Pará (112,8 casos por 100.000 habitantes), Xavante (94,6 casos por 100.000 habitantes) y Rio Tapajós (75,0 casos por 100.000 habitantes).

**Figura 3.** Distribución de casos de COVID-19 en pueblos indígenas asistidos por SASISUS, por DSEI, hasta semana epidemiológica (SE) 27 de 2020. Brasil.

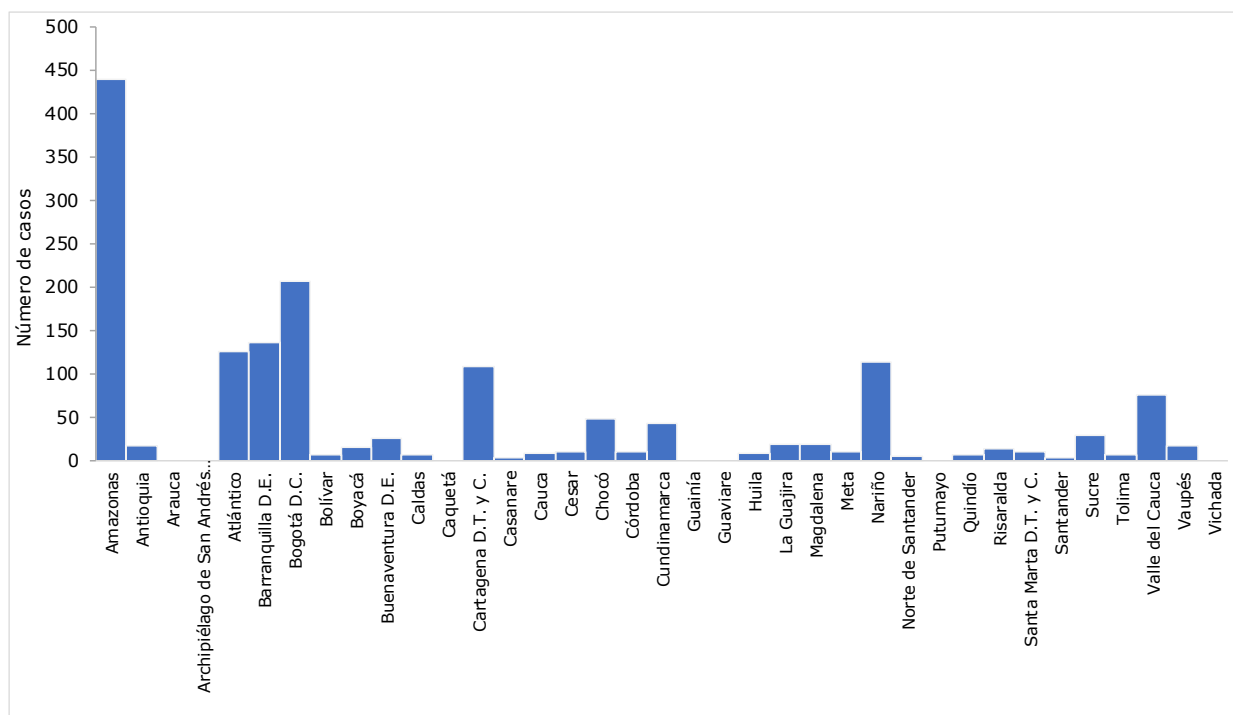
DSEI	Número de casos confirmados acumulados	Número de defunciones acumuladas	Tasa de incidencia por 100.000 hab.	Tasa de mortalidad por 100.000 hab.	Tasa de letalidad (%)
<b>Región Norte</b>	<b>5.417</b>	<b>112</b>	<b>1.424,0</b>	<b>29,4</b>	<b>2,1</b>
Altamira	148	0	3.316,2	0,0	0,0
Alto Rio Juruá	196	4	1.077,4	22,0	2,0
Alto Rio Negro	382	11	1.328,0	38,2	2,9
Alto Rio Purus	186	4	1.464,8	31,5	2,2
Alto Rio Solimões	785	25	1.104,6	35,2	3,2
Amapá e Norte do Pará	481	1	3.686,4	7,7	0,2
Guamá-Tocantins	623	11	3.564,3	62,9	1,8
Kaiapó do Pará	465	7	7.496,4	112,8	1,5
Leste de Roraima	382	11	719,2	20,7	2,9
Manaus	242	10	768,8	31,8	4,1
Médio Rio Purus	26	1	333,2	12,8	3,8
Médio Rio Solimões e Afluentes	168	7	744,9	31,0	4,2
Parintins	65	3	391,1	18,1	4,6
Porto Velho	135	3	1.257,8	28,0	2,2
Rio Tapajós	748	10	5.610,6	75,0	1,3
Tocantins	83	0	657,8	0,0	0,0
Vale do Javari	119	0	1.886,5	0,0	0,0
Vilhena	12	0	203,5	0,0	0,0
Yanomami	171	4	609,9	14,3	2,3
<b>Región Centro-Oeste</b>	<b>485</b>	<b>30</b>	<b>381,3</b>	<b>23,6</b>	<b>6,2</b>
Araguaia	4	0	68,3	0,0	0,0
Cuiabá	68	5	919,3	67,6	7,4
Kaiapó do Mato Grosso	5	0	100,2	0,0	0,0
Mato Grosso do Sul	179	2	227,5	2,5	1,1
Xavante	176	21	793,2	94,6	11,9
Xingu	53	2	656,6	24,8	3,8
<b>Región Nordeste</b>	<b>1.595</b>	<b>28</b>	<b>970,3</b>	<b>17,0</b>	<b>1,8</b>
Alagoas e Sergipe	84	2	672,9	16,0	2,4
Bahia	58	1	175,5	3,0	1,7
Ceará	335	4	1.242,3	14,8	1,2
Maranhão	862	14	2.279,3	37,0	1,6
Pernambuco	113	7	290,9	18,0	6,2
Potiguara	143	0	940,2	0,0	0,0
<b>Región Sur y Sudeste</b>	<b>449</b>	<b>7</b>	<b>535,0</b>	<b>8,3</b>	<b>1,6</b>
Interior Sul	288	6	688,4	14,3	2,1
Litoral Sul	123	1	491,0	4,0	0,8
Minas Gerais y Espírito Santo	38	0	223,1	0,0	0,0
<b>Total</b>	<b>7.946</b>	<b>177</b>	<b>1.051,2</b>	<b>23,4</b>	<b>2,2</b>
Tasa de incidencia	≥1.000				
	501-999				
	≤100 -500				
Tasa de mortalidad	70,0 - ≥100				
	30,1 -60,9				
	0,0 -30,0				
Tasa de letalidad	≥3,6				
	1,0 -3,5				
	0,0 - 0,9				

