

INFORME FINAL

# Ruta de la Salud Indígena Amazónica

Agosto 2022



## Ruta Amazónica de la Salud Indígena (AIR)

Este documento ha sido elaborado en el marco del proyecto de la Ruta de la Salud Indígena Amazónica (AIR).

El Proyecto de la Ruta de la Salud Indígena Amazónica (AIR) es un modelo innovador de atención basado en diálogos de conocimiento intercultural y facilitación de procesos multisectoriales. Reúne a servidores públicos de salud, organizaciones indígenas, academia y organizaciones de la sociedad civil en actividades conjuntas diseñadas para enfrentar la pandemia de Covid-19 en la Amazonía.

AIR es implementado por Hivos, en coordinación con la Confederación de Nacionalidades Indígenas de la Amazonía Ecuatoriana (CONFENIAE) en Ecuador, la Federación Nativa del Río Madre de Dios y Afluentes (FENAMAD) en Madre de Dios, Perú, y el Centro de Trabalho Indigenista (CTI) en Maranhao, Brasil.

Se autoriza el uso de esta publicación, siempre que se cite la fuente.

### Información de contacto:

María Moreno de los Ríos

Directora del Programa de la Ruta de la Salud Indígena de la Amazonia  
[mmoreno@hivos.org](mailto:mmoreno@hivos.org)

### Más información sobre AIR:

<https://america-latina.hivos.org/program/rutadesaludindigenaamazonica/>



Con el apoyo financiero de:



# Contenidos

<b>1. Introducción</b>	<b>4</b>
<b>2. Ruta de la Salud Indígena Amazónica</b>	<b>8</b>
2.1. ¿Cómo nació el proyecto?	8
2.2. Ruta de la Salud Indígena (AIR)	10
2.3. Estrategias de implementación: resultados obtenidos	12
2.3.1. Estrategia 1: coloca las necesidades y derechos de los Indígenas pueblos en el centro de las redes de diagnóstico y atención primaria de salud y telesalud para mejorar su acceso a medidas de atención, prevención y protección	12
2.3.2. Estrategia 2: adapta la promoción de la salud y la enfermedad enfoques y materiales de prevención para que sean culturalmente relevante y puede fomentar eficazmente el comportamiento cambio en las comunidades indígenas objetivo	17
2.3.3. Estrategia 3: desarrolla capacidades de la comunidad indígena Promotores de Salud (PHC)	24
2.3.4. Estrategia 4: amplía la capacidad de vigilancia digital en Comunidades indígenas y vincula los datos con la información formal. Sistema de salud	27
2.4. Logros Inesperados del Proyecto (Impactos: Casos Destacados)	29
<b>3. Comunicación impactante y culturalmente adaptada</b>	<b>32</b>
<b>4. Conclusiones y lecciones aprendidas</b>	<b>35</b>
<b>5. Premios</b>	<b>40</b>
<b>6. Próximos pasos (sostenibilidad)</b>	<b>40</b>
<b>7. Anexos</b>	<b>41</b>

## 1. Introducción

La pandemia de COVID-19 ha dejado en claro que todo y todos están conectados. Racismo y desigualdad, violaciones territoriales y de derechos humanos, cambio climático y enfermedades infecciosas, todo mantiene un estrecho vínculo entre sí. Sobre todo, en el bosque amazónico, donde los pueblos indígenas y las comunidades locales han enfrentado históricamente grandes amenazas: violaciones de derechos humanos, deforestación, degradación del ecosistema y explotación de los recursos naturales. Además de estas amenazas también debe lidiar con la pandemia del coronavirus y todas las desigualdades históricas en el acceso a servicios de salud y en las medidas de respuesta a emergencias.

Simultáneamente al rápido deterioro del entorno de los pueblos indígenas en la Amazonía, y, en otras regiones del mundo, se evidencia un desplazamiento a gran escala, obligando a un número cada vez mayor de indígenas a trasladarse a zonas urbanas donde están expuestos a la COVID-19 y otros riesgos para la salud a los que no están acostumbrados.

Como respuesta a la pandemia del COVID-19, se implementaron a nivel mundial diversas estrategias para enfrentar sus efectos en la población, pero estas no fueron incluyentes ni integradoras. Así es que la Organización de Estados Americanos (OEA) declaró a inicios de abril de 2020 que existe una doble situación de vulnerabilidad generada hacia las comunidades indígenas en las respuestas a la emergencia, dadas por una marginalización histórica, y en general por estar en áreas de difícil acceso geográfico.



Fue preocupante, además, que la generación de la política pública para enfrentar la pandemia se basaron en estrategias como el aislamiento preventivo obligatorio, el distanciamiento social y varias medidas de prevención que están pensadas para ciertos contextos urbanos, y tienen dificultades en su aplicación en las realidades sociales y prácticas de las poblaciones amazónicas.

Para enfrentar estas vulneraciones y generar respuestas alineadas a los pueblos indígenas de la cuenca amazónica, nació el proyecto de la **Ruta de la Salud Indígena Amazónica (AIR)** con el objetivo de posicionar las necesidades y derechos de los pueblos indígenas en el centro del diagnóstico y de la atención primaria, creando redes de telemedicina, adaptando las acciones de promoción de la salud con enfoque intercultural, desarrollando capacidades de los y las promotores de la Salud Comunitaria (PSC) indígenas, e incrementando la capacidad de alerta temprana y rastreo de contactos mediante un aplicativo digital.



*El Proyecto se basó en la premisa de que es crucial fortalecer el trabajo con las bases locales de las organizaciones indígenas y de los sistemas de salud públicos para llevar los problemas desde la comunidad hacia el establecimiento de salud.*

**AIR contribuyó, con una estrategia multiactor y multinivel a posicionar la necesidad de lograr un cambio estructural para garantizar que los sistemas de salud apliquen estrategias culturalmente adaptadas, relevantes, efectivas y sostenibles.** Además, logró resultados adicionales excepcionales como el proceso de diálogo tripartito entre promotores de salud, comunidades y sociólogos en comunidades Waorani del Ecuador, para levantar memorias escritas acerca de esta y otras enfermedades, y la replicación de la metodología en comunidades en África y en Latinoamérica.

Al mismo tiempo, AIR contribuyó al fortalecimiento de la vigilancia basada en la comunidad, para identificar casos sospechosos (con pruebas PCR), así como de medidas de promoción, prevención y atención culturalmente adaptadas, con el fin de contribuir al empoderamiento de las comunidades indígenas. Mediante estos esfuerzos, se logró la reducción del riesgo de contagio de COVID-19 y expansión en los territorios indígenas de la Amazonía.

El objetivo del proyecto fue reducir el impacto de la COVID-19 en las vidas, organizaciones y territorios de los pueblos indígenas a través del mejoramiento en el acceso a medidas de prevención y protección, posicionando sus

derechos y culturas en el centro de los Sistemas de Salud Pública en la región amazónica del Ecuador (en todas las provincias amazónicas), en Madre de Dios en Perú, y en Maranhão en Brasil.

Para lograrlo, los objetivos fueron: 1) los pueblos y los pueblos y nacionalidades indígenas en Brasil, Ecuador y Perú han mejorado el acceso a servicios de salud culturalmente adaptadas y 2) Las comunidades indígenas se han convertido en agentes de salud comunitaria y de cuidados esenciales. Ambos cambios se alcanzaron óptimamente en las comunidades de intervención del proyecto.

Se plantearon cuatro resultados específicos: 1) Los funcionarios públicos y autoridades de salud en Brasil, Ecuador y Perú han tomado acciones para implementar un modelo culturalmente adaptado que incluye redes integradas de salud, protocolos de cuidado y estrategias desarrolladas con base en las realidades y derechos de los pueblos y nacionalidades Indígenas. 2) Los pueblos indígenas en Brasil, Ecuador y Perú han incrementado sus capacidades en promoción de la salud y acceso a servicios de salud. 3) Los promotores de salud comunitaria en Brasil, Ecuador y Perú han fortalecido sus capacidades para llevar a cabo acciones de vigilancia de salud comunitaria y brindar cuidados esenciales. 4) Los promotores de salud comunitaria han implementado de forma exitosa un proceso de notificación de casos y rastreo comunitario más efectivo y oportuno, mediante el uso de un aplicativo digital.



El proyecto cumplió con los tres primeros resultados a cabalidad, considerando que hay varios factores que pueden afectar o incidir dentro del primer resultado; en este caso específico la vacunación para COVID dentro de los pueblos indígenas fue un factor positivo que impulsó que estos resultados se cumplan. El cuarto resultado se alcanzó, siendo los promotores de salud quienes utilizan el aplicativo para notificación de casos. Dentro de este resultado sigue siendo necesario fortalecer el rastreo de contactos para evitar la propagación de COVID, ya que el registro llega hasta el paciente, pero no el seguimiento a sus contactos.

AIR se ha posicionado como uno de los principales nexos para la generación de relaciones, legitimidad y procesos colaborativos entre el Estado y los pueblos indígenas y sus representantes, realizando, entre otros, cartillas de los determinantes de salud para cada nacionalidad, mapas interactivos sobre el acceso a la salud, instalación de redes de telemedicina, fortalecimiento de establecimientos de salud, este material culturalmente adaptado es el resultado de horas de diálogos de saberes en los distintos países y con los varios actores, también la , formación de promotores y desarrollo e implementación del aplicativo CommCare para Brasil, Ecuador y Perú.

Todo lo antes mencionado y más, fue lo que el proyecto logró en este año y medio de exitosa implementación, a través de un **modelo innovador de salud intercultural, por el cual ha recibido diversos reconocimientos a nivel internacional y nacional.**

## 2. Ruta de la Salud Indígena Amazónica

### 2.1. ¿Cómo nació el proyecto?

Desde 2018, Hivos lidera el programa **Todos los Ojos en la Amazonía (TOA)**, junto a una coalición de más de 40 organizaciones locales e internacionales de los sectores de tecnología, Derechos Humanos, conservación, transparencia, incidencia y aplicación de la ley, que trabajan conjuntamente en ocho territorios en Brasil, Ecuador y Perú para poner un fin a la destrucción de la Amazonía y defender los derechos indígenas. Este programa es el punto de partida de la Ruta de la Salud Indígena Amazónica, una de las soluciones innovadoras que Hivos ha empezado a implementar para enfrentar las consecuencias de la pandemia en los territorios ecuatorianos donde trabajamos y que queremos fortalecer en Ecuador y expandir en Brasil y Perú.

