



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

5 de agosto de 2020

En esta actualización epidemiológica sobre COVID-19, se enfatiza en la situación en los pueblos indígenas de las Américas, destacándose un incremento de casos y defunciones en todas las comunidades indígenas, después de presentar un resumen de la situación de COVID-19 en toda la región de las Américas.

## Resumen de la situación general de COVID-19 en las Américas

Desde el primer caso confirmado de COVID-19 en las Américas<sup>1</sup> y hasta el 2 de agosto de 2020, fueron notificados 9.484.066 casos confirmados incluyendo 359.376 defunciones.

Entre el 2 de julio y el 2 de agosto se notificaron 4.185.187 casos confirmados de COVID-19, incluidas 107.474 defunciones adicionales en la región de las Américas, lo que representa un aumento de 77% de casos y de 42% de defunciones. El mayor incremento relativo de casos y defunciones ocurrió en las subregiones de América Central (130% de aumento en casos y 142% de aumento en defunciones), las Islas del Caribe y del Océano Atlántico (98% de aumento de casos y 48% aumento de defunciones) y de América del Sur (82 % de incremento en casos y 67% de incremento en defunciones).

Los países y territorios que notificaron una mayor proporción relativa de nuevos casos fueron Bahamas (476%), Costa Rica (385%), las Islas Vírgenes de los Estados Unidos de Norteamérica (376%) y San Pedro y Miquelón (300%); mientras que los que reportaron la mayor proporción relativa de nuevas defunciones fueron Costa Rica (863%), Venezuela (213%) y Colombia (198%)<sup>2</sup>.

Entre el 2 de julio y el 2 de agosto de 2020, 7 países y territorios, modificaron el escenario de transmisión de COVID-19, observándose un incremento en la transmisión de casos de menor a mayor intensidad en: Costa Rica (de conglomerado de casos a transmisión comunitaria), Sint Maarten (de sin casos a transmisión comunitaria), Suriname (de conglomerado de casos a transmisión comunitaria), Islas Vírgenes de los Estados Unidos de América (de conglomerado de casos a transmisión comunitaria), Trinidad y Tobago (de casos esporádicos a conglomerado

---

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

<sup>2</sup> OPS/OMS COVID Daily update. Disponible en: <https://bit.ly/38LzGmj>, accedido el 3 de agosto de 2020.

de casos), Bonaire, San Eustaquio y Saba<sup>3</sup> (de sin casos a transmisión esporádica) y San Pedro y Miquelón (de sin casos a transmisión esporádica).

Por otra parte, se observó una disminución de la intensidad de la transmisión en las Islas Caimán, modificándose el escenario de conglomerado de casos a casos esporádicos.

Anguila, Islas Faklands (Malvinas), y San Kitts y Nieves no han notificado nuevos casos entre el 2 de julio y el 2 de agosto.

