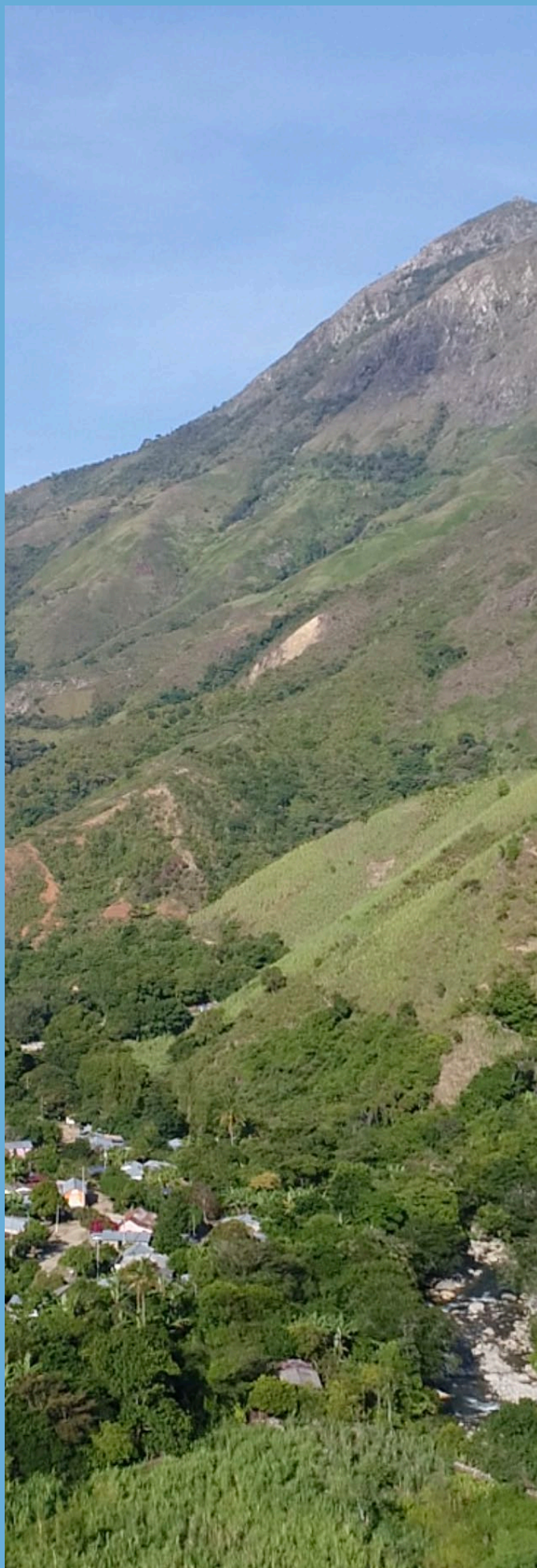


INFORMACIÓN PARA PROTEGER LA VIDA Y LOS TERRITORIOS



BOLETÍN
055

COORDINACIÓN POLÍTICA

LUIS FERNANDO ARIAS ARIAS
Consejero Mayor ONIC

EQUIPO TÉCNICO

Wilson Fernando Herrera Baltán
Coordinador SMT - Diseño metodológico

Eudo Fidel Cuarán Hernández
Procesamiento y análisis de datos

Andrea del Pilar Cárdenas Sánchez
Procesamiento y análisis de datos

EDICIÓN

Diana Carolina Abondano Lozano
Jany Delgado
Carmen Luisa Castro Carvajal

COMUNICACIONES SMT

Jany Delgado

DISEÑO

Felipe Uribe

DIAGRAMACIÓN

Anderson Cárdenas

DIFUSIÓN

Maricela Londoño Castro

CONSEJO MAYOR DE GOBIERNO ONIC

LUIS FERNANDO ARIAS ARIAS
(Pueblo Kankuamo)
Consejero Mayor y Representante Legal

HIGINIO OBISPO GONZÁLEZ
(Pueblo Eperara Siapidara)

Consejero Secretario General

GÚSTAVO VÉLEZ TASCON
(Pueblo Nasa)
Consejero de Derechos de los Pueblos Indígenas, Derechos Humanos y Paz