A través del Programa TOA, se pudo evidenciar cómo la deforestación, la contaminación y la falta de acceso a servicios públicos exacerbaban la vulnerabilidad de poblaciones indígenas y comunidades locales de la Amazonía. Sobre todo, esto fue evidente durante el inicio de la pandemia del COVID-19 y en las medidas de respuesta. Es así que la mayoría de los países desarrollaron políticas y estrategias para enfrentar al nuevo coronavirus que no aplicaban a las comunidades indígenas, pues estaban centradas en las áreas urbanas y no consideraban la realidad territorial y cultural de la Amazonía y sus habitantes.

**FIGURA 1. Principales resultados del programa Todos los Ojos en la Amazonía relacionados con COVID-19.**



**All eyes on Covid-19 assistance in the Amazon**

<https://hivos.org/all-eyes-on-covid-19-assistance-in-the-amazon/>

Por esta razón, Hivos implementó desde Abril del 2020, a nivel de Ecuador y en el marco del TOA, la iniciativa “Ruta de la Salud Indígena Amazónica”, que tuvo importantes resultados en el marco de la contención y mitigación de la pandemia. Primero, Hivos llamó a propuestas para generar un Modelo de Gestión para la Prevención y Respuesta del COVID-19 en contextos indígenas amazónicos del Programa Todos los Ojos en la Amazonía (Fase Ecuador). El objetivo era desarrollar un modelo de gestión para la prevención y respuesta del COVID-19 en el contexto de poblaciones indígenas amazónicas que faciliten la respuesta a la emergencia en salud para las organizaciones y poblaciones amazónicas que formaron parte del Programa TOA.

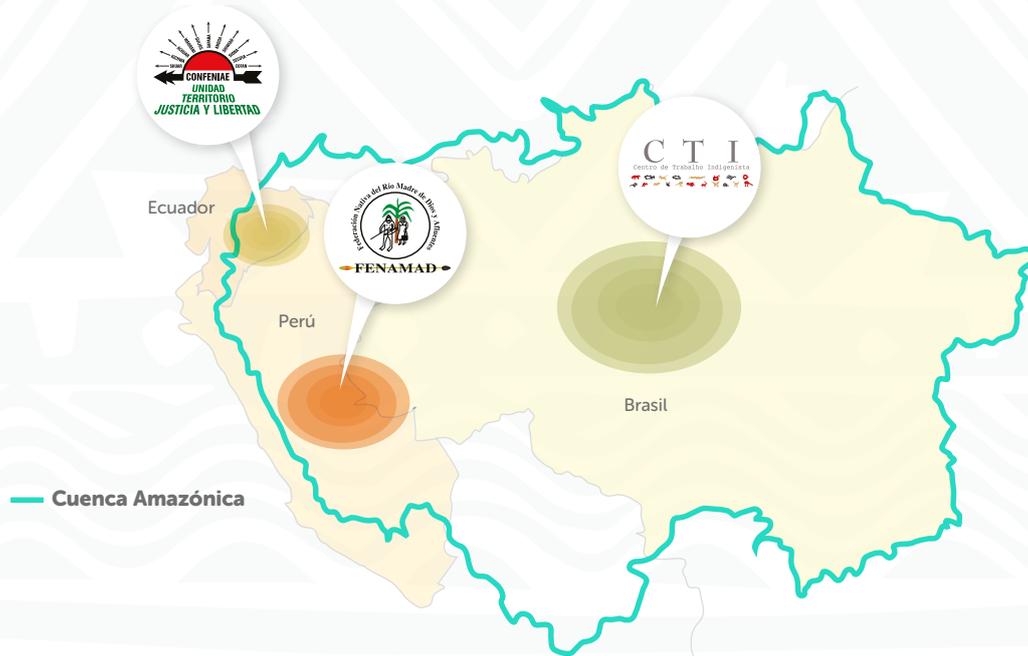
Al mismo tiempo Hivos continuó trabajando para proporcionar apoyo a otros territorios del programa TOA, tales como Brasil, por ejemplo, donde publicó el Informe Todos los Ojos en los Recursos: Resultados del monitoreo la aplicación de extraordinarios recursos para enfrentar la pandemia de COVID - 19 para las poblaciones indígenas en la Amazonía brasileña, ejecutados por MMFDH, por Funai.



*Este documento demostró que existía un retraso considerable en proporcionar insumos urgentes a las poblaciones indígenas. Con esta información, nuestros socios Coordinadora de las Organizaciones Indígenas de la Amazonía Brasileña (COIAB) y el Comité Indígena para Defensa de los Derechos Indígenas, pudieron contribuir en el congreso significativamente a la supervisión pública de estas agencias gubernamentales y plantear preguntas pertinentes y oportunas a los funcionarios públicos acerca de sus acciones emergentes ante la COVID - 19.*

En base a estos resultados, Hivos propuso atender la emergencia en la cuenca amazónica con una estrategia integral que consolidara y reforzara el trabajo hecho en Ecuador, ampliándolo a las 6 provincias amazónicas, y expandir la iniciativa a los dos países donde se implementa el programa TOA: Perú (región de Madre de Dios) y Brasil (en el Estado de Maranhao). Se propuso que el proyecto fuese ejecutado conjuntamente con los pueblos indígenas de los territorios priorizados para reducir el impacto de la COVID-19 en sus vidas, organizaciones y territorios, a través del mejoramiento del acceso a medidas de prevención y protección y del posicionamiento de sus derechos y culturas en el núcleo de los sistemas de salud pública.

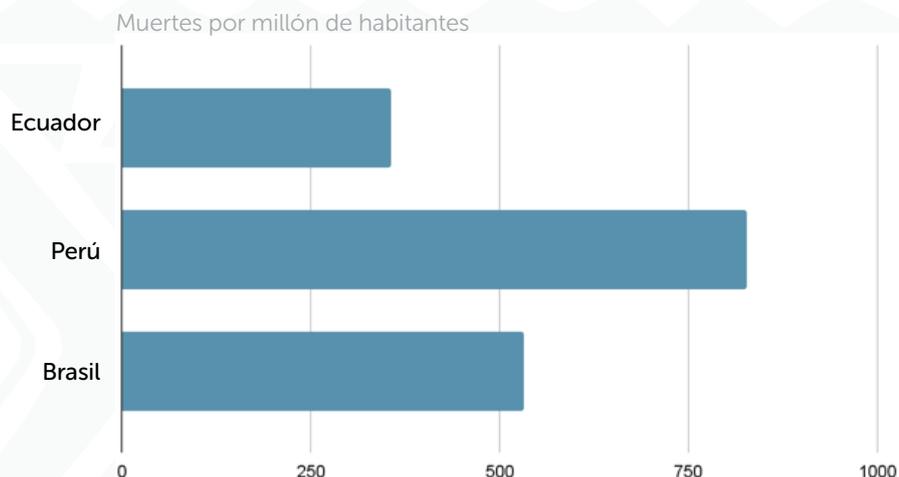
**FIGURA 2. Áreas de intervención propuestas.**



## 2.2. La Ruta de la Salud Indígena Amazónica (AIR)

En agosto de 2020, con el apoyo financiero de la Fundación Rockefeller, se inició el proyecto de la Ruta de la Salud Indígena (AIR). En esta fecha, los datos epidemiológicos del COVID-19 mostraban a Brasil, Ecuador y Perú como los tres países sudamericanos más afectados por la pandemia. Mientras que Brasil tenía el mayor número de casos confirmados en la región (3.532.330), las tasas por millón mostraban que la situación en Ecuador (6.070) y Perú (17.741) era igualmente preocupante. Esto se vio agravado por los datos sobre las muertes relacionadas con el COVID-19:

**FIGURA 3. Índice de muertes relacionadas con COVID-19 por cada millón de habitantes.**



## Visión y estrategias

Se planteó que el proyecto se implementaría en conjunto con los pueblos indígenas de los territorios priorizados para reducir el impacto del COVID-19 en sus vidas, organizaciones y territorios, mejorando el acceso a las medidas de prevención y protección y posicionando sus derechos y culturas en el núcleo de los sistemas de salud pública. Así, el proyecto se implementó a través de la ejecución de cuatro estrategias:

- **Estrategia 1:** Sitúa las necesidades y derechos de los Pueblos Indígenas en el centro de las redes de diagnóstico y atención primaria de salud y telesalud para mejorar su acceso a las medidas de atención, prevención y protección.
- **Estrategia 2:** Adapta los enfoques y materiales de promoción de la salud y prevención de enfermedades para que sean culturalmente relevantes y puedan fomentar efectivamente el cambio de comportamiento en las comunidades indígenas objetivo.
- **Estrategia 3:** Desarrolla capacidades de Promotores Comunitarios de Salud (PHS) indígenas.
- **Estrategia 4:** Expande la capacidad de vigilancia digital en las comunidades indígenas y vincula los datos al sistema de salud formal.

AIR comenzó forjando una estrecha relación con socios locales en cada país: la Confederación de Nacionalidades Indígenas de la Amazonía Ecuatoriana (CONFENIAE), la Federación Nativa del Río Madre de Dios y sus afluentes (FENAMAD) y el Centro de Trabalho Indigenista (CTI). En los meses de febrero y marzo de 2021 se realizaron reuniones de kick-off del proyecto para presentar el proyecto, identificar sinergias y proponer focos, integrando así a las siguientes organizaciones socias y colaboradoras:



- Pontificia Universidad Católica del Ecuador (PUCE)
- Ministerio de Salud Pública Ecuador (MSP)
- Coordinación de la Articulación de los Pueblos Indígenas do Maranhao (COAPIMA)
- Associação Wyty Catë das Comunidades Timbira do Maranhão e Tocantins
- Fundación Tierra Nueva
- Organización Panamericana de la Salud: (OPS/OMS)
- DIMAGI
- Universidad Nacional Amazónica de Madre de Dios (UNAMAD)



## 2.3. Estrategias de implementación: resultados alcanzados

### 2.3.1. Estrategia 1: Posicionar las necesidades y derechos de los pueblos Indígenas en el centro del diagnóstico y de la atención primaria de salud, incluyendo redes de telemedicina

El eje de esta estrategia es la facilitación de un diálogo intercultural de saberes entre los pueblos y nacionalidades indígenas y las autoridades sobre las medidas de respuesta y gestión del COVID-19 en sus territorios. Este diálogo posibilita la transición de un sistema de salud pública centrado en los médicos a un sistema centrado en las comunidades y sus derechos, siendo la base para la implementación de políticas, programas y acciones de salud. La propuesta y relación entre los pueblos indígenas y los gobiernos (nacionales y subnacionales) de los tres países puede conducir a cambios estructurales

que van más allá de la respuesta al COVID-19. Al finalizar el proyecto trabajamos con un total de 280 comunidades en Ecuador, 27 comunidades en Brasil y 38 comunidades en Perú, totalizando 345 comunidades de 17 nacionalidades.