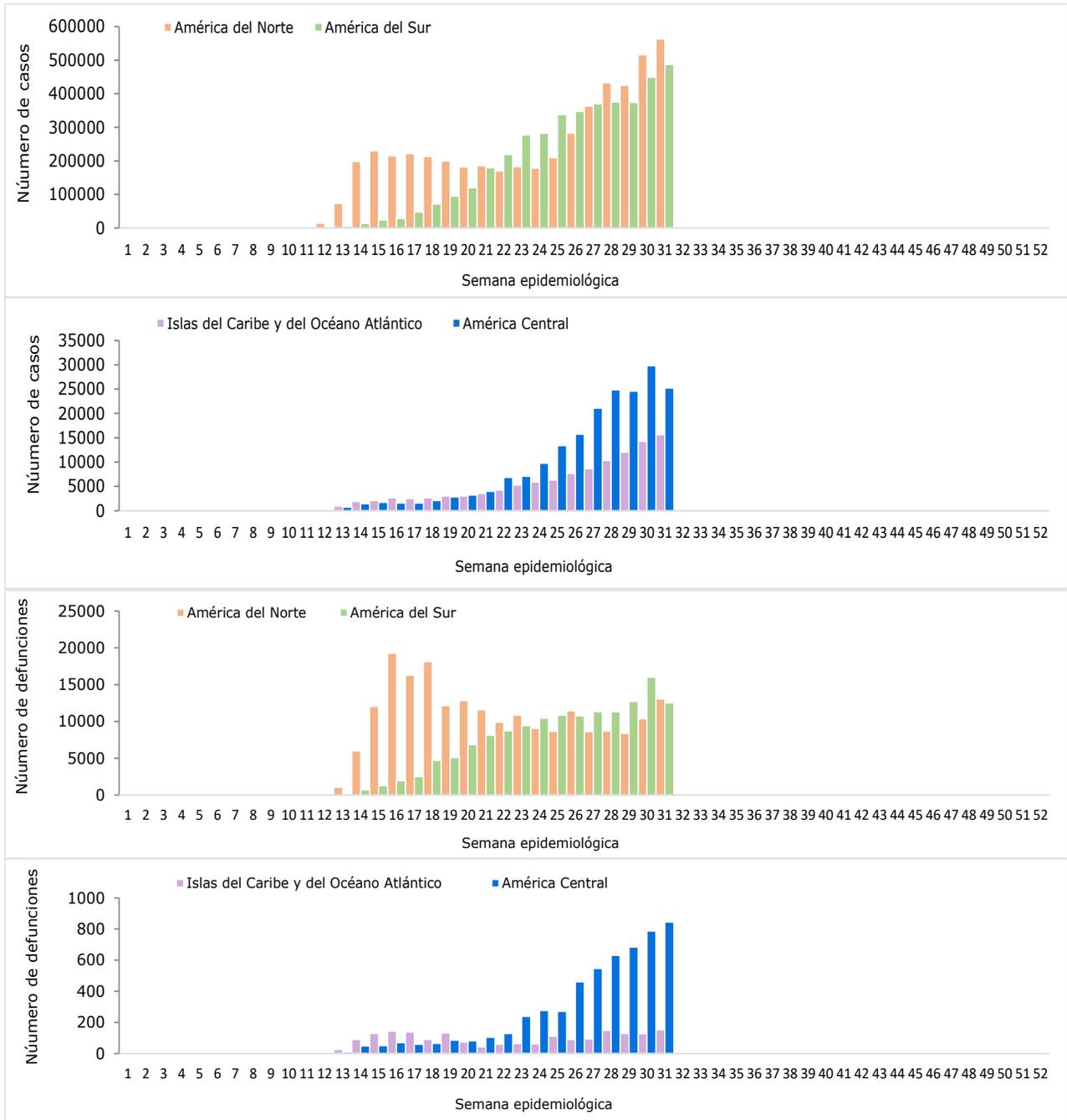
Cabe destacar que se observa una constante variación en el escenario de transmisión en cada país y territorio y al interior de estos, por lo cual la situación al 2 de agosto podría cambiar en días posteriores.

En todas las subdivisiones geográficas se mantiene la tendencia creciente, tanto en el número de casos como en el de defunciones (**Figura 1**).

---

<sup>3</sup> La clasificación de transmisión para Bonaire es Casos esporádicos, para San Eustaquio es Casos esporádicos y para Saba es Sin casos. La OPS / OMS usa la clasificación de transmisión de mayor intensidad para las tres islas, designada como casos esporádicos.

**Figura 1.** Distribución de casos confirmados y de defunciones de COVID-19, por semana epidemiológica y subregión de las Américas. Semana epidemiológica 1 a 31 de 2020.



**Fuente:** OPS/OMS COVID Daily update. Disponible en: <https://bit.ly/38LzGmj>, accedido el 3 de agosto de 2020.

## Situación de COVID-19 en pueblos indígenas en países seleccionados

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

En **Bolivia**, desde la confirmación de los primeros casos<sup>4</sup> de COVID-19 en el país y hasta el 27 de julio de 2020<sup>5</sup>, fueron notificados 154<sup>6</sup> casos confirmados de COVID-19 en población indígena (**Tabla 1**), incluidas 4 defunciones (2,6%).

**Tabla 1.** Distribución geográfica de casos confirmados de COVID-19, según territorio indígena originario, áreas protegidas y sus comunidades campesinas. Bolivia, 10 de marzo al 27 de julio 2020.

