

COVID-19 en la Amazonía colombiana y su afectación a las poblaciones indígenas: fortalecer y articular los sistemas de salud locales es un imperativo¹

COVID-19 in the Colombian Amazon and its impact on indigenous populations: strengthening and articulating local health systems is imperative

Pablo José Montoya Chica

Director de Sinergias Alianzas Estratégicas para la Salud y el Desarrollo Social
Profesor clínico asociado, Departamento de Salud Global, Universidad de Washington
pmontoya@sinergiasong.org

Resumen: En un contexto marcado por las inequidades, el impacto negativo de la COVID-19 en la Amazonía colombiana elevó el riesgo de extinción física y cultural de algunos pueblos indígenas. El sistema de salud propio indígena ha sido fundamental para su bienestar y para enfrentar la pandemia. Estos pueblos demandan que su sistema sea reconocido, se complemente con el sistema de salud nacional, y se construyan procesos interculturales que respondan a sus necesidades. La interculturalidad requiere inversión en gestión de conocimiento, talento humano, plataformas institucionales que acojan las adecuaciones y sostenibilidad; aunque el enfoque diferencial hace parte de las políticas nacionales desde hace décadas, su implementación es limitada. Además de fortalecer y articular los sistemas de salud, es indispensable generar respuestas intersectoriales para incidir en los factores que afectan la salud para mejorar el bienestar y los resultados en salud de estas poblaciones.

Palabras clave: Amazonía colombiana, COVID-19, pueblos indígenas, interculturalidad, sistema de salud propio, enfoque diferencial.

Abstract: In a context marked by inequities, the negative impact of COVID-19 in the Colombian Amazon raised the risk of physical and cultural extinction of some indigenous peoples. The indigenous health system has been essential for their well-being and for facing the pandemic; however, the lack of recognition and support from the governmental institutions has been a barrier to implement an intercultural health system that can protect and ensure their survival. Although the differential approach has been part of national policies for decades, its implementation is limited. These peoples demand their system to be recognized, complemented by the national health system, and intercultural processes that respond to their needs. Interculturality requires investment in knowledge management, human talent, institutional platforms that accommodate adaptations and sustainability. In addition, it is essential to generate intersectoral responses to influence the factors that affect health in order to improve the well-being and health outcomes of these populations.

Keywords: Colombian Amazon, COVID-19, indigenous peoples, interculturality, indigenous health system, differential approach.

¹Agradecimientos a Sinergias Alianzas Estratégicas para la Salud y el Desarrollo Social, Universidad Nacional de Colombia Sede Amazonía, Amazon Conservation Team, emisora Fantástica, Organización de los Pueblos Indígenas de la Amazonía Colombiana (OPIAC) y a todas las personas y organizaciones que hicieron parte del pódcast *El canto del tucán*, tanto quienes contribuyeron con sus voces, como quienes estuvieron al frente de su creación y producción. Especial reconocimiento a Ana Blanco, Dany Mahecha, Carlos Franky, María José Montoya, Emilia Cárdenas, Marta Dallos, Eliana Parra, María Camila Rodríguez, Pablo Martínez, María Fernanda y Valentina Riveros, Tania Martínez, Adriana Porras, Patricia Palomar y Crispín Angarita.

1. Introducción

Todo el planeta ha sido sacudido por los efectos del virus SARS-CoV-2, causante de la pandemia de COVID-19, que por algo más de dos años ha afectado y transformado nuestras vidas, si no de manera permanente, al menos transitoriamente. Dada la magnitud del problema, el impacto en la economía y la afectación de personas de todas las condiciones sociales, incluso en los países más ricos, el empeño global por entender la enfermedad, prevenirla y tratarla no ha tenido igual en la historia. Los desarrollos científicos han sido vertiginosos y sorprendentes. La cantidad de información y desinformación circulante ha sido abrumadora.

Para mediados de marzo de 2022, de acuerdo con los reportes oficiales de más de 237 países y territorios, la Organización Mundial de la Salud (OMS) consolidaba un acumulado de cerca de 500 millones de personas que habían enfermado de COVID-19, incluyendo más de seis millones de personas fallecidas por esta causa. Adicionalmente, se reportaba la aplicación de más de 11 000 millones de dosis de vacunas contra este virus (OMS, 2022).

Aunque el virus llegó a todos los confines de la Tierra, las consecuencias de la pandemia y las respuestas a la misma no han sido iguales en todas partes. Esta coyuntura epidemiológica ha puesto en evidencia de una forma clara y desafortunada las grandes inequidades existentes entre continentes, países, regiones y poblaciones y sus efectos sobre la vida y la muerte de las personas (Souza et al., 2020; Russo y Bastos, 2020; Cifuentes et al., 2021; Singer y Rylko-Bauer, 2021; Sinergias, 2022).

Paradójicamente, aunque la definición de pandemia implica la afectación de muchos países y continentes, el mundo globalizado ha respondido a este flagelo con posiciones proteccionistas de los Estados (Sierra, 2020), enmascaradas en discursos que apelan a la solidaridad. Esta situación se ha agudizado en momentos clave: la competencia por elementos de protección personal, respiradores artificiales, vacunas, entre otras prácticas que se replicaron al interior de los países (Matta *et alii*, 2021). La respuesta al virus se ha presentado frecuentemente como una elección entre salvar vidas o proteger el crecimiento económico, un contrasentido que lleva a preguntarse, entre otras, si ¿es viable la economía sin salud?, ¿cuál es el fundamento de la economía y para qué nos sirve sin salud?, ¿salvar las vidas de quién y proteger los intereses económicos de quién? (Becker, 2020).

Aunque aún se especula sobre el origen del SARS-CoV-2, se acepta que proviene de murciélagos, por lo que la naturaleza de la pandemia es zoonótica. Sin embargo, los resultados desiguales en la incidencia (número de infecciones por habitante en un periodo determinado) y la mortalidad de esta pandemia son la consecuencia de sindemias (sinergia de epidemias), de la violencia estructural (condiciones injustas e inequitativas en riqueza, poder y acceso a servicios generadas por las estructuras sociales representadas en leyes, políticas e instituciones) y de la violencia infraestructural (daño recurrente generado por estructuras sociales inequitativas; las comunidades más pobres tienen menos acceso a agua potable, servicios de salud, educación, etc.), problemáticas con efectos acumulativos. A todo esto, o como otro resultado, se suma la desfinanciación progresiva de la salud pública en muchos contextos, con las consecuencias que conocemos (Singer y Rylko-Bauer, 2021).

Singer y Rylko destacan tres intersecciones críticas para comprender esta pandemia: 1) interacciones sinérgicas entre enfermedades y otras condiciones de salud que aumentan la carga general de enfermedad más allá de lo que resulta de la mera comorbilidad; 2) interacciones entre especies que conducen a enfermedades zoonóticas infecciosas emergentes, más frecuentes en lugares con mayor degradación ambiental (Vittor *et alii*, 2021); y 3) interacciones salud-sociedad que respaldan la agrupación de múltiples enfermedades y riesgos en poblaciones vulnerables, al tiempo que disminuyen la capacidad de las poblaciones afectadas para enfrentar los desafíos de salud (Singer y Rylko-Bauer, 2021).

Para los pueblos indígenas de la región Amazónica la COVID-19, si bien es causada por un patógeno que «viene de afuera», es consecuencia del desequilibrio generado por la degradación del entorno y de la sobreexplotación de los recursos naturales —muchos transformados mediante procesos onerosos

ambientalmente que luego se convierten en toneladas de basura y contaminantes—, lo que ha llevado, entre otras, a modificaciones del clima, extinción de especies y ecosistemas y a diversas enfermedades y carencias fundamentales en gran parte de la población (Fabiano y Arahuata, 2021; Ojo público, 2021; Proyecto Esperanza, 2021; Singer y Rylko-Bauer, 2021). Mientras que para el «mundo moderno» es relativamente nueva esta manera de comprender la pandemia, como parte de las relaciones complejas entre diversas realidades sociales y ecológicas, esta visión hace parte de la cosmovisión indígena como principio fundamental. Los siguientes testimonios de líderes del departamento de Amazonas ilustran esta visión²:

Para nosotros se dice *duiko*, lo que en Occidente llaman pandemia [...] se crea cuando hay desequilibrio, cuando hay abuso del humano hacia la naturaleza. Desde ese punto los mayores dicen que las enfermedades las producen los animales, el medio ambiente y todo lo que contiene la madre Tierra. Entonces la unión de esas fuerzas se vuelve negativa y ellos actúan para aconsejarnos, para decirnos que estamos haciendo mal sobre ellos, que estamos haciendo un abuso (Líder Bora, río Igará-Paraná. Sinergias; Universidad Nacional de Colombia, 2020).

Creo que más que todo esta es una enfermedad de contagio por el mismo hombre [...] por la contaminación del mundo [...] Más que todo el castigo viene ahorita de la misma naturaleza. Porque es que se está destruyendo la madera, la mina, el petróleo [...] quieren desangrar a la madre Tierra. (Líder Murui, río Putumayo. Sinergias; Universidad Nacional de Colombia, 2020).

Este artículo se nutre de 1) diálogos con personas clave y visitas al territorio, 2) análisis de datos de fuentes oficiales, 3) entrevistas realizadas a líderes y lideresas de diferentes lugares de la Amazonía para *El canto del tucán*, estrategia que desarrollamos entre Sinergias Alianzas Estratégicas para la Salud y el Desarrollo Social —organización no gubernamental colombiana sin ánimo de lucro—, la Universidad Nacional de Colombia, organizaciones indígenas de la región y otros aliados, para coconstruir y difundir información adecuada culturalmente, fortalecer capacidades locales e impulsar procesos de prevención, atención y vigilancia epidemiológica en comunidades indígenas de la Amazonía colombiana (Blanco *et alii*, 2020; Sinergias y Universidad Nacional de Colombia, 2020; Sinergias, 2021), y 4) revisión de fuentes bibliográficas.

Este documento se deriva de una presentación realizada en diciembre de 2021 en las Jornadas sobre Los Pueblos Indígenas de la Amazonía frente a la COVID-19: Vulnerabilidad y Resiliencia, organizadas por la Asociación para el Estudio de la Ecología Humana y el Museo de América. El texto tiene los siguientes objetivos: 1) Mostrar aspectos relevantes del contexto actual de la región Amazónica colombiana y su población; 2) Presentar diferentes visiones de salud presentes en el territorio y aportar información para entender la situación de salud de sus habitantes, resaltando las inequidades que enfrentan con respecto al resto de Colombia; 3) Evidenciar lo ocurrido con la pandemia de COVID-19 en la Amazonía colombiana, especialmente en las comunidades indígenas, y aportar diferentes visiones y respuestas frente a la misma surgidas de las poblaciones de estos territorios; y 4) Hacer un llamado a reconocer los sistemas de conocimiento tradicionales, apoyar su fortalecimiento y generar procesos de articulación respetuosos entre los sistemas de salud indígenas y el nacional que lleven a un modelo de salud intercultural.

2. La Amazonía colombiana

La conformación geográfica y las dinámicas sociales, culturales y económicas de la Amazonía, que tienen la intrincada red hidrográfica como eje, obligan a concebir la región Panamazónica como un gran complejo territorial. Esta región tiene más de 7000000 de km² y está compuesta por la porción de la cuenca amazónica de nueve países: Bolivia, Brasil, Colombia, Ecuador, Guyana, Perú, Surinam, Venezuela y Guyana Francesa —este último una colonia francesa— (Figura 1) (Zárate y Motta, 2020). Los límites político-administrativos que hay entre estos países, marcados por ríos generalmente, no coinciden con los territorios ancestrales ni con ninguna frontera funcional, por lo que en la cotidianeidad estas no interfieren con las actividades ni con la movilidad de la gente (Zárate y Motta, 2020).

²Para dar fluidez al texto, cada vez que se cite una voz local se entenderá que la información proviene de *El canto del tucán*, podcast con entrevistas a líderes y lideresas de diferentes lugares de la Amazonía, realizadas el tercer trimestre de 2020 (Sinergias; Universidad Nacional de Colombia, 2020) o el primero de 2021 (Sinergias, 2021), a no ser que se referencie otra fuente.

La región Amazónica de Colombia, una de las más biodiversas del planeta, corresponde al 42,4 % de la superficie nacional (483 163 km²). Comprende los departamentos de Caquetá, Putumayo, Amazonas, Vaupés, Guainía y Guaviare y parte de los departamentos de Meta, Vichada, Cauca y Nariño (Figura 1, arriba) (Instituto Sinchi, 2022). El ordenamiento territorial en esta zona es complejo, hay múltiples figuras político-administrativas sobrepuestas: departamentos, municipios, áreas no municipalizadas (ANM), resguardos, asociaciones de autoridades tradicionales indígenas, consejos