A partir del diálogo intercultural de saberes sobre las medidas de respuesta y manejo de la pandemia, buscamos atender las particularidades y necesidades específicas de las comunidades indígenas y los sistemas públicos de salud en la región amazónica. Se identificaron y priorizaron brechas, tales como:

- La falta de centros de atención en todos los niveles de salud, adecuadamente dotados de equipos, insumos y personal;
- La falta de modelos de respuesta adaptados a los territorios y a las culturas locales;
- Las enormes distancias entre los centros de salud y las comunidades y la compleja logística para acceder a ellos;
- Los problemas para garantizar la cadena de frío de vacunas,
- La diversidad cultural y lingüística,
- La falta de confianza de las comunidades indígenas hacia los sistemas nacionales de salud occidental..

Mientras se trabajaba en incidir para que las políticas de salud consideren las complejidades de los Pueblos Indígenas Amazónicos, se trabajaba también en **fortalecer los establecimientos de salud de la Autoridad Sanitaria**, a través de apoyo con 1.000 pruebas PCR y de 797 antígenos para diagnosticar COVID, equipamiento médico menor, dispositivos para vacunación y equipos de protección para personal de salud y miembros de la comunidad.

Es así como en Ecuador el proyecto apoyó a **53 establecimientos** con equipamiento menor, se entregó al Ministerio de Salud del Ecuador **259,000** jeringas y equipo de protección personal para la campaña de vacunación. Se realizó **1.000 pruebas de antígenos** en territorio con un modelo innovador que permitió llegar hasta las comunidades más lejanas como lo son Wentaro, Gareno, Kewediono, Tarabeaya, Seoqueya, San Victoriano, Puerto Bolívar, Taisha, entre otras. En total, se alcanzó a 130.255 personas.

En Perú el proyecto apoyó con **equipamiento menor** para fortalecer a los establecimientos de salud, aportando con 11 hieleras (RCW) 18 Litros (cadena de frío para vacunas COVID-19), 22 Alcoholímetro (cadena de frío para vacunas COVID-19), 52 tensiómetros, 14 estetoscopios, 52 Termómetros



digitales y 52 Pulsioxímetros. Uno de los nudos críticos que no se pudo mejorar en Perú fue la disponibilidad de pruebas de antígenos y PCR para detectar COVID-19. La Dirección Regional de Salud de Madre de Dios recalcó que no requiere este apoyo desde Hivos si no que requieren personal para realizar las pruebas, lo que Hivos no podía realizar por ellos. Por este motivo no se alcanzaron los resultados esperados en cuanto a pruebas de COVID en Perú. Esto alcanzó a 9 centros de salud con impacto a una población de 5.262 personas de 5 nacionalidades indígenas del Perú.

En Brasil se fortalecieron 5 centros de salud con **equipamiento menor** con impacto a una población de pueblos indígenas de más de 4.000 personas,

**1.000 pruebas PCR** entregadas y realizadas, alcanzando estas un índice de positividad no mayor al 1%. En Brasil se dotó a los centros de salud con termos y coolers para la **cadena de frío** (6 frigoríficos y paneles fotovoltaicos, que son los únicos en la región) de la vacuna y adicionalmente con agua limpia en algunos centros de salud. Se entregaron 6 refrigeradores para vacunas a 3 puestos de salud en comunidades indígenas - cabe destacar que son las primeras en todo el Estado en estar ubicadas en comunidades indígenas. (1 en TI gobernador, 3 en TI kraho en 2 en TI Canela).

Se diseñaron [18 mapas interactivos](#) a nivel de nacionalidad (7 en Ecuador, 7 en Perú y 4 en Brasil), que sintetizan el paso a paso en lo relacionado con acceso a servicios de salud, con la definición de una red y microrred específica para cada nacionalidad, con un listado de los establecimientos de primer nivel priorizados, así como los hospitales de referencia. Se describen las vías de acceso y tiempo de movilización, y los recursos de los establecimientos. También, se muestran las donaciones de insumos canalizadas a través de Hivos y los promotores de salud formados para diversos territorios.

**FIGURA 4. Ejemplo de una ruta de salud en el territorio Memortumé (Brasil)**



## Vanessa FENAMAD

*"Para nosotros, el proyecto Ruta de la Salud Indígena ha sido muy importante en este momento ya que no teníamos un proyecto enfocado en temas de salud"*

Otro enfoque clave fue la implementación de [redes de teleasistencia](#) en los tres países y la implementación del aplicativo en el territorio.

En Ecuador se instalaron **3 redes de telemedicina** en las comunidades de Taisha, Juyuintza, Zancudococha, Wachirpas, Saapatenza, Rocafuerte y

Puyo, beneficiando a 16 comunidades. La red instalada en el Ecuador fue en base a **radios HF**, conectando los establecimientos de salud con las comunidades más alejadas, principalmente en área de frontera. Estas redes permiten que todas las radios HF que ya han sido instaladas con anterioridad por motivos de comunicación puedan ser utilizadas para telemedicina, ya que todas ellas ya podrán comunicarse con los establecimientos de Franklin Tello en Rocafuerte, Ambulancia Aérea en Puyo y en el Centro de Salud de Taisha en Morona Santiago.

En Perú se instalaron [3 redes de salud de telemedicina](#) beneficiando a 2087 personas de 9 comunidades indígenas con 9 puntos de telesalud que serán incorporados a la Red Nacional de Telesalud MINSA.

En Brasil se instalaron **4 redes de telemedicina** en las comunidades de Gaviao, Apanjenkra, Memortumre y Kraho beneficiando a 900 personas de 15 comunidades indígenas.



En el 2022, el proyecto AIR incrementó el apoyo en logística para vacunación y pruebas de antígenos en el Ecuador, considerando nuevas cepas y brotes nuevos que se pueden dar en territorio.

La falta de acceso a vacunas de los países de la región mostraba mucha desigualdad en los países, dentro de Ecuador y Perú el proceso comenzó muy despacio y en Brasil el avance fue más acelerado. Ya con las vacunas en los países AIR comenzó a incidir en espacios con las Autoridades Sanitarias para asegurar la vacunación para pueblos indígenas, en el Ecuador siendo parte del Cluster de Salud y el Cluster de Frontera Norte, AIR participó en la elaboración de los [lineamientos para la vacunación de pueblos indígenas y afrodescendientes](#)

y, junto al grupo de Frontera Norte se incluyó a Hivos en el trabajo para la **primera brigada de vacunación de pueblos indígenas** en Wentaro y Tiwino, comunidades Waorani. Junto a Fundación Ríos se crearon las **lonas de vacunación**, material visual para explicar el porqué de la vacunación y brindar información acerca de la misma. Se realizó también un video para vacunación. El trabajo con estas lonas se hizo con la visión de adaptar culturalmente su historia para que puedan comprender, comparar y hacer familiar el uso de esta nueva vacuna. En Ecuador: 259,000 personas en la Amazonía pudieron ser vacunadas debido a la entrega de jeringuillas y Equipo de Protección Personal para personal de Salud para vacunación de COVID.

### 2.3.2. Estrategia 2: Adaptar las acciones de promoción de la salud con enfoque intercultural que promueva cambios de comportamiento en comunidades indígenas objetivo

Esta estrategia buscó promover espacios de convergencia con el sistema público de salud de la Amazonía para, de manera conjunta, diseñar y lanzar campañas de prevención y promoción de salud; desarrollando estrategias contextualizadas para cada una de las organizaciones indígenas.

La primera propuesta consistió en identificar cambios en los conocimientos, actitudes y prácticas para afrontar el COVID-19; centrándose en estrategias de promoción de salud y prevención de enfermedades. Con este propósito, Hivos aplicó una encuesta de Conocimientos, Actitudes y Prácticas (CAP) el cual consiste en un estudio cuantitativo de una población específica que reúne información acerca de cuánto las personas conocen, cómo se sienten y cómo se comportan en relación a un tema específico.

En el marco de la Ruta de la Salud Indígena la encuesta CAP se implementó para entender cuantitativamente las perspectivas de las poblaciones indígenas de las áreas de influencia del proyecto acerca de la pandemia de COVID-19, y sus medidas de cuidado y prevención, así como la vacunación.



Entonces, se lanzó la encuesta inicial de Conocimientos, Actitudes y Prácticas (CAP) de las comunidades, llegando a 195 personas [CAP inicial](#): 67 en Ecuador, 50 en Brasil, y 78 en Perú; específicamente en Maranhao, Brasil, 6 provincias de la Amazonía del Ecuador y en Madre de Dios en Perú.

De las encuestas salieron datos interesantes como:

- Los medios de comunicación representan el 45% de los mecanismos por los que la población accede a la información. Las redes sociales son fundamentales con un 41%, así como la información a la que pueden acceder desde las brigadas médicas y las organizaciones con una representatividad de 21% en cada una, seguido por la información que pueden transmitir los amigos y familiares (17%).
- Es evidente que el uso de la medicina tradicional es predominante en la población amazónica encuestada, lo que da cuenta de un **acceso al conocimiento tradicional, siendo la estrategia más cercana y asequible** por lo que se registra un 33% de respuestas para el uso de la medicina tradicional, seguido de un 22% que considera que se debe combinar el lavado de manos, el uso de mascarilla, y la medicina natural y occidental.
- Entre los conocimientos que se ponen en práctica para prevenir la COVID-19, los más representativos siguen estando asociados a la medicina tradicional y a la asepsia (higiene de manos), seguidas de las medidas de protección como el uso de la mascarilla, representando el 24%, el 24% y el 14%, respectivamente.
- Cuando se les preguntó si la gestión como autoridad o persona representativa de la comunidad le permitió tener mayores conocimientos sobre la COVID-19 que el resto de las personas en la comunidad, un 84% respondió que sí, lo que da cuenta que quienes tienen mayor conocimiento y/o acceso al conocimiento son quienes se encuentran en los cargos de dirigencia en las comunidades, por lo que constituyen actores claves para los procesos de sensibilización para el correcto abordaje de la COVID-19.