Fuente: Datos publicados por la Secretaria Especial de Salud Indígena / Ministerio de Salud de Brasil ([www.saudeindigena.saude.gov.br](http://www.saudeindigena.saude.gov.br)) y reproducidos por la OPS/OMS

En **Canadá**, desde la confirmación del primer caso de COVID-19<sup>9</sup> en el país y hasta el 8 de julio, fueron notificados 334 casos confirmados, incluidas 6 defunciones en población indígena. Los casos se distribuyeron en las regiones de *Alberta* (114 casos), *Saskatchewan* (84 casos), *Ontario* (59 casos), *British Columbia* (42 casos) y *Quebec* (35 casos)<sup>10</sup>.

En **Colombia**, desde la confirmación del primer caso de COVID-19<sup>11</sup> en el país y hasta el 6 de julio, fueron confirmados 1.534 casos y 73 defunciones en población indígena, según los datos contenidos en la base de datos de COVID-19, publicada por el Gobierno de Colombia<sup>12</sup>. El mayor número de casos corresponde al *Departamento de Amazonas* (439 casos), seguido por los *Distritos de Bogotá* (207 casos) y *Barranquilla* (136 casos) (**Figura 4**).

**Figura 4.** Distribución de casos confirmados de COVID-19 en población indígena, según departamento de notificación del caso. Colombia, 6 de marzo al 6 de julio de 2020.



**Fuente:** Datos publicados por el Gobierno de Colombia. Figura preparada por la OPS/OMS.

Considerando que el número de casos notificados va a depender de la completitud de la variable pertenencia étnica, al consultar otra fuente de información, indica que hasta el 6 de julio, fueron notificados 4.112 casos, incluidas 110 defunciones (3%)<sup>13</sup>.

<sup>9</sup> 25 de enero de 2020

<sup>10</sup> Gobierno de Canadá. Coronavirus (COVID-19) y comunidades indígenas, Disponible en: <https://bit.ly/3efm1VI> y accedido el 9 de julio.

<sup>11</sup> 6 de marzo 2020

<sup>12</sup> Gobierno de Colombia. Datos abiertos. Casos positivos de COVI-19 en Colombia. Disponible en <https://bit.ly/3gFCZ1b> y accedido el 7 de julio de 2020.