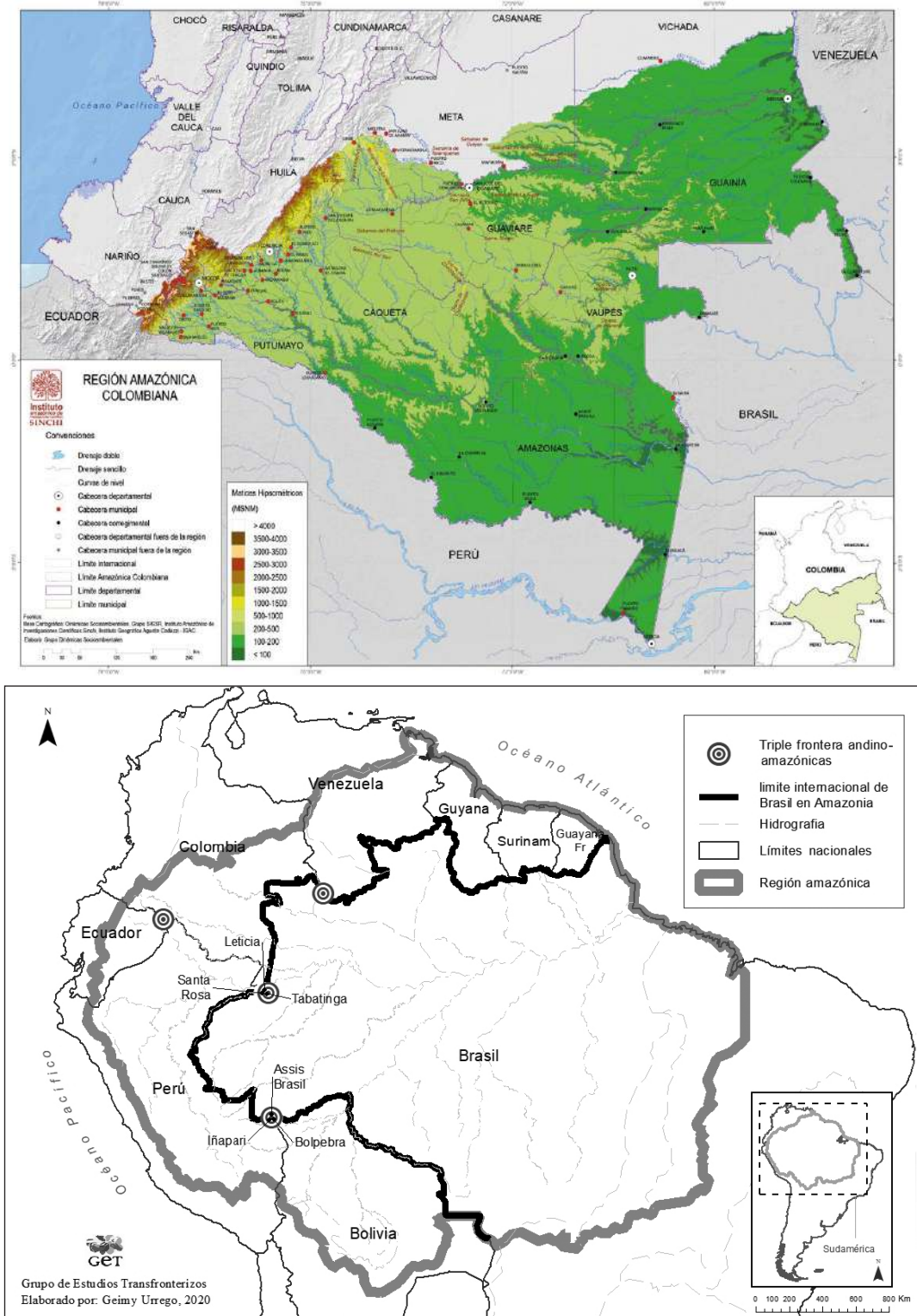


Figura 1. Mapa de la región Amazónica de Colombia —arriba— (tomado de Instituto Sinchi, 2022) y mapa de las fronteras Amazónicas —abajo— (tomado de Zárate y Motta, 2020).

comunitarios, parques naturales nacionales, etc.; algunas con visiones e intereses confrontados. Este territorio tiene miles de kilómetros de frontera con Venezuela, Brasil, Perú y Ecuador. El piedemonte amazónico, la porción occidental que colinda con la región Andina, tiene importantes relaciones con poblaciones del interior del país a las cuales está ligada por vía terrestre. La porción norte limita con las llanuras de la Orinoquía y el área restante hace parte de la planicie amazónica, territorios interconectados en mayor parte por vía fluvial y de manera restringida por vía aérea (Figura 2).

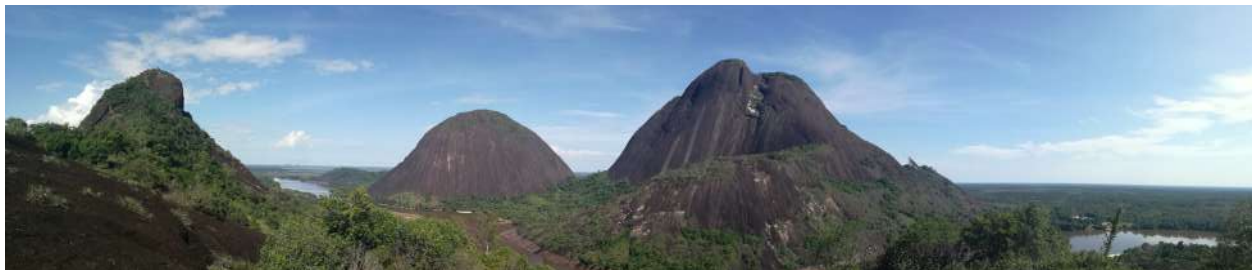


Figura 2. Cerros de Mavicure y Río Inírida, domos graníticas en el departamento de Guainía. Sitio sagrado para los pueblos indígenas. Fotografía: Pablo Montoya.

La disponibilidad y acceso a servicios básicos es limitada, especialmente por fuera de los cascos urbanos, y la calidad de los que hay suele ser deficiente. La infraestructura existente es supremamente reducida en todos los campos, el transporte, las comunicaciones, los servicios de agua y alcantarillado, educación, salud, justicia, etc. El Estado está «ausente» en la mayor parte de la geografía regional (Serje, 2012; Garnelo *et alii*, 2020; Zárate y Motta, 2020; Goveia, 2021).

La Amazonía enfrenta múltiples presiones ambientales y sociales de actores estatales y no estatales, nacionales y supranacionales, en especial mas no exclusivamente en zonas de frontera y en los límites con las otras regiones geográficas de Colombia. La deforestación y contaminación por actividades como la minería legal e ilegal, la tala de árboles, los cultivos ilícitos, la apropiación ilegal de tierras, la agricultura y ganadería extensiva y el mantenimiento de corredores por parte de actores armados, entre otros, generan múltiples afectaciones y ponen en riesgo la pervivencia social y cultural de sus habitantes (Serje, 2012; Becker, 2020; Zárate y Motta, 2020; Herrera *et alii*, 2021).

3. ¿Quiénes habitan esta región?

La Amazonía colombiana está habitada por cerca de 1 150 000 personas, que corresponden a aproximadamente 2,2 % de la población nacional. De estos, el 55 % vive en las cabeceras municipales y el 45 % restante en centros poblados y zonas rurales dispersas (Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE), 2022). La diversidad étnica es muy alta, se encuentran representantes de 62 grupos indígenas —cada uno con su propia cosmovisión, hablantes de 54 idiomas diferentes y varios de ellos en riesgo de extinción física y cultural—, y población mestiza que ha llegado al territorio en diferentes ondas migratorias promovidas por gobiernos en diferentes momentos de la historia (Zárate y Motta, 2020; Herrera *et alii*, 2021).

Aunque pueda suponer una sorpresa, los pueblos indígenas también son minoría en estos territorios. Solo hay dos departamentos, Guainía y Vaupés, donde la población indígena supera a la no indígena. Los pueblos originarios corresponden a cerca de 170 000 personas, el 14 % de la población de la región. Muchos de estos pueblos viven en uno de los 212 Resguardos Indígenas —propiedad colectiva inenajenable e inembargable—, en más de 1 000 comunidades rurales dispersas que hay en el territorio. Sin embargo, la migración de la población rural, propiciada por la falta de acceso a servicios básicos y por presiones de diversa índole, es cada vez más frecuente, por lo que la población indígena ha aumentado progresivamente en las seis capitales y los cerca de 50 cascos urbanos del territorio (Zárate y Motta, 2020; Herrera; Escobar *et alii*, 2021; Instituto Sinchi, 2022).

4. Situación de salud de la Amazonía colombiana

Históricamente esta región ha estado marginalizada y, dadas la dispersión poblacional y las dificultades de acceso a servicios de salud, los indicadores básicos de salud, especialmente los relacionados con la mortalidad prevenible, han mostrado mayor afectación en estas entidades territoriales que en la mayoría de las restantes del país. Para destacar, la proporción de población con necesidades básicas insatisfechas de los departamentos amazónicos supera hasta en 4,9 veces el promedio nacional (Vaupés); la mortalidad en menores de cinco años hasta en 4,2 veces (Guainía), pero si es específicamente para enfermedad diarreica aguda la diferencia puede aumentar hasta en 16,4 veces (Vaupés); la mortalidad por tuberculosis la duplica en varios de ellos (Caquetá, Guainía y Vaupés), la mortalidad materna hasta en 4 veces (Guainía) y la mortalidad por suicidio hasta 6,6 veces (Vaupés). En contraste, la cobertura de afiliación al sistema de salud es hasta 0,7 veces inferior al promedio nacional (Guaviare y Vaupés) —la cobertura de afiliación a salud es, en promedio, superior al 96 % en Colombia—, el número de camas de UCI por 100 000 habitantes, así como la densidad de médicos por 10 000 habitantes son inferiores a 0,5 respecto a la media colombiana y las coberturas de vacunación están muy por debajo de las cifras nacionales en la mayoría de estos departamentos (MinSalud, 2019 y 2022a; Así Vamos en Salud, 2022; Sinergias, 2022).

Según datos de la última Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (2015), las regiones de la Orinoquía y Amazonía son las que tienen mayor prevalencia de retraso en crecimiento en menores de cinco años, así como población con sobrepeso y obesidad (MinSalud *et alii*, 2015). Además, la Amazonía es una de las regiones con mayor prevalencia de anemia y de doble carga nutricional entendida como la confluencia de retraso de crecimiento y exceso de peso a nivel individual, familiar y poblacional (Fonseca *et alii*, 2014). Todas estas diferencias son prepanémicas, y reflejan décadas de inequidades, de desatención, de falta de acceso a los servicios fundamentales y, en consecuencia, de resultados en salud intolerables.

Pero detrás de estas estadísticas hay diferentes realidades. En el territorio confluyen múltiples sistemas de salud y visiones sobre el tema. Tradicionalmente los grupos indígenas de la Amazonía lograron manejar su ambiente, su estructura social y sus principales problemas de salud gracias al conocimiento tradicional que manejaban y manejan los chamanes y las personas mayores especialmente, al respeto que se tenía por sus figuras y al concepto que se tenía de dicho conocimiento. La red de salud tradicional es reconocida, fuerte e importante (Montoya, 2002).

Dentro de la cosmovisión de los indígenas de la región la salud es la base fundamental de la vida. La gente maneja un concepto de salud en el que el conocimiento tradicional indígena, la protección que ejerzan los curadores, el equilibrio ambiental y social, la familia y la ausencia de enfermedad hacen parte integral y son interdependientes. Para muchos, dentro del concepto también es importante la articulación entre la medicina tradicional indígena y la biomédica. Algunas enfermedades, en especial las que clasifican como enfermedades de los blancos, que llegaron a las comunidades con el proceso de colonización, no las saben manejar con su conocimiento tradicional sino con herramientas de la medicina «alopática» (también conocida como «convencional», «occidental», «científica» o «moderna»), y han sido responsables de muchas muertes en estas comunidades. Entre ellas se encuentran infecciones respiratorias y gastrointestinales, algunos parásitos intestinales, varicela, hepatitis, tuberculosis y malaria. Unas de ellas, en algunas zonas, son endémicas y de muy alta prevalencia (Montoya, 2002; Becker, 2020).

Los chamanes o payés reciben diferentes grados, enfoques y «poderes» durante su formación. El payé es el protector y administrador de los recursos naturales y representa la directriz del mantenimiento de las relaciones sociales. La mayoría de las tribus utiliza las «curaciones» o «rezos» como instrumento de preservación de la salud y mantenimiento del equilibrio ecológico, porque así fue dispuesto desde su origen. Las curaciones —y la vida en general— están enmarcadas en el calendario ecológico tradicional, elemento fundamental de la cosmovisión indígena que marca diferentes

épocas, definidas por las variaciones de los ciclos estelares, lluvias, niveles de los ríos, ciclos lunares, desplazamientos anuales de la vertical del sol, cosechas y abundancias (Montoya, 2002).

Este sistema de salud utiliza las actividades preventivas como pilar fundamental; estas se basan en la comunicación de los chamanes con «los dueños de la naturaleza», que hacen por medio de «curaciones», invocaciones, sueños y conjuros para pedir los permisos y hacer los pagos necesarios para restablecer el equilibrio energético del ecosistema y por consiguiente el bienestar colectivo e individual. Las curaciones deben realizarse en cada época del año según lo define su calendario ecológico, y en etapas clave de la vida iniciando con los controles prenatales, el nacimiento, la menarquía, la iniciación y actividades rituales (Figura 3). Para que las curaciones surtan efecto la sociedad y los individuos deben cumplir las recomendaciones de los curadores: restricciones dietarias, sexuales y el mantenimiento de relaciones armónicas con el medio ambiente, especialmente con los sitios sagrados, y con otras personas de la comunidad. Los sitios sagrados (Figura 2) se consideran reservorios genéticos o de biodiversidad (pueden ser refugios de especies de plantas y animales endémicas y en peligro de extinción en ambientes degradados; almacenes de plantas medicinales; contener parientes silvestres de especies cultivadas; ser lugares de reproducción de especies de animales, entre otras) y son marcas esenciales en las geografías chamánicas para la «curación del mundo» y en mantenimiento de las relaciones ecológicas (Reichel-Dolmatoff, 1997; Verschuuren *et alii*, 2010; Cayón y Chacon, 2014; Wright, 2018). La salud y el bienestar, resultado del consumo controlado de alimentos, constituyen elementos esenciales para el balance de la energía de los ecosistemas y componentes abióticos del sistema, como el movimiento de las estrellas o los fenómenos meteorológicos (Reichel-Dolmatoff, 1997).

Para estos grupos, algunas enfermedades tienen causas externas: 1) la venganza por parte de los animales de caza; 2) la animadversión de otra gente; y 3) la malevolencia de seres sobrenaturales. Los tratamientos de los chamanes actúan sobre las partes del ecosistema que han sido perturbadas, curan disfunciones sociales. Para evitar enfermedades, deben respetarse las restricciones mencionadas (Reichel-Dolmatoff, 1997).



Figura 3. Ceremonia tradicional de prevención y reciprocidad, grupo de oradores y danzadores. Ceima Cachivera, Mitú, Vaupés. Fotografía: Pablo Montoya.

Con el transcurso de los años una parte de la población masculina y femenina aprende algunas curaciones que utilizan para resolver casos sencillos de enfermedad y para hacer actividades de prevención. Está bastante difundido el conocimiento popular de algunas plantas medicinales, silvestres o cultivadas, con aplicaciones terapéuticas específicas. Estos dos factores son esenciales para preservar la salud (Montoya, 2002).

Las mujeres, en virtud de las funciones asignadas a cada género, son proveedoras de atención en salud y tienen la responsabilidad del cuidado y la atención de muchas de las necesidades básicas de las comunidades, especialmente en lo referente al hogar, nutrición, y cuidado y educación de niños y niñas. Ellas tienen su propia historia desde la creación del mundo; los asuntos relacionados con su sistema reproductor tienen representaciones sagradas y deben ser manejados por ellas mismas (Montoya, 2002).