Con esta información Hivos desarrolló talleres asociados con la gestión del COVID-19 materiales comunicacionales culturalmente adaptados que puedan apoyar y servir mejor a las comunidades indígenas para mitigar el impacto de la pandemia.

Los talleres en el Ecuador se realizaron de la mano de la CONFENIAE, siendo convocados por la dirigente de la Salud y la Mujer Nemo Andy y la Promotora de Salud formada por Hivos Indira Vargas. Se realizaron 5 talleres con un

objetivo principal, el “Revitalizar el conocimiento tradicional asociado a la biodiversidad para responder a la enfermedad de la covid, en el contexto de los resultados arrojados por la encuesta CAP”. Las organizaciones participantes fueron: Federación de Interprovincial de Centros Shuar, Nacionalidad Achuar del Ecuador, Nacionalidad Waorani del Ecuador, Nación Sapara Del Ecuador, Nacionalidad Shiwiar del Ecuador, Nacionalidad Andoa del Ecuador, Nación Originaria Quijos, Federación de Organizaciones Indígenas del Napo, Federación de Organizaciones Indígenas del Napo, Organización de la Nacionalidad Waorani de Napo, Organización de Nacionalidad Waorani de Orellana, Federación de Nacionalidad Shuar de Pastaza, Federación de Comunas Unión de Nativos de la Amazonia Ecuatoriana, Federación de Nacionalidad Shuar de Orellana, Pastaza Kikin Kichwa Runakuna. Se contó con la participación total de 116 mujeres y hombres representativos de 14 organizaciones provinciales y locales para la salud tradicional de las nacionalidades. Se recogieron [historias](#) sobre la reflexión de las mujeres Amazónicas en estos espacios.

En el Perú se realizaron **tres talleres** con el objetivo principal de “Revitalizar el conocimiento tradicional asociado a la biodiversidad para responder a la enfermedad de la covid, en el contexto de los resultados arrojados por la encuesta CAP”. Las organizaciones participantes fueron, por la parte alta y Baja de Madre de Dios: FENAMAD, COHARYIMA, COINBAMAD Funcionarios: Ministerio de salud Ministerio de Cultura – dirección desconcentrada de cultura de MDD Gerentes de Microredes de los establecimientos de jurisdicción de las comunidades de MDD Dirección regional de pueblos indígenas del sector salud Defensoría del Pueblo de MDD, asistieron más de **50 personas** entre representantes de las comunidades y funcionarios públicos con incidencia en los temas de salud intercultural en las comunidades de MDD. En Brasil los talleres se realizaban de manera constante de forma presencial. Dentro de la planificación junto con el curso de formación de promotores, para optimizar la salida y viaje a las comunidades.

Durante el proceso de formación de los promotores de salud indígena comunitarios (mayo 2021) inició la construcción del **aplicativo de vigilancia epidemiológica Commcare** y también tomó fuerza la [campaña de vacunación contra la COVID-19](#) en los tres países.

La Ruta de la Salud Indígena Amazónica (AIR) **adaptó las lonas de vacunación** en diseño y traducción a lengua originaria a cada una de las nacionalidades amazónicas del Ecuador: Waorani, Ai Cofán, Shuar, Achuar, Siona, Siekopai, Kichwa Amazónico y Andino . Al mismo tiempo que se distribuían las lonas para uso de las comunidades se lanzó una **campaña por mensajes SMS, lanzando 30,000 mensajes** con frases culturalmente adaptadas sobre mecanismos de prevención contra la COVID 19 y la importancia de la vacunación.

**FIGURA 5. Afiches de vacunación adaptados.**



Durante este proceso el Cluster de Salud, liderado por la Organización Panamericana de la Salud, organizó con el apoyo de Hivos, UNICEF y Asociación Rios, el [Diálogo de Saberes](#) acerca de la Vacunación , donde bajo esta metodología se mantuvo un diálogo con varias organizaciones internacionales, nacionales e indígenas sobre la percepción de la vacuna contra el COVID 19. Este evento contó con la participación de la Confederación de Nacionalidades Indígenas de la Amazonía Ecuatoriana, CONFENIAE, Asociación de Jóvenes Kichwa de Sucumbios “Amawta Ñam”, AJNAKISE, Federación de Organizaciones de la Nacionalidad Kichwa de Sucumbios, FONAKISE, Nacionalidad Waorani del Ecuador, NAWE, Organización de Comunidades Kichwas de Loreto, OCKIL, Promotores de Salud y Comité de Salud de Tiwino Waorani y Fundación Pachamama.

Adicionalmente, con el éxito de las lonas de vacunación en el Ecuador como material informativo óptimo para llevar a territorio sin que estas se dañen, los promotores y las brigadas médicas podían llevarlas para la socialización de vacunación en las comunidades. Estas lonas fueron adaptadas, junto con FENAMAD, a las nacionalidades [Harakbut y Ese Eja, de Madre de Dios en Perú](#)

## Nemo CONFENIAE

*"It has been very important to be able to channel and help within the communities, inform what is happening with our patients in matters of ancestral medicine and alternative medicine. These projects are strengthening our communities."*

En el Perú la incidencia se realizó desde FENAMAD, siendo el equipo de Hivos un equipo asesor de ellos en el espacio llamado Comando COVID. Dentro de este espacio se mantuvo reuniones con la Dirección de Sanidad de Madre de Dios y el Ministerio de Cultura para apoyar en la campaña de vacunación, en este sentido, adicional al apoyo en las lonas, en Madre de Dios se realizaron **cuñas radiales con información sobre la vacunación** y su importancia, mensajes adaptados culturalmente y en sus idiomas originarios.

En Brasil el material culturalmente adaptado fue distribuido dentro de las comunidades a través de CTI y los promotores de salud. Se prepararon **4 cartillas culturalmente adaptadas** para poder distribuir en la comunidad y de forma digital.

Durante los últimos 3 meses del 2021, se implementó la encuesta CAP final con muchas experiencias generadas en la implementación del proyecto y los talleres llevados a cabo en Ecuador, Perú y Brasil. Se aplicó con el objetivo de identificar las percepciones asociadas con el COVID-19, crear talleres acerca de los temas que requerían reforzarse, así como también buenas prácticas para hacer frente a la pandemia.



Se obtuvieron algunos datos de interés en la entrevista:

- **Cambio 1:** En los 3 países la información verificada que se ha utilizada para la pandemia, proviene de los equipos de salud. En Perú, los medios masivos se mantiene como una fuente de información importante. Se redujo la utilización de la información proveniente de redes sociales.
- **Cambio 2:** En Brasil y Perú aumentó el interés hacia la información sobre COVID. Por otro lado, en Ecuador disminuyó.
- **Cambio 3:** Se incrementó el interés de la gente en recibir tratamiento en las comunidades por los equipos de salud, anteriormente preferían únicamente el tratamiento comunitario.
- **Cambio 4:** Brasil incrementó el uso de medicina tradicional. Ecuador y Perú incrementaron el uso de ambos tipos de medicina.
- **Cambio 5:** En general disminuyó la creencia en el conocimiento de los ancianos acerca del COVID en los 3 países. En Brasil, se cree más en las personas jóvenes; mientras que en Ecuador y Perú hay una mayor influencia del personal de salud.
- **Cambio 6:** Se fortaleció el conocimiento tradicional en Perú, Brasil y Ecuador, respectivamente en un 20%, 12% y 2%..
- **Cambio 7:** Se incrementó la confianza hacia el personal de salud.
- **Cambio 8:** Se evidenció cambios en la aceptación de la vacunación. En Perú la aceptación se incrementó del 78 al 91%; en Ecuador pasó del 21% al 73% mientras que en Brasil este porcentaje se redujo en dos puntos porcentuales.

Este análisis cuantitativo fue llevado a cabo en 2 momentos (Encuestas CAP inicial y encuesta final) y los resultados fueron presentados en un [Informe Comparativo](#) de las encuestas de Conocimientos, Actitudes y Prácticas asociados al COVID-19 en los territorios de incidencia del Proyecto Ruta de la Ruta de la Salud Indígena Amazónica.



### **A partir de los resultados de la CAP inicial y final, se pueden evidenciar las siguientes conclusiones entre estos dos momentos:**

Respecto al conocimiento tradicional en la primera encuesta, la información recabada reveló un fortalecimiento de este conocimiento, así como el interés de los sectores más jóvenes de la población en revitalizar este conocimiento. Esta tendencia se mantuvo en la segunda encuesta CAP, la cual confirmó que el conocimiento indígena sobre la salud, el medio ambiente y la naturaleza no están disociados en su forma de transmitirse y aplicarse.

Sobre la relación con los equipos médicos en Brasil, el proceso resultante de una política de salud pública construida y basada en las organizaciones se fortaleció entre la aplicación de la encuesta CAP 1 y CAP 2, de manera que en las dos encuestas se evidencia la coordinación entre los sistemas de salud como una práctica estructural que va más allá de las políticas gubernamentales, dado que ya son políticas estatales.

La relación de las comunidades y el Estado en Perú visibiliza los lazos que están contruidos por personas con conciencia cultural, lo que permite sobrellevar de alguna manera los cuellos de botella que se puedan generar entre las comunidades con el Estado, la estadística muestra un ligero fortalecimiento en dicha relación.

En cuanto a Ecuador la relación con la institución rectora en salud que muestran las CAP 1 y 2 sugieren una cierta distancia que con el programa de vacunación y el despliegue para su ejecución genera ciertos acercamientos, no los suficientes como para restablecer una relación rota pese a la existencia de política pública intercultural, que, de cara a su implementación encuentra un sinnúmero de trabas las que ahondan las diferencias entre las comunidades y la institucionalidad.