Territorios indígenas originarios, Áreas protegidas y sus comunidades campesinas	# Casos
Marka Quila Quila	3
Marka Valle Tinquipaya de Poroma	1
Marka Payaqqullu San Lucas	1
Jatun Ayllu Chhaqi	1
Jatun Ayllu Yura	3
<b>Total Nacion Qhara-Qhara</b>	<b>9</b>
Marka Sipe Sipe	3
Jatun Ayllu Kirkiawi	0
<b>Total Nacion Suras</b>	<b>3</b>
Campesino Turco	7
<b>Total Nacion Jacha-Karangas</b>	<b>7</b>
Marka Sevaruyu	3
<b>Total Nacion Killacas</b>	<b>3</b>
APG Guarani	21
Itika Guasu	35
Guarani Iyambae	21
<b>Total Nacion Guarani</b>	<b>77</b>
<b>Total Area protegida Aguarague</b>	<b>53</b>
<b>Total Area protegida Tucabaca</b>	<b>2</b>
<b>Total de casos</b>	<b>154</b>

<sup>4</sup> 10 de marzo de 2020

<sup>5</sup> Datos publicados por la Coordinadora Nacional de defensa de Territorios Indígenas Originarios Campesinos y Áreas Protegidas (CONTIOCAP)

<sup>6</sup> Las diferencias en el número de casos entre esta actualización y la alerta publicada el 15 de julio, se debe a que, en esta oportunidad, los datos se refieren a naciones específicas.

**Fuente:** Datos publicados por la Coordinadora Nacional de defensa de Territorios Indígenas Originarios Campesinos y Áreas Protegidas (CONTIOCAP)<sup>7</sup>, reproducidos por la OPS/OMS.

El pueblo indígena Guaraní concentra la mayoría de casos notificados (77), el cual con una población de 58.990 habitantes<sup>8</sup>, alcanzaría un tasa cruda de incidencia de 13,0 por 10.000 habitantes.

En **Brasil**, desde la confirmación del primer caso de COVID-19 en el país<sup>9</sup> y hasta el 25 de julio de 2020, se notificaron en el Subsistema de Atención de Salud Indígena (SasiSUS, por sus siglas en portugués) 24.609 casos de COVID-19 en indígenas, de los cuales 14.064 (58%) fueron confirmados, 9.433 (37%) descartados, 226 (1%) fueron excluidos y 886 (4%) están bajo investigación. Los 34 Distritos Especiales de Salud Indígena (DSEI, por sus siglas en portugués) notificaron casos confirmados de COVID-19. Del total de casos confirmados, 259 (1,8%) fallecieron.

Las regiones Norte y Nordeste continúan manteniendo tasas de incidencia por sobre 1.000 casos por 100.000 habitantes, correspondiendo esta situación a 17 de 19 DSEI en la región Norte y tres de seis en la región Nordeste. En las regiones Centro-Oeste, Sur y Sudeste, se observa un importante aumento de casos en comparación con las cifras en la Alerta Epidemiológica sobre COVID-19 en pueblos indígenas del 15 de julio, publicada por la OPS/OMS<sup>10</sup>.

Con relación a las tasas de mortalidad, los DSEI de regiones Norte y Centro-Oeste presentan las mayores tasas tal como se observa en la **Tabla 2**.

---

<sup>7</sup> Coordinadora Nacional de defensa de Territorios Indígenas Originarios Campesinos y Áreas Protegidas (CONTIOCAP). Disponible en: <https://bit.ly/39BTuJc>. Accedido el 3 de agosto de 2020.

<sup>8</sup> Centro de Estudios Jurídicos e Investigación Social (CEJIS). Disponible en: <https://bit.ly/31hiMbV>, accedido el 3 de agosto.

<sup>9</sup> 26 de febrero de 2020.