La importancia de este sistema de salud es crucial, no solamente para promover y preservar la salud y los sistemas ecológicos, sino también para afianzar la identidad cultural y favorecer la autonomía de estos pueblos. La Constitución Política colombiana de 1991 contempla la creación de Entidades Territoriales Indígenas como figura del ordenamiento territorial gestionada por las autoridades indígenas de manera autónoma con base en sus usos y costumbres; sin embargo, 30 años después, su reglamentación ha sido parcial y el desconocimiento de las autoridades tradicionales es habitual. El marco legal colombiano evoca la diversidad étnica y cultural del país y las normas exigen procesos de consulta previa y concertación y la adecuación diferencial de los programas a implementar en comunidades indígenas; no obstante, su operativización enfrenta muchos obstáculos y las experiencias de adecuación son escasas. Los pueblos indígenas llevan muchos años demandando el reconocimiento de sus sistemas de salud (Urrego-Rodríguez, 2020). Gracias a las presiones del movimiento indígena, en 2014 se expidió el decreto 1953 para regular parcialmente el funcionamiento de los territorios indígenas con respecto a la administración directa de recursos públicos y del Sistema Indígena de Salud Propio e Intercultural (SISPI), entre otros sistemas (Ministerio del Interior, 2014). La construcción e implementación del SISPI también han sido procesos tortuosos y los avances son muy limitados y en pocos pueblos indígenas.

Como dice un sabedor³ Yucuna en el Amazonas, «en la tutela⁴ que metimos estamos reclamando para que los gobiernos saquen una nueva ley que permita la articulación de las dos medicinas, que reconozca la medicina tradicional» (Sinergias; Universidad Nacional de Colombia, 2020), refiriéndose a reclamos que están haciendo por vías judiciales para materializar asuntos que nuestro marco legal concentró hace años. Otro líder Bora lo pone en estos términos: «Si vamos a hablar del SISPI [...] hay mucha contradicción de la Secretaría [...] algunos nos apoyan y algunos no [...] se volvió discurso, polémica, negocio» (Sinergias; Universidad Nacional de Colombia, 2020). Opinión que complementa un líder Cocama:

La autonomía también la tenemos nosotros como pueblos [...] como comunidades indígenas y como jurisdicción [...] por un lado, es el llamado muy fuerte a que la comunidad retome, [con] sus mayores, la cuestión de lo propio [...]; frente al otro conocimiento ¿cómo nos articulamos? [...] es un ejercicio que toma su tiempo, que se viene intentando hacer desde diferentes modelos, y para eso se está hablando del SISPI [...] pero [...] se queda en el papel, en la politiquería, en la voz [...] de los que hablan por los pueblos indígenas [...] pero en el fondo [...] ¿cómo se está empoderando realmente la población frente a esos temas? (Sinergias; Universidad Nacional de Colombia, 2020).

³ Sabedor o sabedora es el término empleado para referirse a la persona que posee conocimientos tradicionales; todos los chamanes son sabedores, pero no todos los sabedores cualifican como chamanes. Generalmente son personas mayores.

⁴ En Colombia la acción de tutela es el mecanismo principal para la protección inmediata de los derechos constitucionales fundamentales, cuando estos son vulnerados o amenazados por acción u omisión.

5. COVID-19 en Colombia

Para mediados de marzo de 2022, dos años después del registro del primer caso de COVID-19 en Colombia y pasados cuatro picos epidémicos, el país reportaba más de seis millones de casos de esta enfermedad, incluidas casi 140 000 personas fallecidas (ver Figura 4). A la fecha se habían aplicado aproximadamente 80 millones de dosis de vacunas y cerca del 67 % de la población había completado su esquema de inmunización (Instituto Nacional de Salud (INS), 2022; MinSalud, 2022c). Estas cifras nos dejan como el decimosexto país con más casos y el décimo con más muertes en el mundo, así como el vigesimotercero con más muertes por habitante a nivel global; en contraste, Colombia ocupa el puesto 83 con relación a la proporción de habitantes completamente vacunados (OMS, 2022).

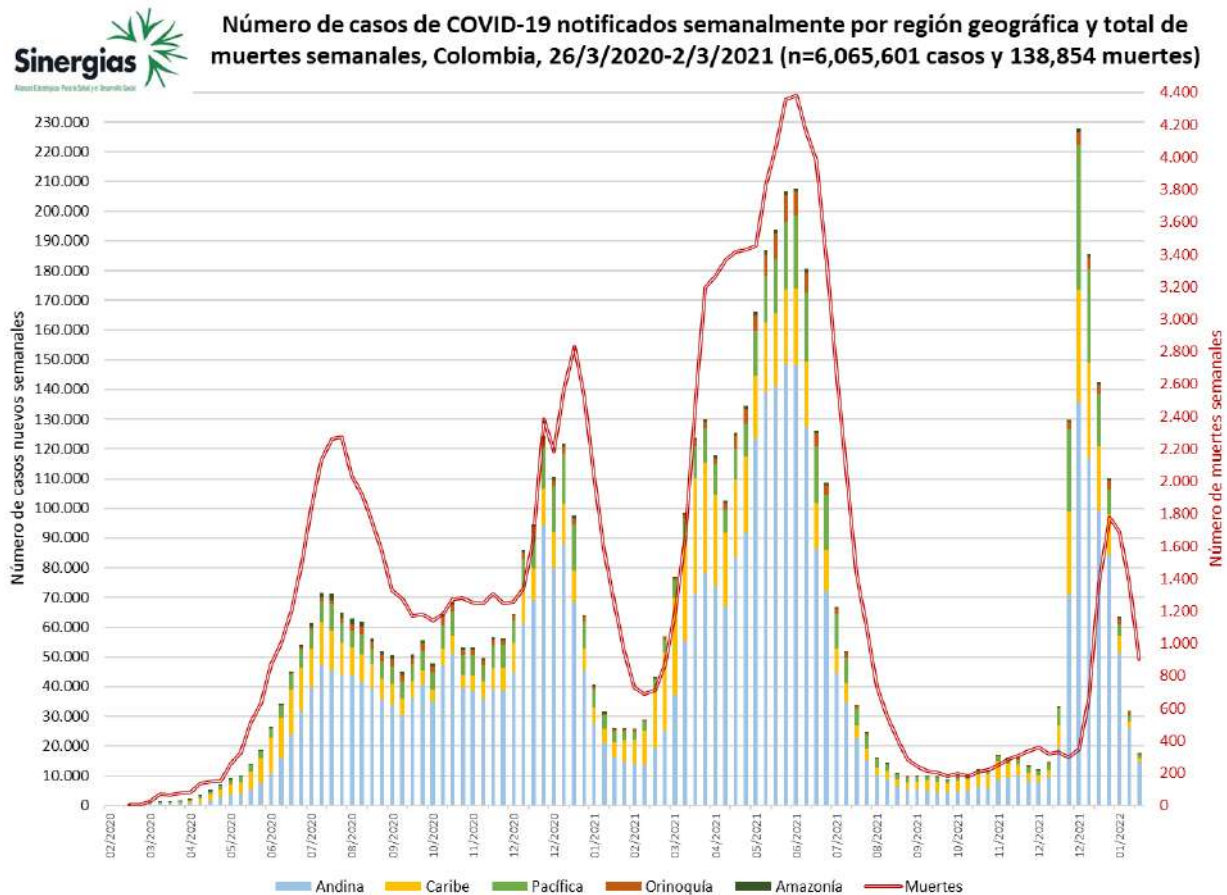


Figura 4. Número de casos de COVID-19 notificados semanalmente por región geográfica (barras, eje izquierdo) y número de muertes semanales (línea roja continua, eje derecho) entre marzo de 2020 y marzo de 2021, con un acumulado de 6 065 601 casos y 138 854 muertes. Elaboración propia con datos publicados por INS, 2022.

La pandemia ha hecho evidente el efecto de las desigualdades socioeconómicas y demográficas en la mortalidad por COVID-19 en Colombia. Las personas con casos confirmados de COVID-19 que son hombres, mayores de 60 años, indígenas, con seguro de salud subsidiado por el Gobierno y que viven en áreas clasificadas en los estratos socioeconómicos más bajos tienen un mayor riesgo de morir por COVID-19 (Cifuentes *et alii*, 2021), tal como se ha reportado en otros contextos (Becker, 2020; Souza *et alii*, 2020; Hotez, Huete y Bottazzi, 2020; Russo y Bastos, 2020; Wang y Tang, 2020; Webb *et alii*, 2020; Matta *et alii*, 2021; Singer y Rylko-Bauer, 2021; Etienne, 2022).

Las cifras presentadas son alarmantes, sin embargo, los casos reportados oficialmente tienen un subregistro que puede ser importante dado que la información se recolecta y transmite por el sistema de vigilancia epidemiológica nacional (SIVIGILA), basado en el reporte de las instituciones de salud de casos confirmados de COVID-19 mediante pruebas de laboratorio (Cifuentes *et alii*, 2021). Además, muchas personas asintomáticas —hasta cuatro de cada cinco infecciones— no

fueron diagnosticadas. En muchos contextos rurales dispersos del país el subregistro es mucho mayor dada la ausencia de servicios de salud, medios de comunicación, etc. (Sinergias, 2022). De por sí, el subregistro en situaciones socioeconómicas desfavorecidas pudo ser mayor dado que tuvieron menos acceso a pruebas diagnósticas (Souza *et alii*, 2020; Singer y Rylko-Bauer, 2021).

6. COVID-19 en la Amazonía colombiana

La PanAmazonía se convirtió en uno de los epicentros de la pandemia en Suramérica, uno de los continentes más golpeados por la COVID-19. Las curvas de contagios y muertes ascendieron vertiginosamente y sin pausa durante más de quince meses. Para noviembre de 2021 la región se aproximaba a cuatro millones de casos y superaba las 106000 muertes. Las regiones amazónicas de Brasil, Perú, Bolivia y Colombia acumulaban más del 95 % de los casos y el 97 % de las muertes de la región, con el 73,4 %, 9 %, 7,5 % y 5,2 % de los casos reportados y el 66,8 %, 13,8 %, 11 % y 5,3 % de las muertes registradas, respectivamente (Red Eclesial Panamazónica (REPAM) 2021; Sinergias, 2022).

Como en todo el mundo, la incertidumbre y el miedo fueron las reacciones iniciales de las comunidades. El desconocimiento sobre la enfermedad y el temor a contraerla dominaban el panorama. La gran velocidad de expansión del virus, la impresionante ola de contagios y la alta mortalidad, las estrictas medidas de confinamiento y control del Estado, las grandes inversiones en medidas socioeconómicas asistenciales y en el fortalecimiento de capacidades clínicas de alta complejidad del sector salud hicieron que las personas aguardaran una respuesta gubernamental oportuna y pertinente.

El virus entró a la región Amazónica colombiana por todos los flancos y la fue envolviendo como una boa. Inicialmente penetró por los grandes ejes fluviales conectados con Brasil (primero por los ríos Amazonas y Putumayo, luego Caquetá, Apaporis, Vaupés, Papurí y Tiquié), posteriormente desde la región Andina y las fronteras con Perú y Ecuador (INS, 2022; Sinergias, 2022).

En los seis departamentos de la Amazonía hay 59 municipios y ANM en zonas rurales dispersas. De acuerdo con la información publicada por el Instituto Nacional de Salud, el 7 de abril de 2020 (35 días después del primer caso registrado en Colombia) se notificó el primer caso de COVID-19 en la Amazonía, específicamente en Leticia, capital del departamento de Amazonas, en la triple frontera entre Colombia, Brasil y Perú (INS, 2022). Para entonces Manaus e Iquitos, desde donde se diseminó el virus a gran parte de la región, vivían situaciones casi apocalípticas (Albuquerque, 2020).

Entre abril y junio se confirmaron casos de COVID-19 en las capitales departamentales y en los mayores centros poblados de 18 de estas 59 entidades territoriales. En julio se reportaron casos en 15 municipios adicionales de tamaño intermedio. Entre agosto de 2020 y septiembre de 2021 se sumaron 12 municipios más pequeños y ANM. Aún hay dos entidades territoriales que a marzo de 2022 no tienen ningún caso registrado oficialmente.

Con todo, los contagios ocurrieron rápidamente en gran parte de esta geografía y desde los primeros meses de la pandemia muchas comunidades rurales dispersas reportaron personas con síntomas concordantes con la definición de caso probable y muertes asociadas; incluso en los lugares que no han confirmado casos. En ese momento el sistema de salud estaba colapsado por la situación que se vivía en las ciudades y la esperada respuesta del Estado no llegó a estos territorios. En muchos sitios los casos registrados representan una fotografía de un corto periodo, resultado de diagnósticos realizados en el momento de la visita de algún equipo de salud con un número limitado de pruebas a un territorio, o de alguien que salió del territorio buscando atención. Actualmente, 17 de las 59 entidades territoriales de estos departamentos registran menos de 100 casos —incluyendo cinco con menos de diez—, cuando varios estudios y testimonios han mostrado que una vez llega el virus a una comunidad en estos contextos la mayoría de los habitantes adquieren la infección (Souza *et alii*, 2020; Castro *et alii*, 2021). Según un líder del pueblo Ocaina del Trapecio Amazónico «vino la Secretaría de Salud a sacar un tamizaje de más o menos 50 pruebas y [...] había 45 o 41 casos» (Sinergias; Universidad Nacional de Colombia, 2020).

Las dinámicas sociales, culturales y económicas de la Amazonía; las fronteras arbitrarias; la exclusión de las poblaciones locales y de las autoridades indígenas en la construcción de la respuesta a la pandemia; el racismo y la violencia estructural; la presencia y el tránsito de actores de economías ilegales; la falta de medidas de promoción y prevención y de acceso a campañas de información y educación sobre la pandemia adecuadas a la realidad de estos territorios, así como la imposibilidad de acceder a elementos de protección personal y de limpieza y desinfección —la mayoría de comunidades rurales dispersas no tiene acceso y/o recursos para comprar tapabocas y jabón—, constituyeron el escenario ideal para la propagación irrestricta del SARS-CoV-2 en la región.

En las zonas rurales dispersas la respuesta del sistema de salud fue prácticamente inexistente. En los seis departamentos amazónicos, entre junio de 2020 y marzo de 2022, el número de camas hospitalarias, de cuidados intermedios e intensivos se incrementó en 388, 78 y 106, respectivamente, de las cuales el 61 %, el 90 % y el 94 %, en el mismo orden, se ubicaron en las capitales departamentales. Entre tanto, el 53 % de los municipios y ANM mantuvieron su capacidad hospitalaria inalterada (MinSalud, 2022a). Las personas que se contagiaron y tuvieron síntomas, sus familias y las autoridades territoriales se quedaron esperando que los servicios de salud biomédicos llegaran con una solución. Pero estos no llegaron, o llegaron demasiado tarde y con una capacidad resolutive muy limitada. Como manifestó un líder Tanimuca del Trapecio: «Fue muy tardía la atención que en su momento hizo el sistema de salud occidental acá [...] debido a la cantidad de gente fue muy duro coordinar un sistema de salud intercultural. Debido a eso es que prácticamente nos acogimos a la medicina propia» (Sinergias; Universidad Nacional de Colombia, 2020).