HEBER TEGRIA UNCARÍA
(Pueblo U'wa)
Consejero de Planeación, Administración y Finanzas

LEJANDRINA PASTOR GIL
(Pueblo Wiwa)
Consejera de Mujer, Familia y Generación

FELIPE RANGEL UNCACÍA
(Pueblo U'wa)
Consejero de Territorio, Bienes Naturales y Biodiversidad

ÁLVARO PIRANGA CRUZ
(Pueblo Coreguaje)
Consejero de Sistemas de Investigación, Información y Comunicaciones

ROSENDO AHUE COELLO
(Pueblo Tikuna)
Consejero de Medicina Tradicional y Salud Occidental

CÉSAR CULMA YARA
(Pueblo Pijao)
Consejero de Educación Propia e Intercultural

**En TIEMPO DE SALVAGUARDARNOS,
los Padres Espirituales dicen:**

- “La pandemia es una oportunidad para renovar el espíritu y la relación con la Madre Tierra, con nuestras familias, comunidades y en general como sociedad. Esta no es la primera batalla que los pueblos indígenas hemos librado, debemos seguir siendo resilientes,*
- *pues la pervivencia es un*
 - *mandato ancestral que aviva*
 - *nuestras fuerzas.”*

El Boletín 055 presenta el análisis de riesgo a partir de una metodología propia, que puede ser consultada al final de este documento. Los datos presentados son producto de relacionar el ámbito territorial de los Pueblos y Naciones Indígenas, los datos recolectados por el Sistema de Monitoreo Territorial - SMT y los reportes oficiales del Instituto Nacional de Salud (INS).



De acuerdo a las orientaciones de los Mayores y Mayoras, a partir del Boletín 004 no se hace referencia al nombre científico del virus.

Actualización de afectación de la pandemia en Pueblos y Naciones Indígenas

Reiteramos la recomendación a la población indígena para mantener las medidas y protocolos de bioseguridad propios y el fortalecimiento de sus planes de contingencia locales y regionales, dado que ante la segunda ola de contagios que estamos viviendo, los niveles de prevalencia se han incrementado de manera acelerada en todos los municipios del país.

Actualización del nivel de riesgo: Este boletín registra un total de 537.252 familias indígenas en alerta por probabilidad de contagio; se mantiene el número de familias en riesgo respecto al boletín 054, dado que la expansión del virus ha llegado al 100 % de los territorios. Del total de familias, se encuentran en riesgo extremo 0,5% (2.523 familias); Muy alto 11% (52.511 familias), moderado 3,3% (18.075) y Bajo 85.3% (458.143) familias, según prevalencia, letalidad y cercanía a un radio entre 15 y 45 kilómetros de los centros poblados y áreas no municipalizadas con casos confirmados.

**BOLETÍN 055
SISTEMA DE MONITOREO
TERRITORIAL
SMT-ONIC**

**INFORMACIÓN PARA
PROTEGER LA VIDA
Y LOS TERRITORIOS**

21 de enero de 2021
Fecha de corte de datos:
13 de enero de 2021

La ONIC - Autoridad Nacional de Gobierno Indígena elabora periódicamente este boletín informativo para contribuir a la toma de decisiones oportunas y pertinentes por parte de las Autoridades Tradicionales, que se encuentran actuando en Derecho Propio para la protección de los territorios y comunidades, así como de organizaciones sociales y étnicas, entidades de cooperación e instituciones gubernamentales para aunar esfuerzos que permitan garantizar la pervivencia y la integridad de los 115 Pueblos y

(Mapa 1 y Gráfico 2)

Histórico de casos en Pueblos y Naciones Indígenas: El Sistema de Monitoreo Territorial SMT - ONIC ha identificado que actualmente, el virus ha llegado a los 41.313 casos para Pueblos Indígenas y el registro de 3.411 casos nuevos. En los 293 días que el SMT ha realizado el seguimiento a la pandemia hasta la fecha, en promedio, en las comunidades se estarían presentando 141 casos diarios nuevos y cada 15 días se está duplicando el número de casos positivos. A la fecha de corte de este boletín, identificamos 1.385 casos de fallecidos.

Los pueblos indígenas Zenú, Mokaná, Los Pastos, Pijao, Muisca y Nasa deben prever posibles rebrotes en sus territorios.