Respecto a los conocimientos asociados a la COVID que no necesariamente son tradicionales, se evidencia un incremento, muchos de ellos por la presencia de la cooperación en los territorios, generando una suerte de puentes para adaptar la información, interculturalizar las explicaciones, promover el uso de buenas prácticas locales y una mayor presencia de los jóvenes como catalizadores de dichas informaciones.

Respecto a la vacunación la acción conjunta y coordinada con las organizaciones permitieron mejorar las proyecciones de vacunación, lo que se evidencia contundentemente en la variación de resultados de la encuesta CAP 2.

Si bien no es parte de la estadística, el fortalecimiento de las buenas prácticas para enfrentar la COVID, los procesos de revitalización de conocimientos tradicionales y la sensibilización respecto a la vacunación, tareas nacientes de la encuesta CAP 1, permitieron generar en gran medida los cambios que refleja la encuesta CAP 2, indudablemente también generó nuevos retos identificados por las comunidades que fortalecen la autonomía de la población en un sentido integral que sobrepasa la visión de salud y enfermedad y develan otros problemas que al final del día opacan la pandemia, situando su análisis en la sindemia generada por las brechas sociales, económicas, culturales, de género y las presiones sobre los territorios, complejizando el análisis y enriqueciendo las visiones de futuro.



### 2.3.3. Estrategia 3: Desarrollar capacidades de los Promotores de Salud Comunitaria (PSC) indígenas



*Con el apoyo de los promotores de salud indígenas durante el proceso de formación, el proceso de socialización de vacunación fue más cercano y participativo en Brasil, Ecuador y Perú.*

Esta estrategia se basó en la importancia de los promotores comunitarios de salud. Estos actores son esenciales para promover la salud y el bienestar integral de la población ante la pandemia del COVID 19 trabajando en los contextos propios para contribuir desde las autonomías locales a la articulación del cuidado comunitario con los Sistemas de Salud y promover un diálogo de saberes transdisciplinarios.

Los PSC son Esenciales para garantizar una adecuada respuesta al COVID 19 y para mejorar la salud a largo plazo de las poblaciones indígenas. Con ese propósito , a través de las organizaciones locales diseñamos se implementó un programa de formación estructurado para mejorar el conocimiento y las habilidades de los promotores de salud comunitarios y potenciar su rol, tanto dentro de las comunidades como con el personal de salud (doctores/as, enfermeras/os y técnicas/os permanentes de las correspondientes de las redes de salud entre otras instituciones locales y regionales, lo cual también mejoró sus capacidades de salud intercultural.



El proyecto AIR formó **134 promotores** comunitarios de salud, 14 en Ecuador, 14 en Perú y 106 en Brasil. Se entregó **tablets** con internet a los promotores de Ecuador y Perú para que puedan estudiar y para que luego se convierta en su herramienta de trabajo para utilizar el aplicativo de vigilancia epidemiológica comunitaria CommCare. En Brasil, se prioriza el curso presencial en lugar de entregar tablets a los promotores.

En los tres países se comenzó el diseño del curso de formación de promotores de la salud comunitarios, algo que se vio muy necesario ya que ellos serían el vínculo con la comunidad. Los cursos se dieron de forma virtual con talleres presenciales en el [Ecuador](#) y en [Perú](#) , y fue completamente presencial en Brasil. Los programas incluyen las siguientes temáticas:

- Introducción al curso y manejo de herramientas virtuales.
- Nociones de salud y la incidencia del contexto local y determinantes de la salud.
- Visiones regionales y locales de salud amazónica.
- Sistema de Salud y redes comunitarias integradas de atención en salud.
- Modelo de Salud con enfoque Individual, Familiar e Intercultural.
- Vigilancia epidemiológica comunitaria.
- Rastreo de contactos y uso de tecnologías para plan de vacunación de COVID-19.
- Sistema de medicina ancestral y conocimientos tradicionales.
- Rol del/la promotor/a en la promoción de la salud y prevención de la enfermedad.
- Antropometría, signos vitales, preparación de riesgos, manejo inicial de urgencias y emergencias acorde al contexto específico. (Taller práctico)
- Manejo de botiquines comunitarios.

### Mariana CTI

*"Con el proyecto pudimos ser parte de esta agenda, y tener acercamientos con el personal de salud, poder entender mejor las necesidades y contribuir no solo a dar respuesta al COVID-19, sino también a otros temas que han ido surgiendo a lo largo del año."*

Es clave destacar la realización del “Primer encuentro regional de agentes comunitarios de salud indígenas amazónicos” realizado en la Comunidad Unión Base (sede de la CONFENIAE) el 30 y 31 de mayo del 2022.

Este encuentro, en el que participaron 64 delegados de 5 países: Bolivia, Brasil, Colombia, Ecuador y Perú, sirvió de corolario para AIR. Durante los dos días representantes de los Ministerios de Salud de los países, PAHO Regional, OPS Ecuador, Academia, organizaciones indígenas y agentes comunitarios se realizaron varias actividades con el objetivo de Posicionar el rol de los y las agentes comunitarios(as) de salud a través del intercambio de las experiencias en la región y el planteamiento de perspectivas a futuro desde las organizaciones indígenas.

Este [evento](#) permitió además conocer de primera mano la experiencia en territorio de los varios actores durante la implementación de AIR.

El vínculo con los promotores también facilitó a Hivos generar materiales muy interesantes, les permitió **aportar en comunidades de aprendizaje con promotores de otros países, hablar de la estrategia de vacunación y pudieron contar su historia en paneles internacionales como el foro de Bill and Melinda Gates foundation y la COP26.**



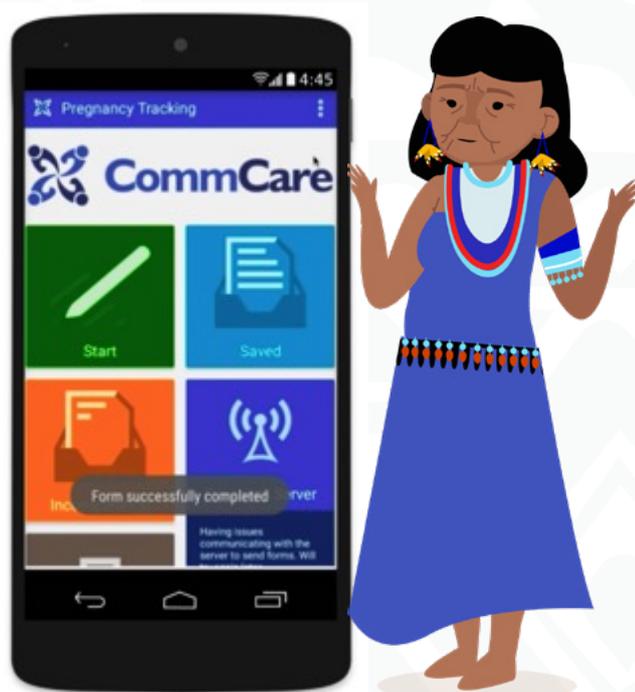
### 2.3.4. Estrategia 4: Incrementar la capacidad de alerta temprana y rastreo de contactos mediante un aplicativo digital

El Programa Todos los Ojos en la Amazonía Trabaja bajo la premisa que la tecnología puede ser una herramienta poderosa para el cambio social cuando se adapta a las necesidades locales. En el centro de esta estrategia nos asociamos con el desarrollador de CommCare Dimagi para adaptar su aplicación de COVID-19 a la realidad de la región amazónica y desplegar esta aplicación dentro de las comunidades indígenas de los territorios objetivo, de manera que permitan fácilmente y de una manera culturalmente apropiada notificaciones de casos y monitoreo de comunitario.

Mientras se trabajaba en formación de promotores y en un proceso de vacunación inclusivo, como mencionamos anteriormente, se fue construyendo el [aplicativo de vigilancia epidemiológica](#). Este aplicativo se elaboró teniendo en cuenta en cada paso que su objetivo principal era otorgar a los pueblos indígenas **soberanía sobre su información**. El inicio del proceso se realizó entre el equipo de AIR con Dimagi donde se identificó los módulos que abarcaría lo necesario, determinantes de la salud en las comunidades, el flujo de trabajo para diagnosticar COVID y medidas de prevención, vacunación y recursos. Con este trabajo estructurado se inició el trabajo participativo con los promotores de salud, profesores del curso de promotores de Brasil, Ecuador y Perú, y adicionalmente el personal de los Ministerio de salud y miembros de CONFENIAE, FENAMAD y CTI.

#### Vigilancia comunitaria a COVID-19

FIGURA 6. Aplicación de CommCare



En el mes de agosto de 2021, ya con algunos meses de implementación del proyecto se iniciaron las **comunidades de aprendizaje** del proyecto AIR. Estos talleres se realizaron una vez al mes y se abordaron los temas claves del proyecto, donde los socios y aliados de Brasil, Ecuador y Perú compartieron sus conocimientos y buenas prácticas.