Algunas personas fallecieron, especialmente mayores, con comorbilidades y complicaciones subsecuentes, algunas que ni siquiera engrosan las estadísticas. Como todas, estas muertes han sido dolorosas, pero las implicaciones que tienen tantas muertes de personas mayores en las comunidades indígenas de tradición oral son muy graves, fragilizan aún más la pervivencia cultural de muchos pueblos y se llevan conocimientos irremplazables.

Este contexto histórico, potenciado por la deficiente respuesta del sistema de salud durante la pandemia, ha profundizado la desconfianza de los pueblos indígenas en las instituciones. Lo dice claramente un líder Ocaina del Amazonas:

Como población indígena siempre hemos pensado que somos los menos beneficiados por el sistema de recursos, ayudas humanitarias, salud [...] pensamos que vivimos en un abandono total por parte del Gobierno nacional. Desafortunadamente, el sistema de salud para la población indígena es el más discriminatorio [...] Le hemos perdido la fe y la credibilidad a la Secretaría de Salud al no garantizarnos los derechos que hemos exigido tanto en estos tiempos (Sinergias; Universidad Nacional de Colombia, 2020).

No obstante, paralelamente a estos desencuentros, surgieron algunas iniciativas que se construyeron con los pueblos indígenas y generaron alternativas interculturales. Destacamos tres: 1) la creación de alianzas entre la Organización de Pueblos Indígenas de la Amazonía Colombiana (OPIAC) y muchas organizaciones no gubernamentales (ONG) para generar incidencia, suplir algunas necesidades de la población y aportar insumos, equipos y elementos de protección personal a instituciones de salud locales y a comunidades indígenas; 2) el plan de contingencia contra la COVID-19 que elaboró la Secretaría de Salud Departamental de Vaupés, que desarrolló estrategias basadas en conocimientos y experiencias de los pueblos indígenas y sirvió para canalizar recursos (Secretaría de Salud Departamental de Vaupés, 2020); y 3) el curso de extensión y programa radial El canto del tucán que —en alianza con emisoras comunitarias, donaciones de radio transistores a comunidades, compartiendo pódcast, cápsulas audiovisuales informativas, cartillas y otras piezas educativas impresas y digitales—, fortaleció capacidades, difundió información clave y experiencias significativas de territorios amazónicos con perspectiva intercultural y multilingüe (Blanco *et alii*, 2020; Sinergias; Universidad Nacional de Colombia, 2020; Sinergias, 2021).

7. Algunos datos epidemiológicos de la COVID-19 en la Amazonía colombiana

Usando las fuentes oficiales disponibles a inicios de marzo de 2022 (DANE, 2022; INS, 2022; MinSalud, 2022c y 2022b), en la región se habían registrado 62979 casos confirmados de COVID-19, incluyendo 2209 muertes derivadas, en 57 de los 59 municipios y ANM de los seis departamentos amazónicos (97 % de sus entidades territoriales). Adicionalmente, se habían aplicado 1056684 dosis de vacunas contra la COVID-19. Ahora veremos cómo se comparan estas cifras con respecto al resto de Colombia.

7.1. Incidencia

La incidencia acumulada de casos de COVID-19, es decir, la sumatoria de los casos reportados oficialmente por habitante en cada entidad territorial a lo largo de la pandemia se presenta en la Figura 5. Las líneas representan el número de personas con casos confirmados de COVID-19 por cada 100 000 habitantes en cada uno de los departamentos amazónicos (líneas punteadas), la región Amazónica (línea verde continua) y el país (línea roja continua). Cuatro de los departamentos tuvieron una incidencia acumulada superior al promedio nacional durante gran parte del 2020, tendencia que mantuvo el departamento de Amazonas hasta mediados de 2021; el tercer pico epidémico en Colombia generó una afectación severa en otras regiones y cambió la posición de los territorios amazónicos con respecto a este indicador. Comparativamente, se observa una gran discrepancia entre territorios, mediada en gran parte por diferencias en el número de exámenes diagnósticos realizados por habitante: el número de pruebas realizadas por cada 100 habitantes está en un rango de 50 a 18, los límites superior e inferior corresponden a los departamentos de Amazonas y Vaupés, respectivamente, que, consecuentemente, tienen la mayor y menor tasa de incidencia acumulada. Según el indicador, aproximadamente el 11 % de las personas a nivel nacional y el 9 % en la Amazonía han tenido COVID-19 y han sido reportadas al SIVIGILA.

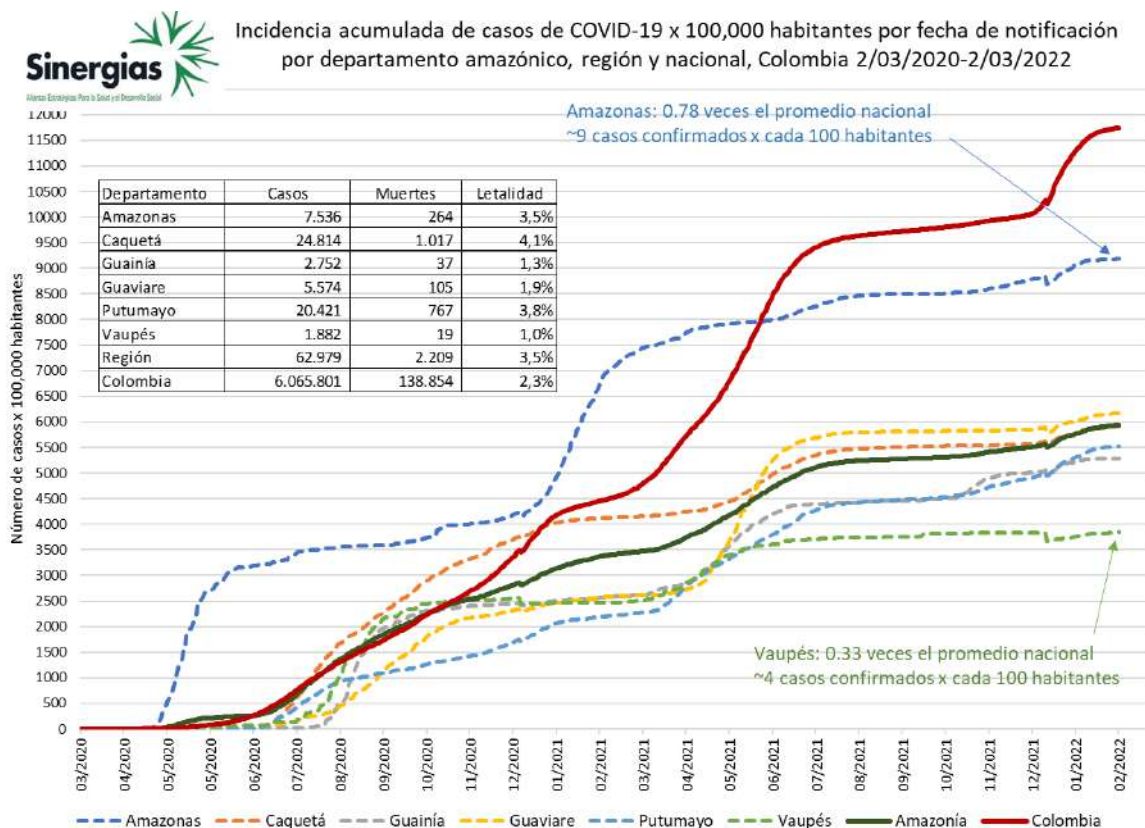


Figura 5. Incidencia acumulada de casos de COVID-19 por 100 000 habitantes por departamento (líneas punteadas), región amazónica (línea verde continua) y Colombia (línea roja continua) entre marzo de 2020 y marzo de 2021. Elaboración propia con datos publicados por DANE, 2022; INS, 2022.

Estas cifras representan principalmente la situación en las capitales departamentales y los municipios más poblados. Teniendo en cuenta que hay tantas comunidades sin acceso a pruebas diagnósticas y que los casos informados en gran parte de este territorio son una «instantánea» del momento en que se tomaron las pruebas, ¿cuántos casos habrá realmente? Probablemente nunca lo sabremos. Sin embargo, si simplificamos los escenarios y asumimos que por cada persona fallecida puede haber un promedio de 200 a 400 personas contagiadas (letalidad de 0,5 % a 0,25 %), dato que tampoco se podrá establecer con claridad (Zárata, 2021), podríamos estimar rudimentariamente el número de casos en la región. Usando esta relación y el número de muertes reportadas, proyectamos que realmente habría entre 442000 y 884000 personas infectadas en la Amazonía colombiana, lo que nos aproximaría a un subregistro de 86 % a 93 %. Esto sin contabilizar las muertes nunca consignadas.

7.2. Mortalidad

La sumatoria de las muertes reportadas oficialmente por habitante en cada entidad territorial a lo largo de la pandemia, la tasa de mortalidad acumulada por COVID-19, se representa en la Figura 6. Las líneas representan el número de personas fallecidas por COVID-19 por cada millón de habitantes por territorio. El departamento de Amazonas ha estado por encima del promedio nacional permanentemente y actualmente lo supera en un 20 %; Leticia, su capital, en la triple frontera entre Colombia, Brasil y Perú, además de ser uno de los primeros grandes focos de la pandemia en el país es de los municipios más afectados. Caquetá también ha sido duramente golpeado, especialmente en Florencia, su capital; durante 14 meses su tasa de mortalidad fue superior al promedio nacional y ahora se mantiene un 10 % por debajo del mismo. De la misma manera, Putumayo ha sufrido una afectación importante, especialmente en sus principales centros poblados. Guainía y Vaupés, los departamentos con mayoría de población indígena y predominio de habitantes rurales son los que menor mortalidad registran, mientras que los más afectados tienen más población urbana y no indígena. De acuerdo con estas cifras, en Amazonas, Caquetá y Putumayo ha habido aproximadamente una muerte por cada 311, 412 y 481 habitantes, respectivamente, y una por cada 367 a nivel nacional.

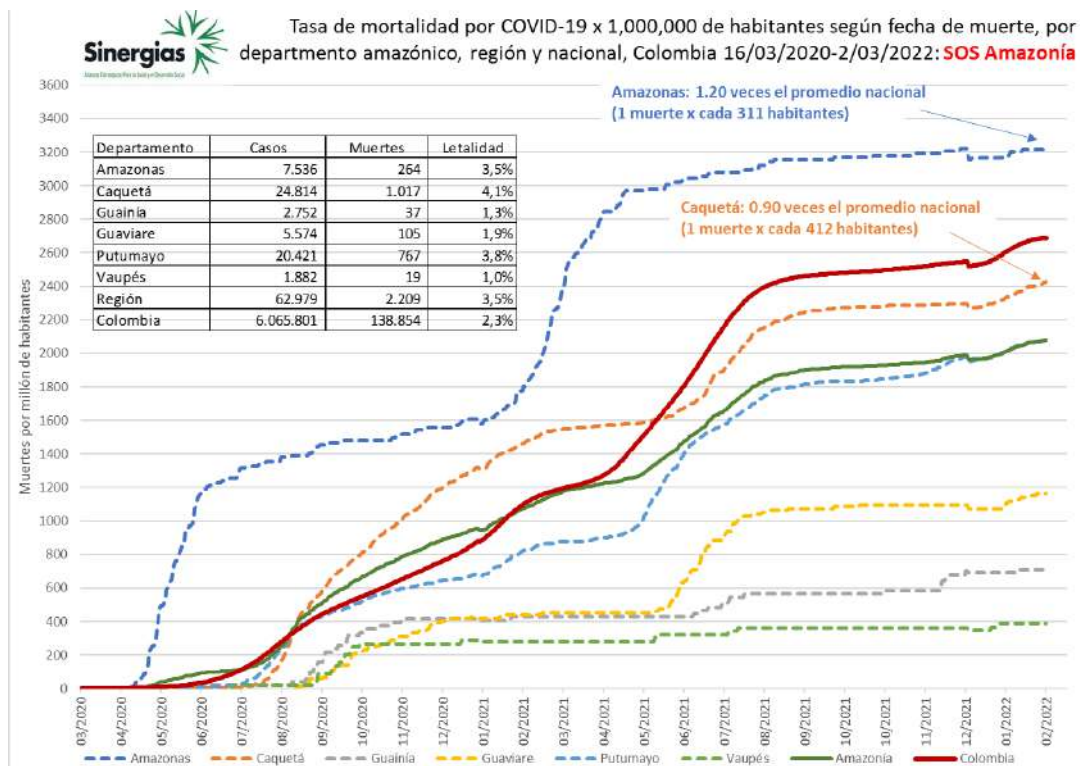


Figura 6. Tasa de mortalidad acumulada por COVID-19 por millón de habitantes por departamento (líneas punteadas), región Amazónica (línea verde continua) y Colombia (línea roja continua) entre marzo de 2020 y marzo de 2021. Elaboración propia con datos publicados por DANE, 2022; INS, 2022.

Si en los datos agregados impresiona la magnitud de la mortalidad por COVID-19, ahora veremos su impacto por grupos de edad. La Figura 7 ejemplifica la situación; allí cada barra representa a las personas de sexo masculino que han fallecido en cada grupo de edad por cada 100 000 habitantes en la Amazonía colombiana comparativamente con el promedio nacional. Para interpretar esta figura es útil saber que 1 000 muertes por 100 000 habitantes se traducen en un deceso por cada 100 personas de ese territorio y grupo de edad, cuando esta cifra llega a 2 000 significa que hay uno por cada 50, a 5 000 uno por cada 20, etc. En la figura inferior las tasas de mortalidad están desagregadas por año calendario y en la superior consolidadas como mortalidad acumulada.