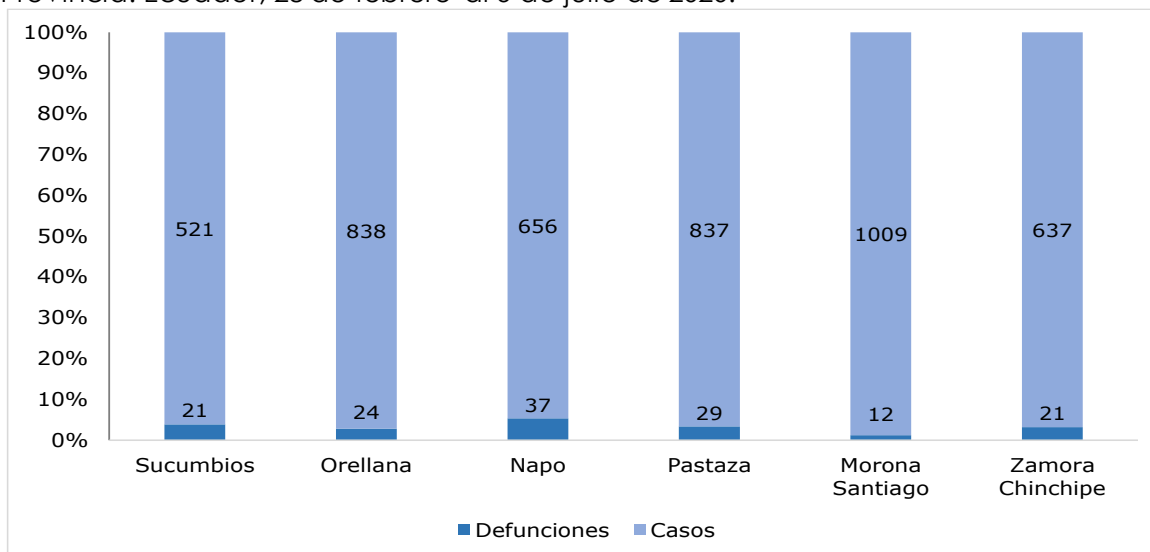
<sup>13</sup> Red Eclesial Panamazónica. Informe del 6 de julio. Disponible en <https://redamazonica.org/covid-19-panamazonia/> y accedido el 8 de julio.



Una tercera fuente consultada, señala que, en Colombia, el primer caso de COVID-19 en pueblos indígenas se reportó el 25 de marzo. Hasta el 2 de julio, fueron notificados 1.175 casos incluidas 38 defunciones. Los casos están distribuidos geográficamente en 47 municipios y dos áreas no municipalizadas Yavaraté (Vaupés) y La Chorrera (Amazonas): Leticia (683 casos), Distrito de Bogotá (78 casos), Puerto Nariño (64 casos), Malambo (49 casos), Maicao (34 casos), Cumbal (33 casos), Quibdó (31 casos), Sampués (30 casos), Mallama (28 casos), Ipiales (22 casos), Yavaraté (16 casos), Aldana (11 casos) y Palmito (10 casos). El número de casos en el resto de los municipios varía entre 7 y 1: Cuaspud Carlosama (Nariño, 7 casos), Carmen de Atrato (6 casos), Argelia (5 casos), Popayán, Piendamó, Silvia (Cauca), Agustín Codazzi, Guachucal, Coyaima (Tolima), Cali (Valle del Cauca) y Mitú con 4 casos cada uno; Distrito de Cartagena, Turbaco (Bolívar), Uribia (La Guajira), Túquerres y Sincelejo con 3 casos cada uno; Lórica y Córdoba, con dos casos cada uno; Riosucio (Caldas), López de Micay, Corinto, Caloto, Pueblo Bello (Cesar), Unión Panamericana, Medio Baudó (Chocó), Tuchín (Córdoba), Cota (Cundinamarca), Inírida (Guainía), Isnos (Huila), Distracción, Albania, San Andrés de Tumaco, Toledo (Norte de Santander), Pueblo Rico (Risaralda) y Buenaventura con un caso cada uno<sup>14</sup>.

En **Ecuador**, desde la confirmación del primer caso de COVID-19<sup>15</sup> y hasta el 6 de julio, fueron confirmados 4.498 casos, incluidas 144 defunciones (3,2%) en población indígena. El 60% del total de casos fueron notificados, en las provincias de *Morona Santiago* (1.009 casos), *Orellana* (838 casos) y *Pastaza* (837 casos). Mientras que el 63% de las defunciones fueron notificadas en Napo (37 defunciones), Pastaza (29 defunciones) y Orellana (24 defunciones). (**Figura 5**).