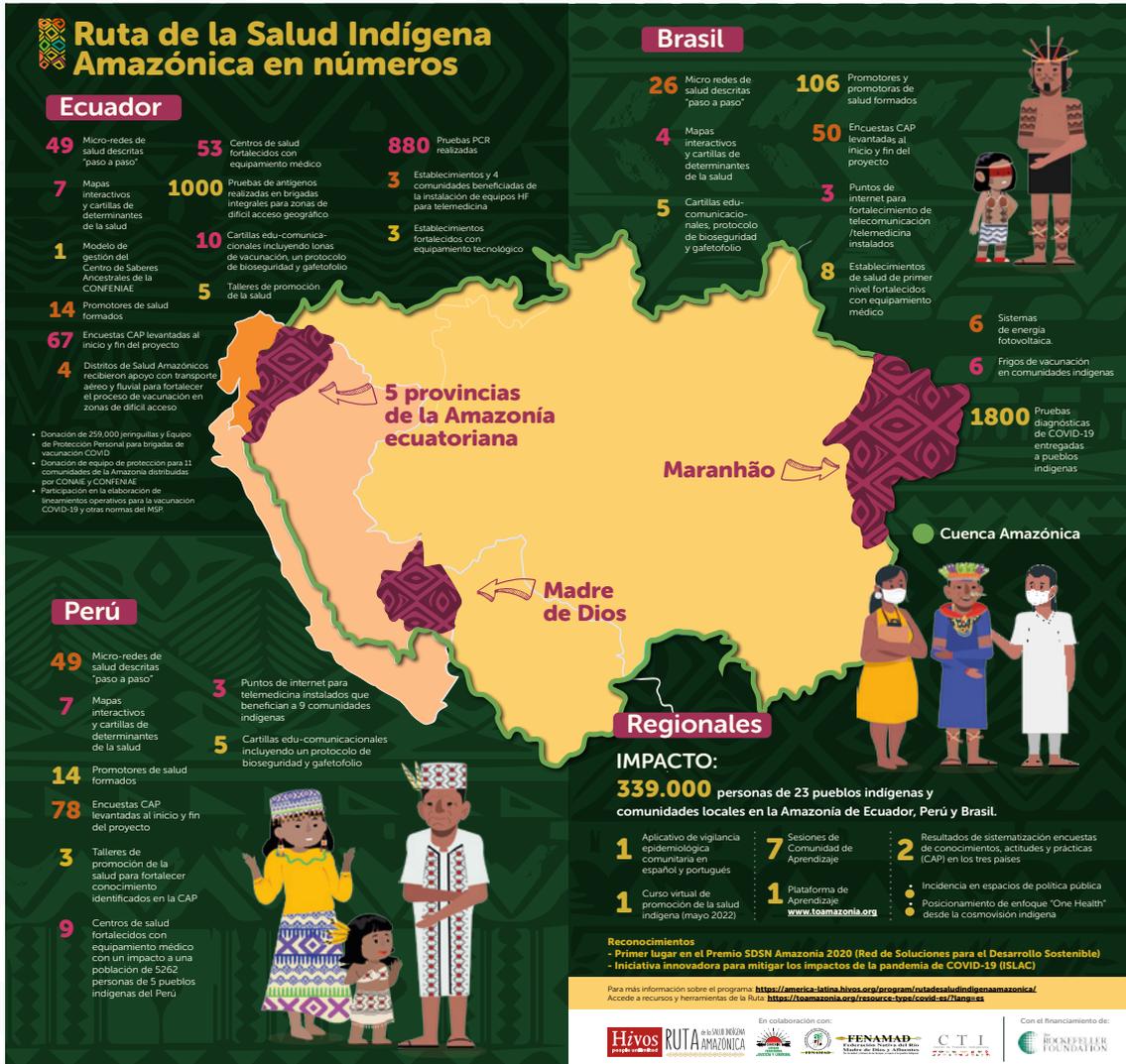
Se realizaron siete sesiones de la comunidad de aprendizaje, estas comunidades contaron con 165 participantes, con un **promedio de 25 participantes por sesión, de más de 8 organizaciones**. La plataforma cuenta con 14 recursos, 18 videos, 12 presentaciones, 15 sistematizaciones de las sesiones subidas a la plataforma de aprendizaje TOA.

Este intercambio permitió adoptar algunas prácticas entre países, fue a partir de la misma que en Madre de Dios se solicitó el apoyo al proyecto AIR para la impresión de 1000 nuevos ejemplares y re- edición del Libro **SALUD PARA TODOS: Plantas medicinales y salud indígena en la cuenca del río Madre de Dios, Perú**, el cual recoge todas las plantas medicinales utilizadas en la medicina Ancestral y medicina contra el COVID, un tipo de medicina que evidenciamos se fortaleció con la llegada de la pandemia.



## Resumen de resultados

Como parte del proyecto AIR, desarrollamos este mapa consolidado con los principales resultados por país y el impacto regional:



## 2.4. Logros no esperados en el proyecto (Impactos: Casos destacados)

- Fortalecimiento y empoderamiento de la lideresa dirigente de salud y mujer del Ecuador de la CONFENIAE. Es la primera vez que se recibe apoyo para proyectos de salud a través de organizaciones indígenas.
- Ministerio del Ambiente, Agua y Transición Ecológica: MAATE - Mesa de Derrame : Cuando se discutía sobre el COVID-19 con las comunidades, también se incluían temas de cambio climático en medio de las

conversaciones, permitiendo que la salud y el medio ambiente estén conectados en la discusión y mostrando el impacto que el cambio climático tiene sobre la salud.

- El cambio climático ejerce una enorme presión sobre los territorios.
  - Por ejemplo, una cantidad considerable de población indígena retornó de las grandes ciudades, lo cual ha incrementado la presión sobre estos territorios.
  - Los derechos humanos colectivos y territoriales necesitan ser legalmente reconocidos por el gobierno.
  - Hivos creó este proyecto con la perspectiva de promover la justicia climática, acercando a OH al cambio climático
- Ruta de Saberes Ancestrales: Creación del Centro de Saberes Ancestrales como parte de trabajo en red en Ecuador. AIR brindó apoyo al Centro de Saberes Ancestrales con mobiliario, equipo médico menor, equipos tecnológicos y apoyo para el aprovisionamiento de plantas medicinales. Este es el primer centro de investigación de medicina ancestral y esto se reflejó en la micro red. El Modelo de Gestión de Centro de Saberes Ancestrales y el registro de su ubicación fue parte de los mapas que representan al Sistema de Salud.
  - Publicación de un libro “Salud para Todos” sobre Saberes Ancestrales y plantas medicinales - [FENAMAD](#): Este es un manual de salud en el cual el conocimiento tradicional sobre salud y las prácticas de las poblaciones indígenas de la cuenca del Río Madre de Dios son recopilados.
  - Experiencias de aprendizaje colectivo con comunidades Waoranis: Hivos promovió la gestión del conocimiento y los diálogos entre promotores de salud, comunidades y sociólogos para entender las memorias comunitarias colectivas acerca de otras enfermedades, por ejemplo, recordaron y discutieron la poliomielitis en el Amazonas y como destruyó sus comunidades hasta que recibieron las vacunas.
    - En base a estas conversaciones aprendimos que a fin de desarrollar o reforzar confianza en la vacuna contra la COVID-19 era importante crear imágenes/ infografías para que las comunidades relacionen este proceso con el éxito de las vacunas polio.
  - La metodología implementada por el programa fue tan exitosa que diferentes actores manifestaron su interés en usarla para sus

intervenciones sobre nutrición y otras intervenciones en salud. Por ejemplo, el gobierno del Ecuador propuso usarlo para trabajar con comunidades afroecuatorianas y con comunidades indígenas andinas y otros proyectos de salud contra el COVID-19.

- El avance en igualdad de género fue también un importante resultado. A pesar de que no se propuso desde el inicio de la intervención, hubo un fuerte interés de rescatar el conocimiento tradicional sobre el uso medicinal de plantas y se trabajó con las mujeres para recopilar esta información y conocimientos acerca del uso de plantas medicinales y creencias alrededor de su uso. Las mujeres incrementaron su participación en la toma de decisiones liderando diferentes actividades, especialmente como promotoras de salud.
- Encuentro regional de agentes comunitarios de salud: “Nuestro territorio, nuestra salud”, realizado en mayo de 2022 tuvo tanto impacto que se realizará un segundo encuentro en Perú en octubre de 2022.



### 3. Comunicación de impacto y culturalmente adaptada

Para la Ruta de la Salud Indígena Amazónica entendimos que el rol que tenía la comunicación era fundamental en dos aspectos fundamentales. Primero, como mecanismo de difusión y amplificación de las buenas prácticas, avances y resultado del proyecto; y segundo, como articulador para la implementación de las estrategias en territorio.

Así, la estrategia de comunicación de AIR partió del concepto de comunicar desde y para los pueblos indígenas y las comunidades locales, enfatizando en el objetivo de poner los derechos de los pueblos indígenas en el centro de los sistemas de salud. Por lo mismo, todos los contenidos desarrollados en el marco de dicha estrategia tuvieron un componente de validación comunitaria para asegurar su veracidad y adaptabilidad cultural.

En ese sentido, se podría clasificar los contenidos comunicacionales desarrollados de la siguiente manera:

- **Material informativo:** Contenidos desarrollados con el objetivo de informar veraz y oportunamente acerca del avance de la pandemia.

Ej: [Noticiero de la Ruta de la Salud Indígena Amazónica](#)

8 episodios: 2 de cada país, 2 regionales



- **Material educomunicacional:** Contenidos culturalmente adaptados y traducidos a lenguas nativas amplificando acciones de prevención y cuidado.

**Ej:** Lonas de Vacunación COVID-19

Traducidas a 8 lenguas nativas en Ecuador

Traducidas a 3 lenguas nativas en Perú

- **Material experiencial:** Contenidos desarrollados desde las propias voces de los pueblos indígenas y las comunidades locales donde se implementó el proyecto, amplificando sus vivencias de la pandemia.

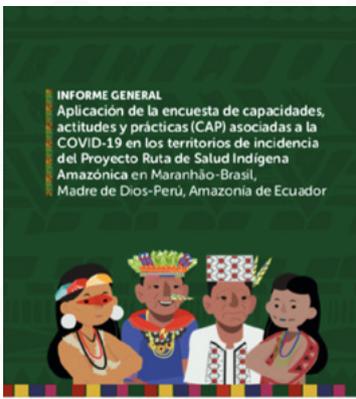
**Ej:** Ruta de la Medicina Ancestral

[Videos testimoniales de mujeres indígenas sobre el uso de la medicina tradicional](#)

Es importante recalcar la variedad de formatos como videos, artículos, cartillas informativas, audios y material impreso; y de canales de difusión: redes sociales, campañas radiales, campañas de mensajería tradicional. Dicha diversidad respondía a la importancia de amplificar el mensaje de tal manera que se aseguraría su recepción por la variedad de actores para los que estaba diseñado. Ejemplo de eso fue la adaptación de los posters de vacunación COVID-19 en el Perú a cartillas para redes sociales y audios para difusión radial.



El impacto de la comunicación del proyecto se puede evidenciar de diversas maneras. Primero en el uso efectivo que se le ha dado y se continúa dando a los materiales educomunicacionales en las comunidades. También en la recepción que han tenido los contenidos por parte de organizaciones aliadas e incluso instituciones estatales, quienes han solicitado su uso para adaptabilidad y aplicación en otros sectores. Y finalmente en el reconocimiento del proyecto como una innovadora respuesta a la pandemia en la Amazonía de Ecuador, Perú y Brasil, lo que ha resultado en oportunidades de participación en eventos internacionales, webinars, exposiciones, etc.