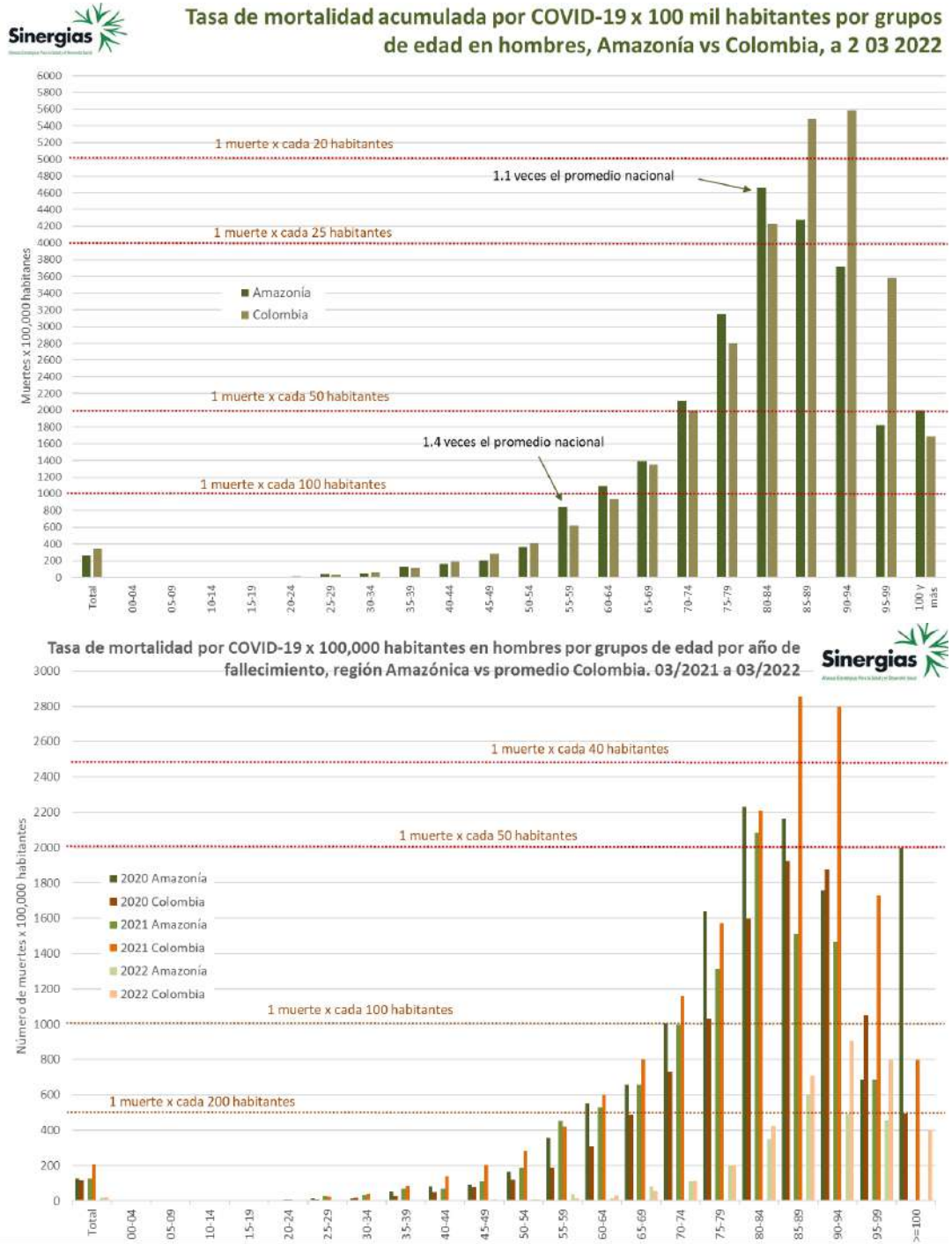


Figura 7. Tasa de mortalidad por COVID-19 por 100 000 habitantes en hombres por grupos de edad comparando los datos de la región Amazónica y el promedio nacional entre marzo de 2021 y marzo de 2022. Abajo, se muestran los datos por año de fallecimiento y arriba la mortalidad acumulada. Nótese que las escalas de cada gráfico son diferentes. Elaboración propia con datos publicados por DANE, 2022; INS, 2022.

La (Figura 7, abajo) evidencia que, si bien en los tres años hay grupos de edad en los que la mortalidad en la Amazonía supera el promedio nacional, el 2020 fue devastador para esta región, con tasas superiores a las nacionales en casi todos los grupos de edad. En contraste, durante el 2021 las tasas nacionales superaron a las amazónicas para la mayoría de los grupos etarios. En el año 2022, aún comenzando, la mortalidad en la Amazonía ha sido superior al promedio nacional en más de la mitad de los grupos de edad por debajo de los 70 años. Aunque no se muestra aquí, para las mujeres se verificó el mismo patrón. Al interpretar esta figura es necesario tener en cuenta que el número de meses incluidos en cada año es diferente, por lo que la intención no es comparar las cifras entre los años sino entre territorios. Si bien la tasa de mortalidad acumulada para los hombres amazónicos corresponde al 77,9 % de la nacional, la segunda figura (Figura 7, arriba) muestra que en nueve de los 21 grupos de edad la tasa regional superó a la nacional (14 grupos para las mujeres). En términos concretos, por complicaciones asociadas a la COVID-19 ha muerto más de un hombre de 70 a 74 años de edad de cada 50 hombres de estas edades, y más de uno por cada 25 hombres entre los 80 y 90 años. Esto, como relata un líder Tanimuca del Trapecio Amazónico, «pone muy en riesgo la vida cultural de los pueblos indígenas y el conocimiento [...] la enfermedad afecta prácticamente a los conocedores, a las personas mayores. Pueden desaparecer y afectar culturas enteras» (Sinergias; Universidad Nacional de Colombia, 2020).

Al analizar el mismo conjunto de datos con regresión logística multivariada⁵, elaboramos un modelo en el que las variables asociadas a la mortalidad por COVID-19 fueron edad, sexo, pertenencia étnica —donde por múltiples factores históricos convergen las condiciones socioeconómicas (Singer y Rylko-Bauer, 2021)—, vivir o no en una capital departamental y región geográfica. De esta manera sabemos que, controlando las otras variables asociadas (es decir, comparando personas del mismo sexo, edad, pertenencia étnica y que viven o no en una capital departamental), la posibilidad de que una persona muera por complicaciones de la COVID-19 por el solo hecho de vivir en la región Amazónica es un 58 % más alta que en el resto del país (*Odds Ratio*, *OR*, 1,58, Intervalo de Confianza, *IC*, de 95 % [1,50, 1,65]). En el mismo modelo, alguien que vive fuera de una capital departamental tiene un 42 % más posibilidades de morir por esta causa que quien vive en una de estas ciudades (*OR* 1,42, *IC* 95 % [1,41, 1,45]). En la misma lógica, controlando por las demás variables, una persona indígena tiene un 23 % más posibilidades de morir por complicaciones de esta infección que otra no indígena (*OR* 1,23, *IC* 95 % [1,17, 1,29]). Si combinamos estos factores, tenemos que, para personas del mismo sexo y de la misma edad, la posibilidad de que una persona indígena, que vive fuera de una capital departamental en la Amazonía colombiana, muera por COVID-19 es casi tres veces más alta que otra no indígena que viva en una capital departamental fuera de esta región (*OR* 2,77, *IC* 95 % [2,52, 3,11]).

Pareciera materializarse así el sentimiento de mucha gente que, en medio de su indignación, puntualizó un líder Murui del Trapecio Amazónico: «Estamos condenados todos a morir. No por el coronavirus [...] sino por la irresponsabilidad, la incompetencia del Gobierno nacional que no tiene una línea de trabajo estratégico articulado con las demás instituciones ni con los pueblos indígenas» (Sinergias; Universidad Nacional de Colombia, 2020).

7.3. Letalidad

Volviendo un poco más atrás en el texto, al comparar las Figuras 5 y 6 es evidente la diferencia que hay entre las líneas departamentales y la media nacional. Las curvas de mortalidad de los tres departamentos con mayores tasas están mucho más cerca al promedio nacional (o lo superan) que las de incidencia. Es decir, proporcionalmente, las tasas de mortalidad son muy superiores a las de incidencia. Esto ocurre porque, a pesar del subregistro de casos y muertes, el de las últimas es menor.

⁵ Análisis realizado por el autor con el programa estadístico *Stata 15* usando la base de datos publicada por el Instituto Nacional de Salud el 3 de marzo de 2022 (INS, 2022).

Esta relación corresponde a la tasa de letalidad, otro indicador ya mencionado, que nos señala el número de personas que mueren por cada 100 personas que se enferman o que se sabe que han tenido la enfermedad. La letalidad en la región Amazónica es un 53 % superior al promedio nacional (3,5 % y 2,3 %, respectivamente) y tiene una alta variabilidad. La Figura 8 muestra la tasa de letalidad por COVID-19 en los 59 municipios y ANM por departamento amazónico, 32 de los cuales (54 %) superan el promedio nacional, incluyendo 17 (27 %) que lo duplican o más.

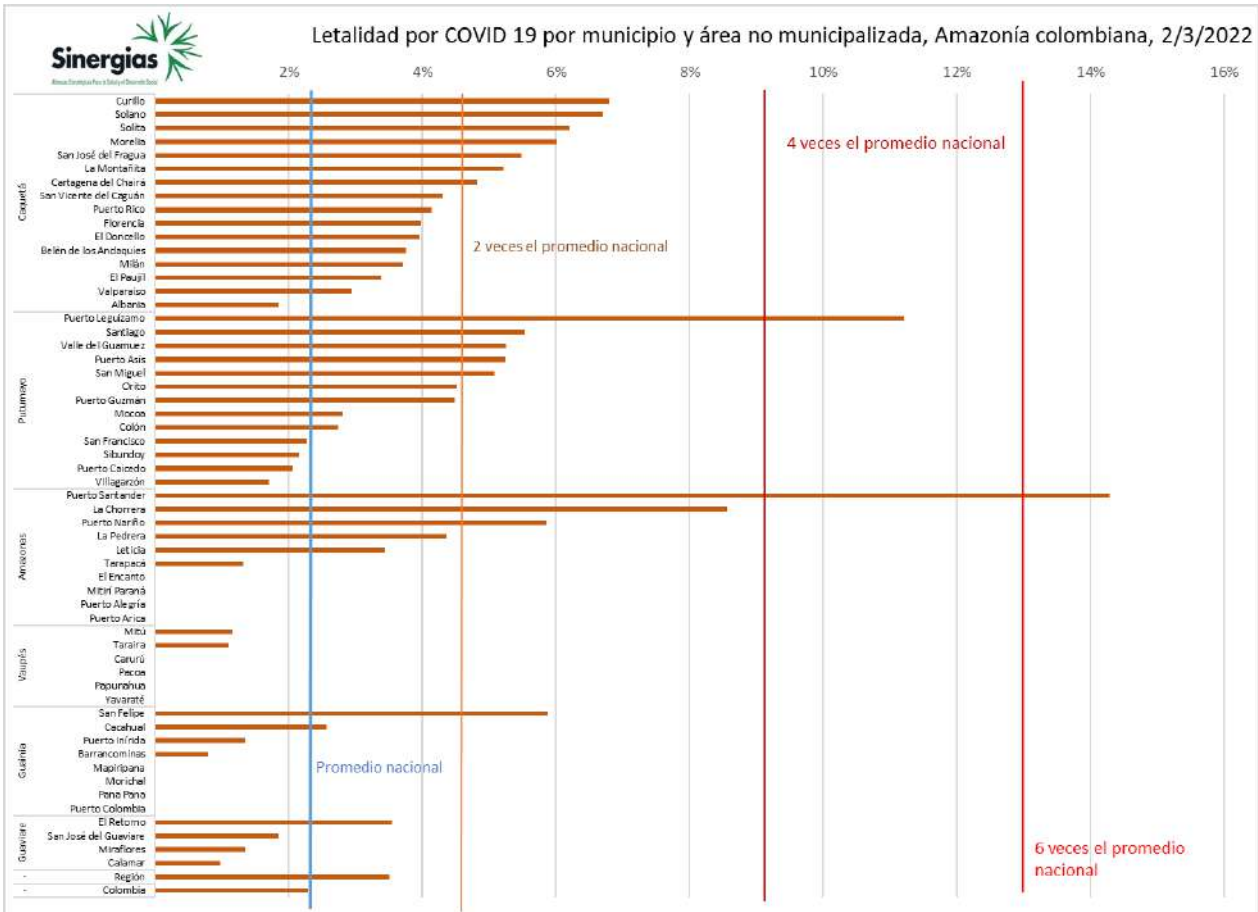


Figura 8. Tasa de letalidad acumulada por COVID-19 por municipio y área no municipalizada, región Amazónica y Colombia (barra inferior) a marzo de 2021. Elaboración propia con datos publicados por DANE, 2022; INS, 2022.

La letalidad puede aumentar por varias razones: 1) hay subregistro de las infecciones y por consiguiente hay más muertes por cada caso diagnosticado, lo que ocurre con las personas asintomáticas o con síntomas leves que no se diagnostican o con las que no son detectadas por las pruebas, 2) las infecciones son agresivas, como podría ocurrir con diferentes variantes del virus o cuando el sistema inmune de las personas no está preparado para combatirlos, 3) hay más población susceptible a complicaciones (enfermedades de base, mayor edad), 4) no hay protocolos adecuados de manejo de la enfermedad, esta no se sabe manejar debidamente o no hay tratamiento, 5) no hay acceso a servicios de salud, sea porque colapsa el sistema o porque no existen, o 6) la gente no acude a los servicios por desconfianza, entre otras. ¿Cómo explicar la alta letalidad en tantos territorios? Seguramente hay una mezcla de varias de estas explicaciones. Por el contrario, ¿cómo explicar la baja letalidad en Vaupés, o partes de Amazonas y Guainía? Además de los beneficios de la medicina tradicional y de la menor proporción de personas susceptibles, en estos territorios rurales dispersos algunas muertes no cumplirán los criterios para ser contabilizadas (Sinergias, 2022). Con tantas incertidumbres la utilidad del indicador es limitada, sin embargo, estos análisis permiten comprender mejor el contexto territorial.

7.4. Vacunación

La Figura 9 muestra la gran variabilidad con respecto a las coberturas de vacunación contra la COVID-19 en las entidades territoriales de la Amazonía. Cada barra representa el número de dosis de vacunas aplicadas⁶ por cada 100 habitantes en la región⁷. De los 59 municipios y ANM de estos departamentos, solo seis (10 %) superan el promedio nacional (el 90 % están por debajo), 25 (42 %) están debajo de dicho promedio pero encima del 50 %, y 28 (47 %) no alcanzan el 50 %, incluyendo 10 (17 %) que están por debajo del 10 % de la media nacional. En este momento, en el que Colombia ha aplicado más de 1,5 dosis de vacunas por habitante, 39 (66 %) de estas entidades territoriales no ha llegado a una.