**Figura 5.** Distribución porcentual de casos y defunciones de COVID-19 en población indígena, por Provincia. Ecuador, 28 de febrero al 6 de julio de 2020.



**Fuente:** Datos proporcionados por el Centro Nacional de Enlace para el Reglamento Sanitario

<sup>14</sup> Organización Nacional Indígena de Colombia (ONIC). Informe especial. Situación de los pueblos indígenas frente a la pandemia en Colombia: aprendizajes y desafíos. Disponible en: <https://bit.ly/3ffPaAi> y accedido el 9 de julio 2020.

<sup>15</sup> 28 de febrero de 2020



En los **Estados Unidos de América**, desde la confirmación del primer caso de COVID-19 en el país<sup>16</sup> y hasta el 7 de julio, fueron confirmados 22.539 casos, en 12 áreas de servicios de salud indígena (IHS, por sus siglas en inglés). Los dos IHS que agrupan el 65% de los casos positivos son: Navajo, (8.834 casos) y Phoenix (5.771 casos)<sup>17</sup>.

En **México**, desde la confirmación de los primeros casos de COVID-19 en el país<sup>18</sup> y hasta el 12 de julio, fueron confirmados 4.092 casos en población que se reconoce como indígena, incluidas 649 defunciones (15,8%).

El 56% de los casos fueron notificadas en las siguientes Entidades Federativas: *Yucatán* (646 casos), *Oaxaca* (455 casos), *México* (324 casos), *San Luis Potosí* (235 casos), *Tabasco* (234 casos) y la *Ciudad de México* (397 casos). Mientras que 60% de las defunciones han sido registradas en las siguientes Entidades Federativas: *Yucatán* (96 defunciones), *Oaxaca* (81 defunciones), *México* (68 defunciones), *Quintana Roo* (49 defunciones), *Puebla* (47 defunciones) y la *Ciudad de México* (45 defunciones).

En **Venezuela**, desde la confirmación de los primeros casos de COVID-19 en el país<sup>19</sup>, fueron confirmados 152 casos en población indígena, incluida una defunción. El 63% de los casos fueron notificados en el estado *Bolívar* (96 casos) y el resto de los casos fueron notificados en los estados *Zulia* (43 casos, 1 defunción) *Amazonas* (12 casos) y *Delta Amacuro* (1 caso).

## Orientaciones para las autoridades nacionales

A partir de los datos disponibles, se puede inferir que la pandemia está agravando la situación que muchos pueblos indígenas en la región de las Américas ya estaban enfrentando. En este contexto, la Organización Panamericana de la Salud / Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS) recomienda a los Estados Miembros abordar los riesgos y vulnerabilidades específicas que enfrentan las poblaciones indígenas en el contexto de la pandemia por COVID-19; asegurar la activa participación de estas comunidades en la elaboración e implementación de las acciones de respuesta, las cuales deben incluir medidas específicas y adaptadas culturalmente.

A continuación, se presenta una serie de recomendaciones en relación con vigilancia, laboratorio, las medidas de prevención y control de infecciones, rastreo y cuarentena de contactos, tratamiento, manejo de cadáveres y prevención.

---

<sup>16</sup> 21 de enero de 2020

<sup>17</sup> Departamento de Salud y de Servicios Humanos. Servicio de Salud Indígena. Disponible en <https://www.ihs.gov/coronavirus/> y accedido el 9 de julio.

<sup>18</sup> 27 de febrero de 2020

<sup>19</sup> 13 de marzo de 2020

## Vigilancia

Como se ha enfatizado en Actualizaciones Epidemiológicas sobre COVID-19 anteriores, para interrumpir la transmisión de COVID-19 deben realizarse las siguientes actividades:

- Detección temprana de casos sospechosos
- Confirmación por laboratorio
- Aislamiento
- Rastreo y cuarentena de contactos

Para la detección temprana de casos sospechosos se recomienda la participación de los pueblos indígenas, a través de sus líderes comunitarios, en el desarrollo e implementación de cualquier estrategia adoptada. Se propone utilizar la definición de caso para COVID-19 de la OPS/OMS disponible en: <https://bit.ly/3ekCzvn>, la cual podrá ser adaptada para la vigilancia comunitaria.

Las estrategias de vigilancia de COVID-19 en comunidades indígenas deberían incluir:

1) vigilancia por personas de la comunidad, 2) a nivel de atención primaria, 3) en hospitales, 4) en centros de salud, 5) basada en la mortalidad, y 6) con datos de pruebas de laboratorio. En cualquiera de estas estrategias, es importante contar con datos desagregados por etnia a fin de identificar factores de riesgo relacionados.