## 4. Conclusiones y lecciones aprendidas

Indudablemente lo más importante de esta experiencia ha sido el proceso de construcción de una articulación multiactor y multisectorial. Es importante mencionar que esta articulación fue posible gracias a que en la fase anterior en Ecuador se pudieron consolidar vínculos por un lado, y por el otro que existía un proceso previo dada la experiencia del equipo consultor con organizaciones y líderes en la Amazonía de los tres países.

La generación de lazos de confianza, basados en el respeto y reconocimiento mutuo, transparencia y participación activa en todo el proceso fueron factores clave durante la implementación de las actividades de AIR.

Retroalimentación, evaluación y monitoreo continuo, generación conjunta de conocimiento, co-aprendizaje (y des aprendizaje) han sido palabras clave durante nuestro trabajo.

Esto al mismo tiempo ha generado una gran expectativa en las organizaciones e incertidumbre al final del proyecto, considerando que en las evaluaciones realizadas con los socios se repitió la necesidad de siguientes fases del proyecto. "Por favor, no nos dejen solos", frase de uno de los promotores de salud ejemplifica el sentir de varios de los actores con los que trabajamos en territorio.

Creemos que colaboramos en mejorar la gobernanza en salud de las organizaciones, generando puentes entre los servicios de salud y la población. Contribuyendo también a la resiliencia comunitaria, siendo este un reto a futuro en la constante amenaza de nuevas pandemias.

### Lecciones aprendidas:

- El fuerte involucramiento de las comunidades locales es clave en cualquier respuesta a emergencias. Las comunidades locales han sido capaces de construir resiliencia a lo largo de los años y generaciones a través de el profundo conocimiento de sus territorios, su medio ambiente y sus prácticas culturales. Las mujeres juegan un rol especialmente importante en las comunidades indígenas dado que ellas practican la medicina tradicional cuyo conocimiento se mantiene por los ancianos de las comunidades.
- Los grupos de representantes de las poblaciones indígenas pueden ser socios eficaces para la aplicación de cambios estructurales en el sistema sanitario, al servir de puente entre las comunidades indígenas, por un lado, y los responsables políticos, las ONG, las OSC y otros socios técnicos, por otro.

- La importancia de la promoción de la interculturalidad y los diálogos de saberes para desarrollar políticas públicas culturalmente adaptadas. Esto requiere la participación de representantes indígenas en los equipos técnicos de salud, pero también la valoración y el reconocimiento de la importancia de la medicina ancestral y los conocimientos tradicionales.
- La necesidad de considerar la salud en su sentido más amplio, incluyendo la salud humana, animal, vegetal y planetaria. Para las poblaciones indígenas, cuya medicina y conocimientos tradicionales están estrechamente vinculados al entorno natural en el que viven, la salud humana no puede disociarse de la del medio ambiente. Cualquier intervención sanitaria diseñada para beneficiar a las comunidades indígenas debe tener en cuenta la definición y la comprensión locales de la "salud" y abordar toda la gama de variables que afectan a la salud de las poblaciones indígenas.
- La importancia de los enfoques transdisciplinarios para diseñar o reestructurar sistemas sanitarios adaptados al contexto sociocultural de los grupos indígenas, pero también de las comunidades locales en general. La colaboración con antropólogos, sociólogos, expertos en derechos indígenas y lingüistas es tan importante como la participación de expertos en salud pública y profesionales médicos.
- Entender los diversos contextos implica entender también la diferencia en el manejo de los tiempos, especialmente en la Amazonía. Los procesos son más largos debido a varias razones, relacionadas algunas, con el



difícil acceso geográfico, pero indiscutiblemente con los determinantes que se han ido describiendo sumados a: problemas de conectividad, muchos de los/las líderes no reciben un estipendio por su trabajo en la organización, entre otros. Además, se debe considerar que cada organización, comunidad tiene su propia estructura de Gobernanza, consulta y toma de decisiones. En ocasiones esto fue complejo para el equipo consultor que al contrario estaba sujeto a un cronograma. Es importante recalcar que en todo momento el donante estuvo abierto y flexible en el entendimiento de estos aspectos, más aún en los diferentes brotes que ocurrieron en el transcurso del proyecto.

- La inequidad en conectividad, acceso a tecnología, alfabetización tecnológica e incluso brechas generacionales tecnológicas determinaron que la implementación de soluciones tecnológicas sea más compleja que lo planificado inicialmente.
- En Ecuador: creamos una línea de base el año pasado y la actualizamos al año siguiente, que recogió datos mediante entrevistas con el gobierno y las comunidades locales.
- Es necesario desarrollar contenidos multiformato: intentar que las comunidades se acostumbren a las herramientas digitales, pero hay muchas limitaciones. Por ejemplo, crear mapas impresos que las comunidades puedan utilizar.
- La propiedad de las herramientas digitales tiene que ser reclamada por las comunidades para que puedan evolucionar para satisfacer las necesidades de los usuarios de la comunidad.
- En el proceso de introducción y construcción de los mapas en las comunidades, conocieron nuevos problemas de salud, nuevos retos, etc.
- El mapa se ha convertido en un reflejo de todo el trabajo que han hecho con la ruta. El Ministerio de Sanidad tenía un mapa, pero era muy difícil de usar e ineficaz. Recogía los activos, los tiempos de viaje, etc. Se trata de una herramienta de promoción y de planificación como:
  - Puede hacer que los responsables políticos y el gobierno comprendan el nivel de esfuerzo y dificultad que supone llegar a determinadas comunidades
  - También es importante para la planificación logística y financiera.

- En cuanto al trabajo en acceso a tecnología en Pueblos y Nacionalidades indígenas, hemos podido evidenciar que:
  - La tecnología es más un problema de diferencia de edad que de etnia.
  - Era importante trabajar con las universidades para entender cómo adaptar la aplicación a las necesidades de las comunidades.
  - Impartir formación a los movilizados sanitarios de la comunidad sobre el uso de herramientas digitales que les han permitido descubrir nueva información y conocimientos.
  - El diálogo fue esencial para superar la resistencia o las dudas sobre el uso de las herramientas digitales (por ejemplo, se utilizó al promotor de salud para explicar su uso a otros promotores)
- El acceso es importante: Hivos sólo trabaja con datos abiertos y así cualquiera puede utilizarlos y mejorarlos, de esta manera:
  - \* También se ha desarrollado una aplicación y un curso para académicos sobre cómo involucrar a las comunidades en el uso de herramientas digitales (especialmente la tablet para el CHW).
  - \* Debido a la pandemia, las comunidades que de otro modo han sido excluidas de las herramientas digitales, ahora las utilizan.
  - \* Hivos también lleva la conectividad y la tecnología a algunos lugares en los que antes no estaba.



- Promotor de salud de la comunidad: los líderes señalaron que tienen sus propios expertos en salud dentro de la comunidad, y que era importante para ellos que el conocimiento ancestral se uniera al conocimiento occidental.
  - Los dirigentes querían que los expertos en salud tradicional tuvieran acceso a nuevas herramientas para poder comprender mejor la COVID, pero también otras enfermedades.
  - Hivos desarrolló un plan de estudios en el que se integraron los temas/problemas que las comunidades locales estaban interesadas en cubrir.
  - Pero también soluciones integradas que fueron sugeridas a los problemas por los expertos sanitarios locales y la comunidad en general.
- Les permitió comprender que los mayores problemas no eran el COVID, sino cuestiones como la violencia de género y la nutrición.
- Es muy diferente al enfoque tradicional de las enfermedades, porque aquí se examinan factores de salud más amplios.
- Los gobiernos reconocen ahora la importante labor de los promotores de la salud, pero la otra cara de la moneda es que esperan ser contratados formalmente por el Ministerio de Salud y contar con un presupuesto para realizar su trabajo.
- Fortalecer las gobernanzas comunitarias y asociativas alrededor de la respuesta a la emergencia, que fuera la prioridad para las organizaciones. Gobernanza efectiva.



## 5. Reconocimientos

- Primer lugar en el Premio [SDSN](#) Amazonia 2020 (Red de Soluciones para el Desarrollo Sostenible)
- Iniciativa innovadora para mitigar los impactos de la pandemia de COVID-19 (ISLAC)

Un logro intangible ha sido el de fortalecer los mecanismos de gobernanza comunitarias y asociativa alrededor de la respuesta a la emergencia, que fue la prioridad para las organizaciones. Importancia de Promotores Comunitarios de Salud.

Promover la salud y el bienestar integral de la población en ante la pandemia del COVID 19 trabajando en los contextos propios para contribuir desde las autonomías locales a la articulación del cuidado comunitario con los Sistemas de Salud y promover un diálogo de saberes transdisciplinares.

## 6. Siguiendo pasos (sostenibilidad)

¡No hay salud sin territorio! Esta frase marcó la sesión que presentamos en la COP 26 y el encuentro regional de agentes comunitarios y de alguna manera contextualiza la visión a futuro del trabajo en salud en la Amazonía. En el documento de sistematización del encuentro se pueden encontrar también los principales problemas de salud priorizados tanto por los Ministerios de Salud como por las organizaciones indígenas.

El trabajo en promoción de salud, determinantes y generación de territorios saludables debería ser el objetivo macro, con un proceso de abogacía que permita generación de política pública específica en estos temas. La epidemiología comunitaria como una herramienta de garantía de derechos para las personas y comunidades, requiere ser fortalecida y también adoptada por los policy y decision makers.

En este sentido seguiremos trabajando con otras instituciones: BID, GIZ, OTCA, OPS en la consecución de fondos que permitan continuar con una siguiente fase de AIR enfocada en el trabajo de determinantes sociales y el fortalecimiento tanto de los SNS como de las comunidades para enfrentar amenazas relacionadas con el cambio climático y posibles futuras pandemias.