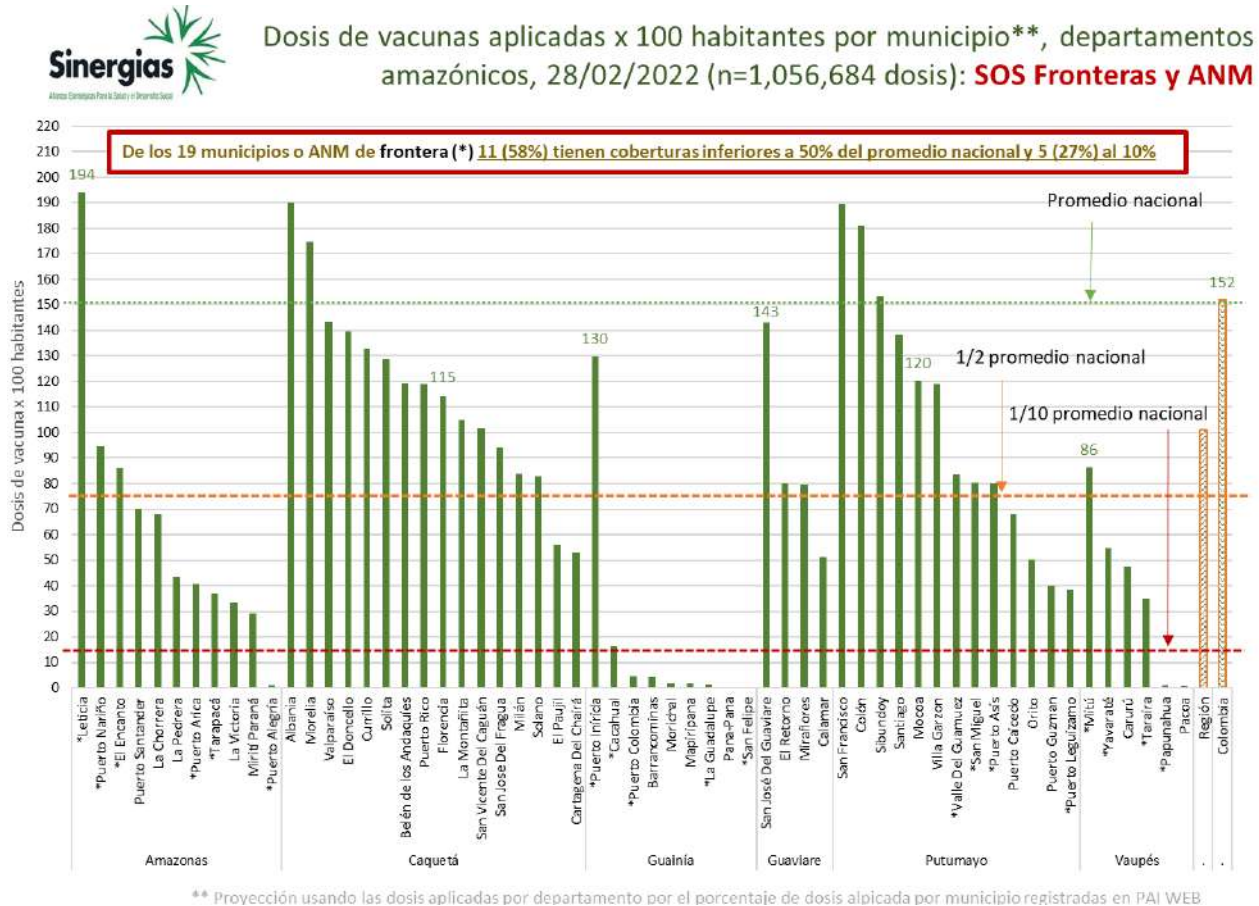


Figura 9. Número de dosis de vacunas contra COVID-19 aplicadas por 100 habitantes por municipio y área no municipalizada por cada departamento Amazónico, promedio regional y nacional (barras a la derecha) a 28 de febrero de 2022. Los números verdes corresponden a la cifra de dosis administradas en las capitales departamentales. Las entidades territoriales con asterisco están en alguna frontera internacional. Elaboración propia con datos publicados por DANE, 2022; Ministerio de Salud, 2022a y 2022b.

Cuando comenzó la vacunación y estaba en expansión la variante P.1 o Gamma (inicialmente llamada «brasileira»), Amazonas, Guainía y Vaupés fueron priorizados para generar una «barrera inmunológica» en la frontera con Brasil, lo que fue muy positivo en su momento. Sin embargo, prácticamente la totalidad de los biológicos (del laboratorio Sinovac principalmente) se aplicaron en las

⁶ La asignación de vacunas por laboratorio a nivel nacional, en términos proporcionales, se ha comportado de la siguiente manera: 28,9 % de Pfizer, 28,3 % de Sinovac, 16,7 % de Moderna, 15,9 % de Astra Zeneca y 10,2 % de Janssen. Para los seis departamentos de la región Amazónica estas proporciones son 21,2 %, 37,4 %, 11,7 %, 13,7 % y 15,9 %, respectivamente (MinSalud, 2022d).

⁷ Dado que estos datos no están actualizados en las fuentes disponibles, se calcularon multiplicando las dosis aplicadas en cada departamento (MinSalud, 2022c) por el porcentaje de dosis aplicadas por municipio y ANM según los datos publicados a la fecha por los hospitales y centros de salud (MinSalud, 2022b). La discrepancia entre las dos fuentes el 28 de febrero de 2022 era de 24,3 % para Putumayo, 28,1 % para Guainía, 28,8 % para Caquetá, 29,8 % para Guaviare, 34 % para Amazonas, y 41,5 % para Vaupés.

capitales departamentales y no llegaron a las zonas rurales dispersas ni a las fronteras. Actualmente, de los 19 municipios y ANM de frontera, marcados con asterisco en la Figura 9, 11 (58 %) tienen coberturas inferiores al 50 % del promedio nacional, incluyendo cinco (27 %) que no llegan al 10 %. Aún peor, de las 18 ANM, habitadas en su gran mayoría por pueblos indígenas en comunidades rurales dispersas, 17 (94 %) están por debajo del 50 % del promedio nacional, incluyendo ocho (44 %) que no alcanzan el 10 %. Además, la mayoría de estas vacunas se aplicaron en el segundo trimestre de 2021 y las coberturas en estos territorios son de las que menos han aumentado desde entonces.

En los últimos nueve meses (25/05/2021-28/02/2022) se aplicaron 135,5 dosis de vacunas por cada 100 habitantes en Colombia, en promedio. Sin embargo, muchos de los departamentos de la ‘periferia’, habitados principalmente por población indígena, afrocolombiana y campesina, rural y rural dispersa y en territorios de frontera, donde la presencia del Estado, sus instituciones y servicios sigue siendo una utopía, tuvieron incrementos significativamente más bajos (Sinergias, 2022). No es una coincidencia que Vaupés (aplicó 38,4 dosis por cada 100 habitantes), Guainía (52,3), Amazonas (73,4), Putumayo (78,8) y Caquetá (96,7), sean cinco de los ocho departamentos que no lograron aplicar ni una dosis por habitante en esos 275 días (los otros son Vichada, Chocó y Cauca, que aunque están en otras regiones, tienen características similares).

La vacuna contra la COVID-19 enfrentó amplias resistencias a escala global, alimentadas por la desinformación que ha acompañado a la pandemia, la velocidad de producción de la vacuna y al cambio de grupos poblacionales objetivo frente a otros biológicos, entre otros factores. Aunque aún hay grupos poblacionales contrarios a la vacunación, mucha gente se ha inmunizado en la medida que se hicieron campañas de comunicación mejor orientadas y fue evidente su beneficio en la reducción de la mortalidad y las complicaciones. Si bien los pueblos indígenas tienen una larga experiencia con los programas de vacunación, que en general son bien aceptados, también tuvieron muchas inquietudes frente a esta campaña, algunas reflejadas en el testimonio de un líder Ticuna del departamento de Amazonas:

Es importante primero una capacitación a los líderes, a las autoridades sobre las vacunas, de qué están compuestas. Porque eso sí es preocupante, que hagan el proceso sin consulta en el territorio... es importante vacunarse, sí, pero teniendo en cuenta los efectos [secundarios]. Me interesa vacunarme [...], es importante complementar con el conocimiento tradicional [...]. Una de las recomendaciones que daría yo como autoridad es coordinar una capacitación, una consulta, para que las personas salgan de esas dudas; porque eso es lo que mata, la desconfianza (Sinergias, 2021).

8. Medicina tradicional, autocuidado e interculturalidad

A casi todos los rincones del mundo ha llegado la noticia de la pandemia, si es que no a todos. La mayoría nos enteramos de lo que sucedía en China cuando aún no era una afectación global. Cuando se evidenció la alta transmisibilidad de persona a persona y los casos salieron de China muchos gobiernos comenzaron a actuar, varios incluso de forma un tanto teatral. En el momento en el que los pueblos indígenas de la Amazonía se enteraron de esta situación comenzaron a trabajar en sus procesos de prevención tradicionales (Figura 10). Como un líder indígena Bora del Trapecio Amazónico puntualizó, «en mayo todos los abuelos tradicionales comenzaron a hacer unos conjuros con los inciensos y otros productos [...] que en el momento estamos aplicando» (Sinergias; Universidad Nacional de Colombia, 2020). Otro líder del mismo pueblo, habitante del Igará-Paraná contó que:

El baile es ya como la última fase de eso, pero antes hay otros espacios como, por ejemplo, la mezcla de sal, de ambil con sal, hicimos también mambes direccionados para evitar eso, utilizábamos también el incienso. Rituales pequeños pero direccionados para enfrentar eso. Antes de que hubiera llegado y que tuviéramos pacientes con esos síntomas ya hicimos esos rituales para enfrentar toda esa enfermedad [...] se hicieron narraciones [...] de diferentes grupos, del Yucuna, del Bora, del Murui [...] de los que había mayores (Sinergias; Universidad Nacional de Colombia, 2020).



Figura 10. Ceremonia tradicional de prevención y reciprocidad, danza de guarumo. Ceima Cachivera, Mitú, Vaupés. Fotografía: Pablo Montoya.

Cuando comenzaron a aparecer casos en las comunidades indígenas y fueron conscientes de que no obtendrían respuesta de las instituciones del Estado, empezaron a usar sistemáticamente la medicina tradicional, especialmente las plantas para manejar los síntomas respiratorios, la fiebre y el malestar general. Esto redujo las complicaciones y cambió significativamente el curso de la epidemia en muchas comunidades (Mendes, Belaunde y Bolívar-Urueta, 2021; Remali y Aizat, 2021; Sinergias, 2021; Villena *et alii*, 2021). Como dijo un líder Bora del Trapecio Amazónico: «Hay mucho testimonio muy bueno [...] muchos amigos, conocidos [...] ya no van al hospital porque solamente están haciendo sus tratamientos en casa [...] y esa gente es la que se está salvando» (Sinergias; Universidad Nacional de Colombia, 2020). De hecho, la población evitó las instituciones de salud cuando se empezaron a conocer los desenlaces de muchas personas atendidas en servicios de alta complejidad; un líder Ticuna del río Putumayo decía que «como organización [...] recomendamos los remedios caseros [...]. Llevar un paciente [al hospital] [...] es desconocer el valor que tiene la medicina ancestral [...]; la intubación es sinónimo de muerte» (Sinergias; Universidad Nacional de Colombia, 2020).

El conocimiento botánico fue bastante difundido empleando las redes de intercambio de los pueblos indígenas, y su uso es muy amplio. Como anotó un líder Cocama, el voz a voz fue importante: «Mira, yo probé esto, me sirvió, me funcionó, por qué no pruebas esto [...] empezaron a salir muchas recetas y muchas fórmulas y medicamentos naturales que se decía que combatían el virus» (Sinergias; Universidad Nacional de Colombia, 2020).

Para los sabedores, el origen de las enfermedades, lo que está en sus narraciones, es el elemento fundamental para poder neutralizar un problema. Un líder Tanimuca afirmaba que «si no se conoce el origen es muy difícil hacer un tratamiento tanto desde la parte propia como desde la parte occidental. [Cuando] se conozca el origen, desde la parte tradicional se pueden buscar alternativas para contrarrestarlo». Al igual que otro líder Ticuna: «Ha aterrorizado al mundo entero, es una muerte segura siempre y cuando las personas no tengan el origen para curar esa pandemia». Y, como todo, que la COVID-19 tiene un origen espiritual, lo que requiere un manejo desde ese punto de vista (Sinergias; Universidad Nacional de Colombia, 2020). Según sus mayores, relataba

otro líder Cocama: «Mucha gente se va a enfermar y no se va a salvar porque así viene, así está», pero resaltaba que desde las narraciones aportaban «pautas de autocuidado, de cómo protegernos desde la alimentación, pasando por cuestiones espirituales, digamos apoyos que dan a través de los elementos sagrados. Que permiten [...] “blindar” el lugar donde uno está» (Sinergias; Universidad Nacional de Colombia, 2020). Es decir, en el origen también está la solución.

Como resultado adicional, el impacto de la implementación autónoma de estas medidas de manejo, que en el territorio la gente reconoce frecuentemente como más efectivas que muchas de las intervenciones biomédicas realizadas, fue muy importante con respecto a la revalorización de la medicina tradicional, que suscitó el interés y reconocimiento de personas indígenas jóvenes y no indígenas. Esto se refleja en las reflexiones de una lideresa y de un líder Ticuna del Trapecio Amazónico, transcritas en los dos párrafos siguientes.

Ellos usaron su medicina tradicional [...] muchas veces las familias piensan «bueno, yo tengo que ir al médico cuando me enfermo», pero con esta pandemia [...] retomaron lo propio [...], la chagra para la comida [...], [sembraron] plantas medicinales [...]. Fue como un empuje [para] retomar eso que ya estábamos olvidando (Sinergias; Universidad Nacional de Colombia, 2020).

Uno de los aprendizajes que viví, es que nosotros como pueblos indígenas nos tenemos que unir más, [...] para defender esos saberes [...] y tenernos más confianza, como lo hemos hecho. Esta pandemia nos ha traído un ejemplo muy grande, tenemos que [...] seguir trabajando el conocimiento tradicional y ejercerlo, porque una cosa es tenerlo en la mente y otra cosa es tenerlo en la mano y [...] debemos tener la medicina en la mano para proteger a nuestra gente. [...] Esa es la ruta que nosotros como pueblos indígenas tenemos [...] porque toda la medicina natural está en nuestro botiquín de la selva [...]. Nos adaptamos a las medidas de bioseguridad y complementamos con los rituales que hacemos y con la medicina tradicional que cada uno usa (Sinergias, 2021).