La vigilancia basada en eventos juega un rol importante y los miembros de la comunidad deben tener mecanismos disponibles para informar rumores o eventos de importancia para la salud pública a través de líneas directas y otros medios. Se deberá prestar atención a los rumores sobre conglomerado de casos o muertes relacionados con fiebre y dificultad para respirar, casos de fiebre y muerte después de tener contacto con un paciente con COVID-19. Estas señales pueden indicar posibles amenazas a la salud pública, que pueden deberse o no a COVID-19. Estos rumores deben ser verificados e investigados para determinar la causa y brindar rápida atención a todos los que la necesiten.

## Laboratorio

La confirmación de la circulación de COVID-19 en una población requiere de pruebas de laboratorio. La OPS/OMS recomienda que todos los casos sospechosos se analicen para detectar COVID-19 de acuerdo con las definiciones de casos disponibles en <https://bit.ly/32gtCkq>

Es importante asegurar el acceso a pruebas de diagnóstico, sin embargo, en áreas con alta incidencia y/o falta de capacidad o acceso a pruebas de laboratorio, es importante establecer un criterio de priorización para la realización de las pruebas con el fin de implementar medidas que puedan reducir la propagación. En esta situación, las pruebas deben priorizarse para casos sospechosos que son:

- Individuos a riesgo de desarrollar formas graves de la enfermedad.
- Aquellos que requerirán hospitalización y atención especializada para COVID-19.

- Los trabajadores de la salud (incluidos los servicios de emergencia, el personal no clínico y los curanderos tradicionales) independientemente de si son un contacto de un caso confirmado (para proteger a los trabajadores de la salud y reducir el riesgo de transmisión nosocomial).
- Las primeras personas sintomáticas de la aldea o comunidad.

Todos los casos sospechosos que no pueden ser analizados por pruebas de laboratorio por cualquier razón, deben ser considerados como casos COVID-19.

## **Implementación de las medidas de prevención y control de infecciones**

En ausencia de un tratamiento y vacunas con el COVID-19, la identificación temprana y el aislamiento precoz de los casos probables y confirmados continúan siendo las medidas más importantes para la contención de brotes en poblaciones aisladas.

Una vez que se ha confirmado la presencia de casos de COVID-19 en el área o comunidad, y cuando las pruebas de diagnóstico no están disponibles, los casos sospechosos que no se pueden analizar deben aislarse y manejarse como casos de COVID-19, según protocolos para manejo inicial de personas con infección respiratoria aguda (IRA) en el contexto de COVID-19<sup>20</sup>.

Forma parte de la identificación temprana de casos que los profesionales de salud reconozcan pacientes con fiebre (temperatura axilar > 37.5C), tos y dificultad para respirar. A los casos sospechosos se les debe ofrecer una mascarilla quirúrgica (si la pueden tolerar) y aislar el paciente en habitación individual, si fuera posible. La preservación de la unidad familiar, particularmente para los niños pequeños, debe seguir siendo un principio clave en todos los esfuerzos de aislamiento. Siempre que sea posible, los niños deben aislarse junto con un cuidador. El cuidador debe usar una mascarilla quirúrgica y ser orientado sobre higiene frecuente de las manos con agua y jabón o solución en base de alcohol (70%).

Todos los casos sospechosos y confirmados deben aislarse en un centro de atención médica si los recursos lo permiten, o en la comunidad designada o en un establecimiento temporal adicional (o área designada en la comunidad). Las autoridades de salud junto con los miembros de la comunidad deben buscar adaptaciones y enfoques adaptados localmente a fin de apoyar a los casos y sus familias durante el aislamiento para garantizar su seguridad y bienestar.

Se deben realizar todos los esfuerzos para aumentar la capacidad de estas instalaciones de aislamiento colectivo. El cuidado en el hogar solo debe hacerse cuando estas otras opciones no son factibles, o debido a consideraciones de protección para niños y otras personas vulnerables; debe hacerse por un período corto de tiempo y solo si las condiciones del hogar lo permiten y mientras se espera el traslado a una instalación designada.