<sup>10</sup> Organización Panamericana de la Salud / Organización Mundial de la Salud. Alerta Epidemiológica: COVID-19 en pueblos indígenas de las Américas, 15 de julio de 2020, Washington, D.C. OPS/OMS. 2020. Disponible en: <https://bit.ly/331E3c2>

**Tabla 2.** Distribución de casos de COVID-19 en pueblos indígenas asistidos por SasiSUS, por DSEI, hasta semana epidemiológica (SE) 30 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>9708</b>	<b>150</b>	<b>2.552,0</b>	<b>39,4</b>	<b>1,5</b>
Altamira	235	0	5265,5	0,0	0,0
Alto Rio Juruá	389	7	2138,3	38,5	1,8
Alto Rio Negro	624	12	2169,2	41,7	1,9
Alto Rio Purus	231	5	1819,2	39,4	2,2
Alto Rio Solimões	1036	29	1457,8	40,8	2,8
Amapá e Norte do Pará	681	3	5219,2	23,0	0,4
Guamá-Tocantins	904	17	5171,9	97,3	1,9
Kaiapó do Pará	887	8	14299,5	129,0	0,9
Leste de Roraima	1392	22	2620,8	41,4	1,6
Manaus	342	10	1086,5	31,8	2,9
Médio Rio Purus	110	1	1409,7	12,8	0,9
Médio Rio Solimões e Afluentes	205	8	908,9	35,5	3,9
Parintins	67	4	403,1	24,1	6,0
Porto Velho	281	4	2618,1	37,3	1,4
Rio Tapajós	1177	11	8828,4	82,5	0,9
Tocantins	350	4	2773,8	31,7	1,1
Vale do Javari	326	1	5168,0	15,9	0,3
Vilhena	153	1	2594,1	17,0	0,7
Yanomami	318	3	1134,2	10,7	0,9
<b>Región Centro-Oeste</b>	<b>1266</b>	<b>59</b>	<b>995,3</b>	<b>46,4</b>	<b>4,7</b>
Araguaia	60	1	1024,8	17,1	1,7
Cuiabá	345	9	4664,1	121,7	2,6
Kaiapó do Mato Grosso	36	1	721,6	20,0	2,8
Mato Grosso do Sul	405	10	514,7	12,7	2,5
Xavante	318	31	1433,2	139,7	9,7
Xingu	102	7	1263,6	86,7	6,9
<b>Región Nordeste</b>	<b>2261</b>	<b>38</b>	<b>1375,5</b>	<b>23,1</b>	<b>1,7</b>
Alagoas e Sergipe	134	2	1073,5	16,0	1,5
Bahia	98	2	296,5	6,1	2,0
Ceará	406	5	1505,6	18,5	1,2
Maranhão	1243	21	3286,7	55,5	1,7
Pernambuco	151	7	388,7	18,0	4,6
Potiguara	229	1	1505,7	6,6	0,4
<b>Región Sur y Sudeste</b>	<b>829</b>	<b>12</b>	<b>987,9</b>	<b>14,3</b>	<b>1,4</b>
Interior Sul	551	11	1317,1	26,3	2,0
Litoral Sul	203	1	810,3	4,0	0,5
Minas Gerais y Espírito Santo	75	0	440,3	0,0	0,0
<b>Total</b>	<b>14064</b>	<b>259</b>	<b>1860,6</b>	<b>34,3</b>	<b>1,8</b>
Tasa de incidencia	≥1000				
	501-999				
	≤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 Secretaría 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>11</sup> en el país y hasta el 31 de julio de 2020, fueron notificados 404 casos confirmados, incluidas 6 defunciones en población indígena. Los casos se distribuyeron en las regiones de *Alberta* (152 casos), *Saskatchewan* (90 casos), *Ontario* (63 casos), *British Columbia* (64 casos) y *Quebec* (35 casos)<sup>12</sup>.

En **Colombia**, desde la confirmación del primer caso de COVID-19<sup>13</sup> en el país y hasta el 30 de julio de 2020, fueron confirmados 4.266 casos en población con pertenencia étnica indígena, lo cual representa un 1,49 % del total de casos nacionales, con una tasa de incidencia cruda de 223,9 casos por 100 mil personas con pertenencia étnica indígena. Por otra parte, se han presentado 151 defunciones y 2.435 personas recuperadas.