No obstante, la mayoría de pueblos indígenas consideran necesario trabajar de la mano con la biomedicina y obtener el reconocimiento de su medicina tradicional. Las palabras de varios líderes ilustran claramente esta posición: «Para el manejo de ambos sistemas, tradicional y occidental, es importante organizar el sistema propio [...] complementando el trabajo en cada territorio. Es importante llegar a acuerdos con las instituciones y [que los] respeten» (líder Makuna, Vaupés. Sinergias, 2021). «Una recomendación a la institución competente [...], faltó una coordinación desde el conocimiento tradicional de nuestros sabedores tradicionales [...], nos tapan, nos invisibilizan» (líder Ticuna, Trapecio Amazónico. Sinergias; Universidad Nacional de Colombia, 2020). Lo que complementa un líder Andoque del Trapecio Amazónico:

Es muy importante [activar o construir] un protocolo de atención perfectamente coordinado [entre] la parte occidental y la tradicional para mitigar esta enfermedad. [...] Requeriríamos que la medicina occidental reconozca, y conozca, que la parte indígena también tiene argumento... hemos sentido un poco de rechazo de la medicina occidental frente a este tipo de actividades que como pueblos indígenas decidimos hacer. No le dan importancia porque dicen ellos que [...] no se puede comprobar científicamente un efecto favorable [...]. Y escucharlos y que nos escuchen, para articular un trabajo de prevención (Sinergias; Universidad Nacional de Colombia, 2020).

En diálogo con un líder Tanimuca, los pueblos indígenas perciben que «el trabajo que hacen los mayores al interior de sus territorios se ha visto más bien como una forma de no acceder al sistema de salud occidental» y que los están poniendo en una posición de competencia entre sistemas, cuando el propósito es «salvar la vida desde cualquier punto de vista». Dice que los pueblos indígenas están aportando desde su conocimiento, pero «necesitamos que el sistema de salud occidental [...] ponga su grano de arena para que los centros de salud estén dotados con medicinas, bioseguridad [...], personal capacitado». Concluye diciendo que «en estos momentos dependemos de que ambos sistemas puedan caminar [juntos por] el bien común de los pueblos indígenas» (Sinergias; Universidad Nacional de Colombia, 2020).

Frente a la vacunación hubo discusiones muy interesantes. Los dos párrafos siguientes, en ese orden, corresponden a los testimonios de un sabedor Macuna y otro Barasano del departamento del Vaupés. Enfatizan en la importancia de las vacunas tradicionales y de complementarlas con las biomédicas:

Inicialmente, yo con mi trabajo del saber ya me vacuné con ají de protección, para que no me diera tan fuerte la pandemia, hice trabajo curativo, eso fue a comienzos de la pandemia. Cuando dijeron que iba a llegar la vacuna, conversamos con la familia y las comunidades porque había mucho miedo, decían que era para acabar con la población. Mucha información poco clara. Nosotros dijimos, ya tenemos una vacuna, [...] con nuestras plantas medicinales nos protegemos y esto es complemento, no tengamos miedo (Sinergias, 2021).

Cuando fueron creados los diferentes grupos étnicos recibieron caraña, [...] la más importante para que no se [afecte] el crecimiento de los niños, para que los ancianos no tengan enfermedades [...] es como calmante de la energía de los cuerpos, para la respiración, para evitar las enfermedades del mundo... es como una vacunación [...]. Cuando se huele, el cuerpo coge energía de salud calmante. Y el carayurú es una protección, como una defensa, lo mismo que el *wee*, eso es defensa. Y el breo, es como calmante del mundo, de las enfermedades o de la época, del tiempo. Y tabaco para oler, para sentir, para pensar, esa es la vida, el futuro... es como ir abriendo compuertas. Eso es lo más importante para prevenir, para el acompañamiento de las vacunas (Sinergias, 2021).

Este tipo de información, en diálogo con argumentos biomédicos, fue difundida por *El canto del tucán*, lo que ayudó a generar discusiones en las comunidades y a aumentar la aceptación de las vacunas. Lo mismo sucedió con la información básica sobre el virus y su prevención. De acuerdo con algunas personas de comunidades indígenas, estos pódcast les permitieron entender que la COVID-19 no era una sentencia de muerte y que había estrategias que podían adecuar y aplicar para manejar la situación.

Desde las organizaciones indígenas se hicieron intentos por adecuar la respuesta institucional a la pandemia, pero muchos resultados no fueron satisfactorios. Como ejemplo, se incluye el testimonio de un líder Tanimuca del Trapecio Amazónico:

Tenemos una estructura macro a nivel departamental en la cual se reúnen todas las organizaciones indígenas, todos los pueblos indígenas del departamento [...], [allí] se le planteó a la Secretaría de Salud un protocolo [...] [definiendo] cómo debería ser [...] la pedagogía y la atención en caso de afectación [...], [pero] comenzaron a actuar por cuenta propia, rompiendo todos esos protocolos [...]. Los [asesores] jurídicos de la gobernación descartaron todo [lo] de bioseguridad, pedagogía, el trabajo que hacen los mayores tradicionales en sus territorios... prácticamente se relegaron a la ayuda humanitaria, [...] no incluía ni un tapabocas [...]. Simplemente contemplaba una ayuda alimentaria básica como para la gente que vive en un centro urbano (Sinergias; Universidad Nacional de Colombia, 2020).

Como se ha anotado, las formas organizativas indígenas son fundamentales para lograr un manejo adecuado de la salud en sus territorios y esperan oportunidades que permitan fortalecer sus capacidades y ejercer el papel que pretendió la Constitución. Un líder Andoque decía: «No necesitamos que vayan a nuestro territorio, sino que se capacite a nuestra gente [...] y esa persona, como es de la comunidad, también va a saber cómo enfrentarlo [desde] los sistemas propios» (Sinergias; Universidad Nacional de Colombia, 2020).

El plan de contingencia del Vaupés sirvió como ejemplo para otros territorios. Una de las estrategias más exitosas fue la «Picure», «animal escurridizo y muy ágil que se escapa fácilmente ante cualquier amenaza», evocando las prácticas de aislamiento voluntario que practicaban los mayores para evitar la transmisión de enfermedades contagiosas como el sarampión, varicela, o tosferina (Secretaría de Salud Departamental de Vaupés, 2020). Para facilitar este proceso y evitar que las familias visitaran los cascos urbanos, se propuso la distribución de un «kit de aislamiento» con elementos de pesca, caza, herramientas para la agricultura, etc., que fue financiado por instituciones públicas y privadas.

La alianza de la OPIAC con las ONG permitió suplir parte de estos elementos de protección personal y «kits de aislamiento», adecuar material educativo y protocolos, y realizar capacitaciones para fortalecer las capacidades de las organizaciones y contribuir con procesos autónomos al interior de las comunidades. Esta alianza también facilitó asesoría jurídica y realizó acciones de incidencia a diferentes niveles del Estado y en medios de comunicación.

Un sabedor fallecido durante la pandemia dijo: «Sin naturaleza no hay medicina, sin naturaleza no hay alimento, sin lo natural no hay sombra... sin naturaleza no hay vida... cada árbol purifica el aire contaminado para respirar el aire puro, eso es lo que tiene el Amazonas, lo que el mundo no tiene, lo que el mundo quiere» (Sinergias, 2021). Esta máxima es un buen cierre para la sección y la reflexión. Resalta elementos fundamentales para los pueblos indígenas, deja implícitas contradicciones entre los modelos de vida de nuestras sociedades, conecta con lo que consideran originó la situación actual, y sugiere un camino que podríamos —y a todas luces deberíamos— recorrer.

9. A manera de conclusión

El mundo ve a la Amazonía como un gran pulmón que hay que conservar; paradójicamente, el bienestar de las personas que viven en ella y la están cuidando ocupa un lugar secundario. Esta región, afectada históricamente por múltiples flagelos que la degradan progresiva y constantemente, concentra grandes inequidades. El racismo estructural, la ausencia del Estado y de servicios, la falta de reconocimiento de los gobiernos indígenas y de su autonomía, el desconocimiento y menosprecio de las cosmovisiones y saberes ancestrales, el choque de visiones sobre salud, bienestar e interculturalidad, entre otras, marcan las relaciones de la sociedad mayoritaria con estos territorios. Con este trasfondo, la COVID-19 generó un gran impacto negativo en la población —como ha ocurrido y ocurrirá con otros problemas de salud—, elevando el riesgo de extinción física y cultural de algunos pueblos indígenas.

Las dinámicas de la Amazonía no responden a las lógicas de las fronteras político-administrativas nacionales e internacionales. Para afrontar situaciones como la actual, se requieren intervenciones que trasciendan esos límites, e involucren a las diferentes formas organizativas locales en la construcción e implementación de las soluciones. Para ello, es fundamental reconocer la legitimidad de los gobiernos indígenas y generar espacios reales de participación y toma de decisiones autónomas orientadas al manejo de estos territorios, como lo establece la Constitución Política colombiana.

A lo largo del texto es claro que los pueblos indígenas tienen un sistema de salud propio, que identifican como uno de sus pilares para conseguir el bienestar. Igualmente, que quieren y necesitan complementarlo con el sistema de salud nacional, especialmente para resolver problemas que no manejan desde su saber tradicional. También demandan el reconocimiento de sus saberes por parte del Estado y la construcción de procesos interculturales que respondan a sus necesidades. Con la posibilidad de construir el SISPI, los pueblos indígenas ven un camino para mejorar su situación de salud. No obstante, todos estos elementos han hecho parte de nuestro marco legal por décadas y no ha sido posible materializarlos.

El enfoque diferencial hace parte de todas las políticas nacionales, pero las capacidades para operativizar este enfoque son limitadas, especialmente en estos territorios. Además, cuando hablamos de pueblos indígenas no hay un enfoque diferencial, son muchas cosmovisiones y al menos el mismo número de alternativas. La interculturalidad, entendida como un proceso respetuoso de los saberes, con interés genuino de incorporar las diferentes visiones y prácticas, reconociendo a las contrapartes como pares, requiere inversión en gestión de conocimiento, talento humano preparado para responder a este desafío, plataformas institucionales que acojan las adecuaciones y decisiones que garanticen la sostenibilidad. De otra manera, la interculturalidad se puede transformar en equívocos de comunicación, traducciones literales y uso del poder simbólico para legitimar o imponer

las intervenciones biomédicas (Pontes *et alii*, 2015; Pesantes y Gianella, 2020; Silva, 2020). La co-construcción de modelos de salud diferenciales que reconozcan el conocimiento propio, articulen los sistemas de salud y respondan a las necesidades locales corregirá algunas de las inequidades y mejorará algunos resultados en salud.

Pero, ¿qué es salud y qué la afecta?, esta es una gran pregunta con innumerables respuestas. Los «problemas de salud» suelen ser el resultado de múltiples factores que con frecuencia no tienen «nada que ver» con lo que nuestro sistema fragmentado considera responsabilidad de dicho sector. Es indispensable ampliar la mirada y generar respuestas intersectoriales participativas para incidir en esos factores y, ahí sí, poder decir que realmente se está trabajando en salud.

Bibliografía

- ALBUQUERQUE, L. (2020): «Manaos: una ciudad azotada por el nuevo coronavirus». *Deutsche Welle*, 24 de abril de 2020. Disponible en: <https://p.dw.com/p/3bLm0> [Consulta: 10 de septiembre de 2020].
- ASÍ VAMOS EN SALUD (2022): *Indicadores sobre estado de salud*. Disponible en: <https://www.asivamosen.salud.org/indicadores/estado-de-salud> [Consulta: 10 de septiembre de 2020].
- BECKER, M. (2020): «Class Contradictions of the Coronavirus: The Picture in Latin America». *Against the Current*, 35 (3), pp. 7-11.
- BLANCO, A., MARTÍNEZ, P., MONTOYA, P., MONTOYA, M., CÁRDENAS, E., DALLOS, M., PARRA, E., RIVEROS, M., RIVEROS, V., MAHECHA, D., FRANKY, C. y MARTÍNEZ, T. (2020): *Elementos para mejorar la prevención, atención y vigilancia epidemiológica de los casos de COVID-19 en comunidades indígenas de la Amazonía colombiana*. Bogotá D.C.: Instituto de Investigaciones Amazónicas; Universidad Nacional de Colombia; Sinergias Alianzas Estratégicas para la Salud y el Desarrollo Social. Disponible en: https://www.sinergiasong.org/_files/ugd/842017_517c66df3703430886fddfd9e53b98ed.pdf.
- CASTRO, R. R., SANTOS, R. S. C., SOUSA, G. J. B., PINHEIRO, Y. T., MARTINS, I. M., PEREIRA, M. L. D. y SILVA, R. A. R. (2021): «Spatial dynamics of the COVID-19 pandemic in Brazil». *Epidemiology and Infection*, 149, e60. Disponible en: <https://doi.org/10.1017/S0950268821000479>.
- CAYÓN, L. y CHACÓN, T. (2014): «Conocimiento, historia y lugares sagrados. La formación del sistema regional del alto río Negro desde una visión interdisciplinar». *Anuario Antropológico*, 39 (2), pp. 201-236. Disponible en: <https://doi.org/10.4000/aa.1294>.
- CIFUENTES, M.P.; RODRIGUEZ, L., ROJAS, M., ALVAREZ, C. y FERNÁNDEZ, J. (2021): «Socioeconomic inequalities associated with mortality for COVID-19 in Colombia: A cohort nationwide study». *Journal of Epidemiology and Community Health*, 75 (7), pp. 610-615. Disponible en: <https://doi.org/10.1136/jech-2020-216275>.
- DEPARTAMENTO ADMINISTRATIVO NACIONAL DE ESTADÍSTICA (DANE) (2022): *Proyecciones de población calculadas con base en los resultados del Censo Nacional de Población y Vivienda 2018, Departamento Administrativo Nacional de Estadística*. Disponible en: <https://www.dane.gov.co/index.php/estadisticas-por-tema/demografia-y-poblacion/proyecciones-de-poblacion> [Consulta: 17 de marzo de 2022].
- ETIENNE, C. F. (2022): «COVID-19 has revealed a pandemic of inequality». *Nature Medicine*, 28, p. 17. Disponible en: <https://doi.org/10.1038/s41591-021-01596-z>.
- FABIANO, E. y ARAHUATA, S. (2021): «Kurunavirus. Una mirada urarina sobre la creación de las enfermedades y los nuevos contagios en la cuenca del río Chambira (Amazonía peruana)». *Mundo Amazónico*, 12 (1), pp. 187-200. Disponible en: <https://doi.org/h933>.
- FONSECA, Z., AYALA, D., URIBE, L.J. y CASTAÑO, T. (2014): *Aproximación a los Determinantes de la Doble Carga Nutricional en Colombia, Boletín n.º 004*. Bogotá D.C. Disponible en: minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/SNA/Boletin-04-2014-Aproximacion-Determinantes-doble-carga-nutricional-colombia.pdf.
- GARNELO, L., PARENTE, R. C. P., PUCHIARELLI, M. L. R., CORREIA, P. C., TORRES, M. V. y HERKRATH, F. J. (2020): «Barriers to access and organization of primary health care services for rural riverside populations in the Amazon». *International Journal for Equity in Health*, 19 (54), pp. 1-14. Disponible en: <https://10.1186/s12939-020-01171-x>.