---

<sup>20</sup> OPS/OMS. Atención inicial de personas con infección respiratoria aguda (IRA) en el contexto de la infección por coronavirus (COVID-19) en establecimientos de salud: evaluar el riesgo, aislar, referir. Recomendaciones provisionales, versión 1 (12 de abril de 2020). Disponible en: <https://bit.ly/3enWUQu>

Recomendaciones adicionales sobre prácticas de prevención y control de infecciones en el entorno comunitario, se encuentran disponibles en: <https://bit.ly/2WcxpLX>

## **Rastreo y cuarentena de contactos**

El rastreo de contactos debe realizarse para todos los casos probables y confirmados. Los casos sospechosos en los que no se puedan realizar pruebas de laboratorio deben considerarse como casos probables, y en consecuencia sus contactos deben rastrearse.

Se recomienda identificar los contactos de cada caso y monitorear su estado de salud para detectar el posible desarrollo de signos y síntomas de COVID-19 durante 14 días desde el último día de posible contacto. La comunidad será un contribuyente importante para garantizar que el seguimiento y la supervisión de los contactos se realicen correctamente y que los contactos sigan las recomendaciones de cuarentena. Idealmente, durante este período, todos los contactos deben estar en cuarentena en una instalación dedicada para el efecto. En esa situación, debería asegurarse la protección de los miembros de la familia que quedaron en el hogar durante el período de cuarentena.

Cuando no es factible realizar la cuarentena de los contactos en un establecimiento separado, los contactos deben ponerse en cuarentena en casa. Cada contacto debe recibir información clara sobre el proceso de rastreo de contactos, autocontrol de los signos y síntomas y recibir recursos necesarios (jabón, mascarillas, etc.) para el período de cuarentena.

Si el rastreo de todos los contactos no es posible, debe realizarse al menos la identificación de los contactos entre los trabajadores de salud, los contactos domiciliarios y los contactos cercanos. Como parte de esta actividad, se debe considerar apoyar el sustento y la alimentación de los contactos en cuarentena y/o sus dependientes que no pueden mantenerse por sí mismos.

Cuando la cuarentena afecte el cuidado de niños u otro dependiente, esta situación debe ser considerada. La preservación de la unidad familiar, particularmente para los niños pequeños, debe seguir siendo un principio clave y, cuando sea posible, los niños deben ser puestos en cuarentena junto con un cuidador. En todas las medidas de cuarentena de contactos, se deben considerar las medidas necesarias para evitar la separación familiar.

## **Tratamiento**

Todos los casos leves con factores de riesgo y todos los casos graves y críticos deben tratarse en un servicio de salud con capacidad de manejar el caso con el nivel de atención requerido y teniendo en cuenta las perspectivas interculturales.

Según el conocimiento actual de la enfermedad, la mayoría de las personas infectadas SARS-CoV-2 desarrollará una enfermedad leve y moderada (incluida la neumonía) para la cual se puede realizar el aislamiento y el tratamiento en un centro comunitario. Sin embargo, aproximadamente el 20-30% de los casos requerirán atención clínica en un hospital con soporte respiratorio, y esto debe planificarse cuidadosamente con anticipación. Las autoridades de salud deben identificar y designar los hospitales que tienen la capacidad de tratar casos graves de COVID-19. Es importante planificar cuántas camas y cuántos hospitales se necesitan según el número estimado de casos y qué equipo médico y personal están disponibles y necesarios.

Se recomienda asegurar un sistema de suministro de oxígeno. Esto debería considerar los sistemas ya disponibles y la planificación sobre cómo aumentar la capacidad a través de la introducción de nuevos sistemas de suministro de oxígeno (es decir, concentradores, oxígeno líquido entre otros). Adicionalmente es importante asegurar que todos los insumos y equipos estén disponibles.

La atención esencial incluye: monitoreo de oximetría de pulso, tratamiento de coinfecciones como neumonía bacteriana, malaria, diarrea, desnutrición con el uso apropiado de antimaláricos, antibióticos y suministro de oxigenoterapia, cuando sea apropiado.

Para expandir la capacidad de atención habrá que tener en que no solo estén disponibles los elementos estructurales como camas, edificios, equipos, sino también recursos humanos capacitados y equipos de protección personal (EPP) proporcionales al aumento de camas.