Entre los pueblos indígenas de Colombia (para los cuales se cuenta con información), los que presentan tasas de incidencia mayores a 1.000 por 100.000 habitantes, en orden decreciente son los pueblos Tikuna (2.420,2 por 100.000 habitantes), Muisca (1.384,2 por 100.000 habitantes), Andoque (1.341,5 por 100.000 habitantes) y Mokana (1.032,4 por 100.000 habitantes), entre los cuales el pueblo Andoque tiene una población inferior a 1.000 habitantes (**Tabla 3**).

**Tabla 3.** Número de casos de COVID-19 y tasas de incidencia en pueblos indígenas de Colombia, 6 de marzo al 30 de julio de 2020.

---

<sup>11</sup> 25 de enero de 2020

<sup>12</sup> Gobierno de Canadá. Coronavirus (COVID-19) y comunidades indígenas, Disponible en: <https://bit.ly/3efm1VI>, accedido el 3 de agosto 2020.

<sup>13</sup> 6 de marzo 2020

Pueblo indígena	# Casos	Población indígena	Tasa cruda de incidencia por 100.000 hab.	Pueblo indígena	# Casos	Población indígena	Tasa cruda de incidencia por 100.000 hab.
Andoque	11	820	1341.5	Tikuna	335	13,842	2420.2
Cocama	28	3,221	869.3	Muisca	156	11,265	1384.8
Bora	8	1,047	764.1	Mokana	383	37,099	1032.4
Tariano	1	210	476.2	Pijao	330	51,635	639.1
Piratapuyo	4	1,106	361.7	Murui (uitoto)	67	12,029	557.0
Dujos (Tamas)	2	611	327.3	Quillacinga	39	7,333	531.8
Yagua	3	984	304.9	Inga	92	19,561	470.3
Polindara	7	2,499	280.1	Kankuamo	56	16,986	329.7
Kofán	4	1,816	220.3	Zenú	860	307,091	280.0
Ambaló	7	3,278	213.5	Pasto	437	163,873	266.7
Kizgó	7	3,974	176.1	Misak (Guambiano)	51	21,713	234.9
Desano	6	3,641	164.8	Embera	109	56,504	192.9
Matapí	1	618	161.8	Embera Katío	72	48,117	149.6
Tucano	5	4,075	122.7	Wounaan (Waunana)	21	14,825	141.7
Tanimuca	1	991	100.9	Yanacona	42	34,897	120.4
Muinane	2	2,113	94.7	Nasa (Paéz)	271	245,176	111.4
Siona	2	2,599	77.0	Embera Chamí	68	77,714	87.5
Guayabero	2	2,960	67.6	Awá	37	44,516	83.1
Yukuna	1	1,582	63.2	Puinave	4	8,984	44.5
Kichwa	2	3,688	54.2	Totoró	3	8,916	33.6
Coreguaje	1	3,257	30.7	Wayuu	117	380,460	30.8
Sáliva	1	4,783	20.9	Piapoco	4	14,661	27.3
				Sikuani (Guahibo)	10	52,361	19.1
				U'wa	2	10,649	18.8
				Curripaco	2	11,946	16.7
				Kamëntsa	1	7,521	13.3
				Wiwa	2	18,202	11.0

**Fuente:** Datos provistos por el Centro Nacional de Enlace para Reglamento Sanitario Internacional de Colombia y reproducidos por la OPS/OMS.

En **Ecuador**, desde la confirmación del primer caso de COVID-19<sup>14</sup> y hasta el 20 de julio de 2020, fueron confirmados 1.453 casos, incluidas 27 defunciones (1,9%) en pueblos indígenas de la Amazonía ecuatoriana.

De manera similar a lo observado en otros países de las Américas, los pueblos indígenas que actualmente cuentan con una población total menor a 5.000 habitantes son los que presentan las mayores tasas de incidencia, siendo los pueblos Waorani y Secoya, en el caso de la Amazonía ecuatoriana los que presentan las mayores tasas de incidencia (**Tabla 4**).

**Tabla 4.** Número de casos confirmados de COVID-19 y tasas de incidencia en pueblos indígenas de la Amazonia ecuatoriana, 28 de febrero al 20 de julio de 2020.