- GOVEIA, L. (2021): «COVID-19 e acesso à água na Amazônia brasileira». *Mundo Amazónico*, 12 (1), pp. 18-42. Disponible en: <https://doi.org/10.15446/ma.v12n1.88651>.
- HERRERA, J., ESCOBAR, P., CORTÉS, J. A., PULIDO, R. y CAICEDO, L. (2021): *Territorios indígenas amazónicos: contribución al cumplimiento de los compromisos en materia de cambio climático y biodiversidad en Colombia*. Bogotá D.C.: OPIAC y WWF. Disponible en: <https://wwflac.awsassets.panda.org/downloads/portada.pdf>.
- HOTEZ, P., HUETE-PEREZ, J. y BOTTAZZI, M. (2020): «COVID-19 in the Americas and the erosion of human rights for the poor». *PLoS Neglected Tropical Diseases*, 14 (12), pp. 1-7. Disponible en: <https://doi.org/10.1371/journal.pntd.0008954>.
- INSTITUTO NACIONAL DE SALUD (INS) (2022): *Casos de COVID-19 en Colombia, Instituto Nacional de Salud*. Disponible en: <https://www.ins.gov.co/Noticias/Paginas/coronavirus-casos.aspx> [Consulta: 17 de marzo de 2022].
- INSTITUTO SINCHI (2022): «PanAmazonía». En *Instituto Sinchi*. Disponible en: <https://sinchi.org.co/panAmazonia1> [Consulta: 17 de marzo de 2022].
- MATTA, G. C., REGO, S., SOUTO, E. y SEGATA, J. (2021, orgs.): *Os impactos sociais da COVID-19 no Brasil populações vulnerabilizadas e respostas à pandemia, Série Informação para ação na COVID-19*. Rio de Janeiro: Fiocruz; SciELO books. Disponible en: <https://books.scielo.org/id/r3hc2/pdf/matta-9786557080320.pdf>.
- MENDES, G., BELAUNDE, L. y BOLÍVAR-URUETA, E. (2021, eds. n.º especial): *Mundo Amazónico. Reflexões e perspectivas sobre a pandemia de COVID-19 (Parte II)*, 12 (1). Disponible en: <https://revistas.unal.edu.co/index.php/imanimundo/issue/view/5527>.
- MINISTERIO DEL INTERIOR (2014): «Decreto 1953 de 2014». En *Ministerio del Interior Gobierno Colombia*. Disponible en: <https://www.mininterior.gov.co/la-institucion/normatividad/decreto-1953>.
- MINISTERIO DE SALUD (MINSALUD) (2019): *Análisis de Situación de Salud (ASIS) Colombia, 2019*. Bogotá D.C.: Dirección de Epidemiología y Demografía. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/ED/PSP/asis-2019-colombia.pdf>.
- (2022a): *Capacidad instalada para la prestación de servicios de salud, Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia*. Disponible en: <https://minsalud.maps.arcgis.com/apps/opsdashboard/index.html#/1de89936b24449edb77e162d485ed5d9> [Consulta: 28 de agosto de 2020].
- (2022b): *Dosis aplicadas contra COVID-19. Plan Nacional de vacunación contra COVID-19, Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia*. Disponible en: <https://app.powerbi.com/view?r=eyJrIjoiNTMhZTJmZWYtOWFhMy00OGE1LWFiNDAtMTJmYjM0NDA5NGY2IiwidCI6ImJmYjdlMTNhLTdmYjctNDAxNi04MzBjLWQzNzE2ZThkZDhiOCJ9> [Consulta: 25 de marzo de 2022].
- (2022c): *Vacunación contra COVID-19. Plan Nacional de vacunación contra COVID-19, Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia*. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/salud/publica/Vacunacion/Paginas/Vacunacion-covid-19.aspx> [Consulta: 23 de marzo de 2022].
- (2022d): *Vacunas contra COVID-19 asignadas a entidades territoriales en Colombia. Plan Nacional de Vacunación contra COVID-19, Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia*. Disponible en: <https://app.powerbi.com/view?r=eyJrIjoiNTMhZTJmZWYtOWFhMy00OGE1LWFiNDAtMTJmYjM0NDA5NGY2IiwidCI6ImJmYjdlMTNhLTdmYjctNDAxNi04MzBjLWQzNzE2ZThkZDhiOCJ9> [Consulta: 5 de julio de 2022].
- MINISTERIO DE SALUD (MINSALUD), INSTITUTO NACIONAL DE SALUD (INS), INSTITUTO COLOMBIANO DE BIENESTAR FAMILIAR (ICBF) y UNIVERSIDAD NACIONAL DE COLOMBIA (UNAL) (2015): *Encuesta Nacional de la Situación nutricional-ENSIN 2015-Indicadores priorizados*. Bogotá D.C.
- MONTOYA, P. (2002): *Portafolio para la prestación de servicios en el área rural del departamento del Vaupés*. Mitú: Grupo Funcional para la Prestación de Servicios en la Zona Rural, Servicio Seccional de Salud del Vaupés. Documento sin publicar.
- OJO PÚBLICO (2021): «Visiones del coronavirus, Ojo público Especiales». En *Ojo Público*. agosto de 2021. Disponible en: <https://ojo-publico.com/especiales/visiones-del-coronavirus/es/> [Consulta: 6 de julio de 2022].

- PESANTES, M. A. y GIANELLA, C. (2020): «¿Y la salud intercultural?: Lecciones desde la pandemia que no debemos olvidar». *Mundo Amazónico*, 11 (2), pp. 93-110. Disponible en: <https://doi.org/10.15446/ma.v11n2.88659>.
- PONTES, A. L. DE M., REGO, S. y GARNELO, L. (2015): «O modelo de atenção diferenciada nos Distritos Sanitários Especiais Indígenas: reflexões a partir do Alto Rio Negro/AM, Brasil». *Ciencia e Saude Coletiva*, 20 (10), pp. 3199-3210. Disponible en: <https://doi.org/h936>.
- PROYECTO ESPERANZA (2021): *Cosmovisión & pandemia. Qué podemos aprender de las respuestas indígenas a la actual crisis de salud* [serie transmedia]. Disponible en: <https://cosmopandemic.esperanzaproject.com/>.
- REICHEL-DOLMATOFF, G. (1997): *Chamanes de la selva pluvial: ensayos sobre los indios tukano del noroeste amazónico*. Dartington: Themis.
- REMALI, J. y AIZAT, W.M. (2021): «A Review on Plant Bioactive Compounds and Their Modes of Action Against Coronavirus Infection». *Frontiers in Pharmacology*, 11 (January), pp. 1-13. Disponible en: <https://doi.org/10.3389/fphar.2020.589044>.
- RED ECLESIAL PANAMAZÓNICA (REPAM) (2021): «COVID-19 en la PanAmazonía». En *Red Eclesial Panamazónica*. Disponible en: <https://redamazonica.org/covid-19-panAmazonia/> [Consulta: 23 de marzo de 2022].
- RUSSO, G. y BASTOS, M. (2020): «Necropolitics in the Jungle: COVID-19 and the Marginalisation of Brazil's Forest Peoples». *Bulletin of Latin American Research*, 39 (S1), pp. 92-97. Disponible en: <https://doi.org/10.1111/blar.13177>.
- SECRETARÍA DE SALUD DEPARTAMENTAL DE VAUPÉS (2020): *Plan de Contingencia COVID-19 del Vaupés*. Mitú, Vaupés. Disponible en: https://www.sinergiasong.org/_files/ugd/842017_ca5bdd6e89384024ad76c5ee6cee6a0b.pdf?index=true.
- SERJE, M. (2012): «El mito de la ausencia del Estado: la incorporación económica de las “zonas de frontera” en Colombia». *Cahiers des Amériques latines*, 3 (71), pp. 95-117. Disponible en: <https://doi.org/10.4000/cal.2679>.
- SIERRA, J. R. (2020): «La inexistente respuesta regional a la COVID-19 en América Latina». *Geopolítica(s)*, 11 (n.º especial), pp. 209-222. Disponible en: <https://doi.org/h94b>.
- SILVA, J. (2020): «A COVID-19 na Terra Indígena Vale do Javari: entraves e equívocos na comunicação com os Korubo». *Mundo Amazónico*, 11 (2), pp. 145-168. Disponible en: <https://doi.org/h94x>.
- SINERGIAS-ALIANZAS ESTRATÉGICAS PARA LA SALUD Y EL DESARROLLO SOCIAL Y UNIVERSIDAD NACIONAL DE COLOMBIA (2020): *Programa de radio: El canto del Tucán. Curso de Extensión para la prevención, atención y vigilancia epidemiológica de los casos de COVID-19 en comunidades indígenas de la Amazonía colombiana* [Pódcast]. Disponible en: <https://www.sinergiasong.org/elcantodeltucanamazonas> [Consulta: 23 de marzo de 2022].
- SINERGIAS-ALIANZAS ESTRATÉGICAS PARA LA SALUD Y EL DESARROLLO SOCIAL (2021): *El Canto del Tucán: Podcast para la prevención, atención y vigilancia epidemiológica de los casos de COVID-19 en comunidades indígenas de la Amazonía colombiana* [Pódcast]. Disponible en: <https://www.sinergiasong.org/elcantodeltucancovid19> [Consulta: 23 de marzo de 2022].
- (2022): «Observatorio de Salud Amazónico». En *Sinergias-Alianzas estratégicas para la salud y el desarrollo social*. Disponible en: <https://www.sinergiasong.org/observatorio-de-salud-amazonico> [Consulta: 23 de marzo de 2022].
- SINGER, M. y RYLKO-BAUER, B. (2021): «The Syndemics and Structural Violence of the COVID Pandemic: Anthropological Insights on a Crisis». *Open Anthropological Research*, 1 (1), pp. 7-32. Disponible en: <https://doi.org/10.1515/opan-2020-0100>.
- SOUZA, W. DE, BUSS, L., DARLAN, C., CARRERA, J., LI, S., ZAREBSKI, A., MORAES, R., PRETE, C., DE SOUZA, A., PARAG, K., BELOTTI, M., VINCENTI, M., MESSINA, J., DA SILVA, F., DOS SANTOS, P., NASCIMENTO, V., GHILARDI, F., ABADE, L., GUTIERREZ, B., ... RODRIGUES, N. (2020): «Epidemiological and clinical characteristics of the COVID-19 epidemic in Brazil». *Nature Human Behaviour*, 4 (8), pp. 856-865. Disponible en: <https://doi.org/10.1038/s41562-020-0928-4>.
- URREGO-RODRÍGUEZ, J.H. (2020): «Las luchas indígenas por el derecho fundamental a la salud propia e intercultural en Colombia». *Saúde em Debate*, 44 (spe1), pp. 79-90. Disponible en: <https://doi.org/10.1590/0103-11042020s106>.

- VERSCHUREN, B., WILD, R., MCNEELY, J. y OVIEDO, G. (2010, eds.): *Sacred natural sites: conserving nature and culture*. Londres: Earthscan; International Union for Conservation of Nature and Natural Resources. Disponible en: <https://portals.iucn.org/library/sites/library/files/documents/2010-045.pdf>.
- VILLENA, M., VERA, I., CARDONA, A., ZAMALLOA, R., QUISPE, M., FRISANCHO, Z., ABARCA, R. C., ALVAREZ, S. G., MEJIA, C. R. y YAÑEZ, J. A. (2021): «Use of medicinal plants for COVID-19 prevention and respiratory symptom treatment during the pandemic in Cusco, Peru: A cross-sectional survey». *PLoS ONE*, 16 (9), pp. 1-18. Disponible en: <http://doi.org/10.1371/journal.pone.0257165>.
- VITTOR, A. Y., LAPORTA, G. Z., SALLUM, M. A. M. y WALKER, R. T. (2021): «The COVID-19 crisis and Amazonía's indigenous people: Implications for conservation and global health». *World Development*, 145, p. 105533. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.worlddev.2021.105533>.
- WANG, Z. y TANG, K. (2020): «Combating COVID-19: health equity matters». *Nature Medicine*, 26 (4), p. 458. Disponible en: <https://doi.org/10.1038/s41591-020-0823-6>.
- WEBB, M., NÁPOLES, A. y PEREZ-STABLE, E. (2020): «COVID-19 and Racial/Ethnic Disparities». *Journal of the American Medical Association*, 323 (24), pp. 2466-2467. Disponible en: <https://doi.org/10.1001/jama.2020.8598>.
- ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (OMS) (2022): «WHO Coronavirus (COVID-19) Dashboard». En *World Health Organization*. Disponible en: <https://covid19.who.int/table> [Consulta: 17 de marzo de 2022].
- WRIGHT, R. M. (2018): «The Kuwai Religions of Northern Arawak-Speaking Peoples: Initiation, Shamanism, and Nature Religions of the Amazon and Orinoco». *Boletín de Antropología*, 33 (55), pp. 123-150. Disponible en: <https://doi.org/10.17533/udea.boan.v33n55a07>.
- ZÁRATE, C. G. y MOTTA, J. A. (2020): «Las fronteras amazónicas: un mundo desconocido». *Nueva Sociedad*, 289, pp. 126-137. Disponible en: <https://nuso.org/articulo/las-fronteras-amazonicas-un-mundo-desconocido/>.
- ZÁRATE, J. (2021): «Tasa de letalidad de la covid-19: la cifra de la discordia». *Diario Médico*, 27 de julio de 2021. Disponible en: <https://www.diariomedico.com/medicina/medicina-preventiva/tasa-de-letalidad-de-la-covid-19-la-cifra-de-la-discordia.html>.