Con relación al manejo de casos se recomienda seguir el protocolo publicado en la Alerta Epidemiológica disponible en <https://bit.ly/2W8GNQz>

### **Manejo adecuado de cadáveres**

Con respecto al manejo adecuado de cadáveres en el contexto de la COVID-19, es importante, que los protocolos y lineamientos nacionales contemplen respuestas específicas, adaptadas a las tradiciones y costumbres de los pueblos indígenas, tomando en cuenta las recomendaciones al respecto establecidas por la OPS/OMS (recomendaciones sobre la gestión de cadáveres). Estas respuestas deben ser respetuosas de su cosmovisión y diversidad cultural. Se debe incorporar una "perspectiva de relación" con las familias, comunidades y población, con estrategias de comunicación y diálogo intercultural, del cual se deriven acciones de guía y apoyo, teniendo en cuenta el contexto y la realidad comunitaria y familiar. Además, deben contemplarse las diferentes situaciones posibles, por ejemplo, si la muerte se da en el ámbito hospitalario, en el hogar o en situación de desplazamiento forzado, de migración, de deportación, entre otros<sup>21</sup>.

Se recomienda planificar el procedimiento a seguir durante los entierros sobre todo cuando hay una transmisión intensa de SARS-CoV-2 en la comunidad, para que los mismos se realicen de manera segura y, al mismo tiempo, cumpla en lo posible con las creencias y prácticas religiosas y tradicionales. Habrá que trabajar con los líderes comunitarios para adaptar las ceremonias de tal forma que no comprometan el distanciamiento físico.

Se debe apoyar a las comunidades para que utilicen definiciones de casos comunitarios para determinar protocolos de entierro en ausencia de capacidades de prueba de diagnóstico.

El riesgo de transmisión viral al preparar el cuerpo de una persona infectada con COVID-19 es bajo y ocurre principalmente a través del contacto con superficies contaminadas, por lo tanto, la aplicación sistemática de las precauciones estándar es crucial para prevenir la transmisión.

---

<sup>21</sup> OPS/OMS. Consideraciones relativas a los pueblos indígenas, afrodescendientes y otros grupos étnicos durante la pandemia de la COVID-19. Disponible en: <https://bit.ly/3emGKag>

En escenarios de entierro comunitario, los miembros de la familia, los líderes tradicionales y religiosos, los trabajadores de la salud y otros que generalmente participan en la preparación del cuerpo para el entierro deben recibir apoyo con la información y los suministros y equipos de EPP necesarios para reducir el riesgo de transmisión. Las personas con alto riesgo de enfermedades graves, como los ancianos y las personas con comorbilidades, no deben participar en la preparación del cuerpo; no necesitan ser excluidos del servicio.

## **Prevención**

Según la evidencia actual, el virus SARS-CoV-2 se transmite principalmente entre las personas a través de gotitas respiratorias y contacto cercano, incluido el contacto indirecto con objetos o superficies en el entorno inmediato contaminadas con gotitas respiratorias de una persona infectada. Por ello, el distanciamiento físico es una medida crítica para la prevención de COVID-19 (junto con la higiene de manos).

A este respecto se recomienda involucrar a las comunidades, líderes reconocidos, personas influyentes, autoridades locales (incluidas las fuerzas armadas y las fuerzas del orden) y socios para identificar colectivamente los mejores métodos para promover el distanciamiento físico. La medida más simple que todos pueden implementar son los saludos sin contacto y el mantenimiento de la distancia física de otras personas. Las reuniones, incluso con fines religiosos, deben minimizarse.

En algunas comunidades, el confinamiento de los casos puede no ser factible; en estas situaciones, es importante, identificar -junto con la comunidad- alternativas que maximicen el distanciamiento físico y las medidas de higiene, y minimicen el riesgo de exposición y transmisión asociados con el movimiento.

El componente comunicacional adquiere especial importancia al abordar la COVID-19 entre las comunidades indígenas. Es importante asegurar que la información relacionada con COVID-19 se traduzca, se adapte culturalmente y se haga accesible a través de los canales y formatos que están disponibles para estas poblaciones. Es necesaria una articulación directa con los servicios de salud y con los responsables del manejo de la información de salud pública que se genera durante la pandemia de la COVID-19. Si bien la traducción a las lenguas indígenas y locales es especialmente importante, hay otros aspectos que tienen una gran relevancia en el contexto de la pandemia. Entre otros, los mensajes han de ser adaptados culturalmente, teniendo en cuenta las costumbres y los modos de vida de la población. Cuando sea posible, se deberían incluir también símbolos e imágenes, de forma que se haga más comprensible el mensaje. Las imágenes utilizadas deben ser adecuadas al contexto cultural, y debe evitarse el lenguaje técnico poco apropiado. Las formas en que se transmiten los mensajes deben ser validadas por las mismas poblaciones indígenas. Las imágenes utilizadas en los documentos y en las redes sociales deben ser incluyentes y no deberían nunca estigmatizar a los pueblos indígenas.