Pueblo indígena	# Casos	Población indígena	Tasa cruda de incidencia por 100.000 hab.
Waorani	282	2,416	11672.2
Secoya	19	689	2757.6
Siona	5	611	818.3
Shuar	426	79,709	534.4
Shiwiar	4	1,198	333.9
Kichwa	698	328,149	212.7
Cofan	3	1,485	202.0
Achuar	15	7,865	190.7
Zapara	1	559	178.9

<sup>14</sup> 28 de febrero de 2020

**Fuente:** Datos provistos por el Centro Nacional de Enlace para el Reglamento Sanitario de Ecuador. Cálculo de tasas de incidencia realizados por la OPS/OMS utilizando los datos de población publicados por Censo de población y vivienda 2010<sup>15</sup>

En los **Estados Unidos de América**, desde la confirmación del primer caso de COVID-19 en el país<sup>16</sup> y hasta el 1 de agosto de 2020, fueron confirmados 32.525 casos, en 12 áreas de servicios de salud indígena (IHS, por sus siglas en inglés). Los dos IHS que agrupan el 57% de los casos positivos son: Navajo, (10.559 casos) y Phoenix (7.872 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 26 de julio de 2020, fueron confirmados 5.413 casos en población que se reconoce como indígena, incluidas 766 defunciones (14,2%).

El 61% de los casos fueron notificadas en las siguientes Entidades Federativas: Yucatán (949 casos), Oaxaca (526 casos), México (456 casos), San Luis Potosí (419 casos), la Ciudad de México (392 casos), Hidalgo (285) y Tabasco (285 casos). Mientras que 62% de las defunciones han sido registradas en las siguientes Entidades Federativas: Yucatán (125 defunciones), Oaxaca (98 defunciones), México (81 defunciones), Puebla (59 defunciones), la Ciudad de México (57 defunciones) y Quintana Roo (56 defunciones).

Con relación a las características de los casos, 58% son hombres y la mediana de edad es 48 años; mientras que, entre las personas fallecidas, la mediana de edad fue 63 años y el 65% eran hombres<sup>19</sup>.

En **Perú**, desde la confirmación del primer caso de COVID-19 en el país<sup>20</sup> y hasta el 28 de julio de 2020, fueron confirmados 10.773 casos en pueblos indígenas amazónicos, incluidas 56 defunciones confirmadas y 35 sospechosas se encuentran en investigación.

En la Región de Loreto, hasta el 29 de julio, fueron notificados 4.452 casos confirmados, incluidas 23 defunciones pueblos indígenas amazónicos.

En la Amazonia peruana, también viven pueblos indígenas con población inferior a 5.000 habitantes, de los cuales destacan los pueblos, Resigaró, Orejón (Maijuna), Yagua y Bora, por presentar tasas de incidencia superiores a 1.000 casos por 100.000 habitantes (**Tabla 5**).

**Tabla 5.** Número de casos confirmados de COVID-19 y tasas crudas de incidencia en pueblos indígenas de la Región de Loreto. Perú, 5 de marzo al 29 de julio de 2020.

---

<sup>15</sup> Censo de población y vivienda 2010. Disponible en: <https://bit.ly/312bXeh>

<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/>. Accedido el 3 de agosto.

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

<sup>19</sup> Secretaría de Salud de México. COVID-19 en México: Panorama en población que se reconoce como indígena. Disponible en <https://bit.ly/3i6miAK> y accedido el 3 de agosto de 2020.