## 7. Anexos:

Los resultados finales de los registros son los siguientes:

### Indicadores Aplicativo:

Descripción	Resultados hasta febrero 2022
Número de comunidades ingresadas en la aplicación por país (14 por país)	2 en Brasil con información completa 7 en Ecuador con Información completa No hay información de Perú
Registro mensual de personas por promotor (mínimo 5 integrantes)	Promedio de 3.6 personas registradas por promotor en Ecuador (dec). Promedio de enero a febrero: 11.16 personas registradas por promotor. Promedio de 2 personas registradas en diciembre en Perú Promedio de 11 personas registradas por promotor en el mes de febrero en Brasil
Número de miembros de la comunidad ingresados por comunidad (al menos 5 miembros por comunidad por mes)	146 en Ecuador (4 meses) 72 en Brasil (1 mes)
Número de personas de la comunidad con información de vacunación (al menos el 50% del número de comuneros registrados)	15 en Ecuador 1 in Brasil

### ANEXO: Matriz de Resultados

#### Logros del proyecto por áreas de cambio

Áreas de Cambio	Resultado del proyecto	Estrategias	Logros
Los pueblos y nacionalidades indígenas en Brasil, Ecuador y Perú han mejorado el acceso a servicios de salud culturalmente relevantes	Los funcionarios públicos y autoridades de salud en Brasil, Ecuador y Perú han tomado acciones para implementar un modelo culturalmente relevante que incluye redes integradas de salud, protocolos de cuidado y estrategias desarrolladas con base en las realidades y derechos de los pueblos y nacionalidades indígenas.	Posicionar las necesidades y derechos de los pueblos Indígenas en el centro del diagnóstico y de la atención primaria de salud incluyendo redes de telemedicina.	

Áreas de Cambio	Resultado del proyecto	Estrategias	Logros
	Los pueblos indígenas en Brasil, Ecuador y Perú han incrementado sus capacidades en promoción de la salud y acceso a servicios de salud.	Adaptar el enfoque y materiales de promoción de salud, cambios conductuales y prevención de la enfermedad para que sea culturalmente relevantes para las comunidades indígenas	
Las comunidades indígenas se han convertido en agentes de salud comunitaria y de cuidados esenciales	Los promotores de salud comunitaria en Brasil, Ecuador y Perú han fortalecido sus capacidades para llevar a cabo acciones de vigilancia de salud comunitaria y brindar cuidados esenciales.	Desarrollar capacidades de los promotores de salud comunitaria indígenas (PSC)	
	Los promotores de salud comunitaria han implementado de forma exitosa un proceso de notificación de casos y rastreo comunitario más efectivo y oportuno, mediante el uso de un aplicativo digital.	Incrementar la capacidad de vigilancia basada en tecnología en las comunidades indígenas y vinculación de datos con el sistema de salud pública	

**\*Nota:** Verde claro implica que el área de cambio se alcanzó pero no a la profundidad que deseábamos en el tiempo de implementación.



## Logros por resultado esperado

Resultado Esperado	Indicador	Meta	Resultado
Los funcionarios públicos y autoridades de salud en Brasil, Ecuador y Perú han tomado acciones para implementar un modelo culturalmente relevante que incluye redes integradas de salud, protocolos de cuidado y estrategias desarrolladas con base en las realidades y derechos de los pueblos y nacionalidades indígenas.	Porcentaje de positividad del testeo de SARS-CoV-2	A la finalización del Proyecto, la tasa de positividad ha decrecido entre 5% - 10% en los territorios objetivo.	
	Incidencia de casos positivos que requieren hospitalización	A la finalización del Proyecto, los casos positivos que requieren hospitalización y/o UCI será menor al 25% de los casos totales en los territorios objetivo.	
Los pueblos indígenas en Brasil, Ecuador y Perú han incrementado sus capacidades en promoción de la salud y acceso a servicios de salud.	Conocimientos, actitudes y prácticas sobre promoción de la salud y prevención de enfermedades desarrollados por organizaciones indígenas	90% de las organizaciones indígenas y sus comunidades han mejorado sus conocimientos y capacidades en promoción de la salud y prevención de la enfermedad.	
Los promotores de salud comunitaria en Brasil, Ecuador y Perú han fortalecido sus capacidades para llevar a cabo acciones de vigilancia de salud comunitaria y brindar cuidados esenciales.	Certificación de PCS	46 promotores de salud comunitaria han finalizado el programa de formación	
Los promotores de salud comunitaria han implementado de forma exitosa un proceso de notificación de casos y rastreo comunitario más efectivo y oportuno, mediante el uso de un aplicativo digital.	% de contactos alcanzados en las acciones de rastreo de contactos durante las dos semanas posteriores a la confirmación	80% de los contactos que los pacientes con confirmación pueden identificar son contactados	

**\*Nota 1:** Café implica que el área de cambio no se alcanzó completamente durante el tiempo de implementación.

**\*Nota 2:** Variación en índice de positividad e incidencia de casos positivos que requieren hospitalización fueron alcanzadas, sin embargo no podemos afirmar que el proyecto logró estos cambios, reconocemos el aporte del proyecto al programa de vacunación que pudo ayudar en que se cumplan ambos indicadores.

## Logros del proyecto por entregables del proyecto:

### Estrategia 1: Posicionar las necesidades y derechos de los pueblos indígenas en el centro de los sistemas de salud, incluyendo diagnóstico, atención primaria y redes y microredes

Resultado: Los funcionarios públicos y autoridades de salud en Brasil, Ecuador y Perú han tomado acciones para implementar un modelo culturalmente relevante que incluye redes integradas de salud, protocolos de cuidado y estrategias desarrolladas con base en las realidades y derechos de los pueblos y nacionalidades indígenas

Acciones	Productos	Resultados
Desarrollo de talleres basados en diálogos de saberes entre las organizaciones locales y representantes del Sistema de salud	Tres modelos de salud específicos (uno por cada territorio) que incluirán: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Protocolos culturalmente adaptados para fortalecer el acceso a la salud de los pueblos y nacionalidades indígenas.</li> <li>• Implementación de al menos tres redes de telesalud (una por cada territorio).</li> </ul>	
Desarrollo de un modelo de salud, que incluya protocolos que responden a la realidad de los territorios.		
Definición de redes integradas de salud en cada región que incluyan redes de telemedicina.	A georeferenced tool to identify the health services network and its routes, for each of the territories.	
Implementación de acciones para mejorar la provisión de insumos médicos esenciales, incluyendo acceso a pruebas diagnósticas, a través de alianzas con instituciones públicas o privadas	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Un documento de Mapeo e identificación de necesidades esenciales en cada territorio.</li> <li>• Un proceso mejorado para el acceso a pruebas diagnósticas y tratamiento para la población indígena en cada uno de los territorios.</li> </ul>	

**\*Nota:** Verde claro implica que el área de cambio se alcanzó, pero no a la profundidad que deseábamos en el tiempo de implementación. En Perú no tuvimos éxito con mejorar el acceso a pruebas diagnósticas.



## Estrategia 2: Adaptar las acciones de promoción de la salud con enfoque intercultural

Resultado: Los pueblos indígenas en Brasil, Ecuador y Perú han incrementado sus capacidades en promoción de la salud y acceso a servicios de salud.		
Acciones	Productos	Resultados
Llevar a cabo talleres dirigidos a Pls para el fortalecimiento de su conocimiento sobre las rutas de acceso a salud, así como en qué casos acudir a los establecimientos.	23 pueblos/nacionalidades indígenas capacitadas en las rutas de acceso en sus territorios, promoción de la salud y prevención de la enfermedad.	
Llevar a cabo talleres regulares con organizaciones indígenas para fortalecer y actualizar sus conocimientos sobre COVID-19, las medidas de prevención, así como en principios de promoción de la salud hacia cambios conductuales.	23 pueblos/nacionalidades indígenas capacitadas en las rutas de acceso en sus territorios, promoción de la salud y prevención de la enfermedad.	
Diseñar y lanzar campañas de comunicación específicas y relevantes para los territorios donde se implementará el proyecto.	Al menos tres campañas de comunicación lanzadas en coordinación con las organizaciones indígenas y las autoridades locales.	
Adaptar y actualizar periódicamente los materiales de prevención y promoción de la salud, incluyendo la cosmovisión y las realidades territoriales de las comunidades indígenas, tanto para el personal de atención primaria de salud como para las comunidades / nacionalidades indígenas.	Un paquete de materiales comunicacionales culturalmente adaptados para cada uno de los territorios.	
Establecer e implementar una estrategia de promoción de la salud en cada uno de los territorios, que incluya brigadas de prevención de la enfermedad y promoción de la salud.	Una estrategia de promoción de la salud desarrollada para cada uno de los territorios.	

**\*Nota:** Verde claro implica que se trabajó en la descripción de determinantes de la salud, incluidos en la cartilla paso a paso, y estrategias que incluyen a los saberes tradicionales como parte de los subsistemas de atención de salud como en Ecuador con el Modelo de Gestión del Centro de Saberes, en Brasil la incidencia en políticas y gobernanza en territorio con el Policy Brief y en Perú con la participación en espacios como el comando COVID-19 indígena y la articulación con el Ministerio de Salud.

### Estrategia 3: Desarrollar capacidades de los Promotores de Salud Comunitaria indígenas (PSC)

Resultado: Los Promotores de Salud Comunitaria en Brasil, Ecuador y Perú han fortalecido sus capacidades para llevar a cabo acciones de vigilancia de salud comunitaria y brindar cuidados esenciales

Acciones	Productos	Resultados
Diseñar un programa de formación culturalmente adaptado para fortalecer las capacidades de los PSC para realizar vigilancia de salud comunitaria y brindar cuidados esenciales	Un programa de formación diseñado e implementado	
Implementar un programa de formación culturalmente adaptado para fortalecer las capacidades de los PSC para realizar vigilancia de salud comunitaria y brindar cuidados esenciales	Al menos 46 Promotores de Salud Comunitaria formados	

### Estrategia 4: Incrementar la capacidad de alerta temprana y rastreo de contactos mediante un aplicativo digital

Resultado: Los Promotores de Salud Comunitaria han implementado de forma exitosa un proceso de notificación de casos y rastreo comunitario más efectivo y oportuno, mediante el uso de un aplicativo digital

Acciones	Productos	Resultados
Desarrollo/adaptación de una aplicación digital culturalmente relevante	Un aplicativo digital desarrollado/ adaptado y utilizado por los PSC, coordinadores y líderes indígenas para realizar notificación de casos y rastreo de contactos	
Implementación del rastreo de contactos y notificación de casos a través de una aplicación digital culturalmente adaptada a los territorios		

**\*Nota:** Verde claro implica que el área de cambio se alcanzó pero no a la profundidad que deseábamos para notificación y rastreo de casos en el tiempo de implementación.