Adicionalmente se recomienda:

- Involucrar a los médicos tradicionales, terapeutas ancestrales y otros miembros de la comunidad con las autoridades de salud para que medidas específicas, tales como distanciamiento social, diagnóstico, aislamiento y tratamiento, consideren sus visiones del mundo, prácticas ancestrales existentes y sus contextos. En este sentido, es también

importante, considerar la importancia y el sentido que la medicina tradicional tiene para los pueblos indígenas.

- Fortalecer la relación entre el sector de la salud con los líderes indígenas, teniendo en cuenta sus diferentes cosmovisiones y entendimiento de la salud y la enfermedad, entre otros, para construir con ellos, desde el inicio, medidas efectivas de prevención, protección familiar y comunal con relación a la pandemia.
- Contemplar enfoques específicos que tengan en cuenta los distintos modos de vida; por ejemplo, desarrollar estrategias específicas que tengan en cuenta las diferencias culturales para los habitantes en áreas urbanas, los que residen en aldeas, población indígena migrante, población indígena en aislamiento voluntario; considerando que el diferencial de vulnerabilidad y exposición frente a la COVID-19 no afectará de la misma manera a todas las comunidades indígenas, por las diferencias que se presentan entre ellas.
- Utilizar algunos mecanismos que ya existen para promover la participación adaptada a COVID-19, como los diálogos interculturales.

Con el apoyo del sector de la salud, las organizaciones indígenas deben incorporar medidas de prevención culturalmente apropiadas para sus comunidades.

## Referencias

1. Red Eclesial Pan amazónica. Informe del 6 de julio de 2020. Disponible en: <https://redamazonica.org/covid-19-panamazonia/>
2. Informe del Centro Nacional de Enlace (CNE) para Reglamento Sanitario Internacional (RSI) de **Brasil**, recibido por la OPS/OMS por correo electrónico
3. Gobierno de **Canadá**. Coronavirus (COVID-19) y comunidades indígenas, Disponible en: <https://bit.ly/3efm1VI>
4. Gobierno de **Colombia**. Datos abiertos. Casos positivos de COVI-19 en Colombia. Disponible en <https://bit.ly/3gFCZ1b>
5. Organización Nacional Indígena de **Colombia** (ONIC). Informe especial. Situación de los pueblos indígenas frente a la pandemia en Colombia: aprendizajes y desafíos. Disponible en: <https://bit.ly/3ffPqAj>
6. **Estados Unidos de América**. Departamento de Salud y de Servicios Humanos. Servicio de Salud Indígena. Disponible en <https://www.ihs.gov/coronavirus/>
7. Informe del Centro Nacional de Enlace (CNE) para Reglamento Sanitario Internacional (RSI) de **Ecuador**, recibido por la OPS/OMS por correo electrónico.
8. Informe del Centro Nacional de Enlace (CNE) para Reglamento Sanitario Internacional (RSI) de **México**, recibido por la OPS/OMS por correo electrónico.



9. Informe del Centro Nacional de Enlace (CNE) para Reglamento Sanitario Internacional (RSI) de **Venezuela**, recibido por la OPS/OMS por correo electrónico.
10. Public Health and Social Measures for COVID-19 preparedness and response in low capacity and humanitarian settings. Version 1. Interim Guidance. Mayo de 2020. Inter-Agency -Standing Committee. Disponible en inglés en: <https://bit.ly/2ZstCfl>
11. United Nations. The Impact of COVID-19 on Indigenous Peoples. Policy Brief N° 70. Available at <https://bit.ly/3gUQji4>
12. Pringle, Heather. In peril. 6239, s.l.: Science, June 5, 2015, Science, Vol. 348, pp. 1080-1085.
13. Schmidt, Mariana. Pueblos indígenas, Estado y Territorio en tiempos interculturales en la provincia de Salta. 10, Ciudad Autónoma de Buenos Aires: Centro de Documentación, Capacitación y Asesoramiento de Pueblos Indígenas de la República Argentina, Jul-Dec 2011, pp. 13-40.
14. OMS. Atención en el domicilio a pacientes presuntamente infectados por el nuevo coronavirus (COVID-19) que presentan síntomas leves, y gestión de sus contactos. Disponible en: <https://bit.ly/308Sh7Y>
15. OPS/OMS. Consideraciones relativas a los pueblos indígenas, afrodescendientes y otros grupos étnicos durante la pandemia de la COVID-19. Disponible en: <https://bit.ly/3emGKag>
16. OPS/OMS Definiciones de casos para la vigilancia COVID-19 - 10 de mayo de 2020. Disponible en: <https://bit.ly/32gtCka>