<sup>20</sup> 5 de marzo de 2020

Pueblo indígena	# Casos	Población indígena	Tasa cruda de incidencia por 100.000 hab.
Resigaró	3	7	42857.1
Orejon (Mai Huna, Maijuna)	42	278	15107.9
Bora (Miamuna)	146	1,112	13129.5
Mayoruna (Matse)	146	1,960	7449.0
Huitoto (incluye Murui, Meneca, Munaine)	133	1,996	6663.3
Achuar, Achual	857	17,214	4978.5
Urarina (Itukale, Shimaco, Kacha)	191	7,863	2429.1
Yagua (Yawa, Nihamwo)	242	12,151	1991.6
Quichua- Quichua Runa, Kichwa*	1,553	91,530	1696.7
Secoya (Aido Pia)	15	1,191	1259.4
Ticuna (Duuxugu)	109	10,665	1022.0
Wampis (Huambisa)	16	1,949	820.9
Candoshi - Murato	44	5,527	796.1
Cocama Cocamilla	270	48,210	560.0
Shapra	3	620	483.9
Shawi (Chayahuita, Kanpunan, Kampu Piyaw)	151	39,319	384.0
Jebero (Shiwilu, Sewelo)	10	2,771	360.9
Amahuaca	1	285	350.9
Awajun (Aguaruna, Aents)	59	34,277	172.1
Toyoeri	1	664	150.6
Shipibo - Conibo - Shetebo	17	34,277	49.6
Ocaina (Ivo 'Tsa)	1	5,602	17.9

\* Incluye las denominaciones Inga, Lamas y Santarrosinos.

**Fuente:** Datos provistos por el Centro Nacional de Enlace para Reglamento Sanitario Internacional de Perú y reproducidos por la OPS/OMS.

En **Venezuela**, desde la confirmación de los primeros casos de COVID-19 en el país<sup>21</sup> y hasta el 2 de agosto de 2020, fueron confirmados 179 casos en población indígena, incluidas tres defunciones. El 68,5% de los casos fueron notificados en el estado *Bolívar* (123 casos) y el resto de los casos fueron notificados en los estados *Zulia* (43 casos, 2 defunciones) *Amazonas* (12 casos) y *Delta Amacuro* (1 caso fatal). La etnia indígena que presenta la mayoría de los casos y defunciones es la Pemón, seguida por la Wayú.

## Orientaciones para las autoridades nacionales

La Organización Panamericana de la Salud / Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS) reitera las recomendaciones realizadas en la Alerta Epidemiológica del 15 de julio de 2020 para que los Estados Miembros aborden los riesgos y vulnerabilidades específicas que enfrentan las poblaciones indígenas en el contexto de la pandemia por COVID-19; aseguren 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 presentan 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.

### Vigilancia

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

<sup>21</sup> 13 de marzo de 2020

- 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>22</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.

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**

---

<sup>22</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>

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>23</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.

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.

---

<sup>23</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/3emGKaq>

## 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

Coordinadora Nacional de defensa de Territorios Indígenas Originarios Campesinos y Áreas Protegidas (CONTIOCAP). Disponible en: <https://bit.ly/39BTuJc>

Secretaría Especial de Salud Indígena / Ministerio de Salud de Brasil. Disponible en: [www.saudeindigena.saude.gov.br](http://www.saudeindigena.saude.gov.br)

Informe del Centro Nacional de Enlace (CNE) para Reglamento Sanitario Internacional (RSI) de **Colombia**, recibido por la OPS/OMS por correo electrónico.

Gobierno de **Canadá**. Coronavirus (COVID-19) y comunidades indígenas, Disponible en: <https://bit.ly/3efm1VI>

**Estados Unidos de América**. Departamento de Salud y de Servicios Humanos. Servicio de Salud Indígena. Disponible en <https://www.ihs.gov/coronavirus/>

Informe del Centro Nacional de Enlace (CNE) para Reglamento Sanitario Internacional (RSI) de **Ecuador**, recibido por la OPS/OMS por correo electrónico.

Informe del Centro Nacional de Enlace (CNE) para Reglamento Sanitario Internacional (RSI) de **México**, recibido por la OPS/OMS por correo electrónico.

Informe del Centro Nacional de Enlace (CNE) para Reglamento Sanitario Internacional (RSI) de **Perú**, recibido por la OPS/OMS por correo electrónico.

Informe del Centro Nacional de Enlace (CNE) para Reglamento Sanitario Internacional (RSI) de **Venezuela**, recibido por la OPS/OMS por correo electrónico.

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>

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>

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>

OPS/OMS. Definiciones de casos para la vigilancia COVID-19 - 10 de mayo de 2020. Disponible en: <https://bit.ly/32qtCka>