A nivel nacional, el virus se ha expandido a 1.098 municipios y 12 áreas no municipalizadas: Yavaraté, Papunahua, Pacoa (Vaupés), La Chorrera, La Pedrera, Puerto Santander, Tarapacá (Amazonas), Mapiiripana, San Felipe, Barrancominas, Puerto Colombia y Panamá Panamá (Guainía), es decir, el virus se habría expandido al 98% de los municipios del país. Para los Pueblos y Naciones Indígenas el virus ha llegado a 735 municipios y 10 áreas no municipalizadas.



ANÁLISIS ANTE LA CRISIS Y EMERGENCIA DE SALUD

La debilidad del sistema de salud colombiano ha evidenciado la precaria capacidad para atender la crisis de salud pública generada por la pandemia. Si bien el personal médico y de salud ha realizado una labor heroica en la primera línea para la atención de las personas contagiadas, no cuentan con todas las condiciones requeridas para estas circunstancias: equipamientos, medicamentos y salarios justos y oportunos; por su parte, la ciudadanía en condiciones de pobreza, desempleada y vulnerable tampoco cuenta con una política que garantice la Renta Básica

que permita el acatamiento de las medidas de cuarentena / aislamiento selectivo que se exigen desde el gobierno nacional y municipales.

Actualmente, nos encontramos en una situación de crisis y de emergencia, de colapso hospitalario porque en general en el país se bajó la guardia y se promovió la reactivación económica junto con la denominada nueva realidad; estrategias que amparados por el lema del autocuidado no destinó los recursos necesarios para enfrentar el impacto de la pandemia. La realidad que se vive en el país demuestra que se requieren políticas e inversión del gasto público; Colombia es el país del mundo que menos recursos ha destinado para enfrentar la pandemia y la prioridad no ha sido el sistema de salud y la vacunación, ni las economías de las familias más vulnerables, sino el sector financiero'.

Un aspecto fundamental que señalan los expertos es que el Gobierno Nacional no dio las respuestas necesarias en cuanto a infraestructura hospitalaria para atender la pandemia, si bien se incrementaron las Unidades de Cuidados Intensivos (UCI), pasando de 5.300 a 11.909² disponibles en el país, estas no cuentan con el talento humano calificado y requerido para su efectivo funcionamiento, de tal forma este número de UCI que aparecen reportadas no necesariamente funcionan en la realidad, así la información registrada en el SISPRO da cuenta que se están utilizando en la actualidad un total de 4.966 camas y se encuentran disponibles 2.965³. De tal forma, existen problemas con los sistemas de información y no se ha hablado con claridad al país sobre este tema ni sobre las vacunas.

Ante la grave situación, diversas organizaciones sociales, académicos y comunidad en general publicaron un comunicado a la opinión pública ¡Cuarentena con hambre y vacunas ya!⁴, exigiendo las garantías básicas para la protección de la vida que el gobierno al día de hoy no ha prestado a toda la sociedad colombiana, en especial,

los más pobres y vulnerables. Desde la ONIC apoyamos este llamado y seguiremos en la consulta espiritual y discusión sobre las medidas específicas para las comunidades y pueblos indígenas en materia de vacunación.

SITUACIÓN ACTUAL DE LA PANDEMIA EN PUEBLOS Y NACIONES INDÍGENAS

Para los Pueblos Indígenas el año 2021 inicia con el registro de 3.411 nuevos casos de contagio y en riesgo inminente por causa del abandono estatal así como la imposibilidad de dialogar y coordinar acciones con el Gobierno Nacional en cabeza del Ministerio de Salud y Protección Social, el Instituto Nacional de Salud, y las EPS quienes han asumido una estrategia de mitigación y atención de esta crisis de salud de manera unilateral.

Poco a poco, el virus ha ido cercando más y más a los pueblos indígenas. Así, desde el pasado 30 de diciembre, el Consejero Mayor de la Organización Nacional Indígena de Colombia anunció su diagnóstico como positivo para el virus, desde entonces inició su lucha por su salud y vida con la fuerza espiritual de sus ancestros y bajo tratamiento médico, sin embargo, desde el día domingo 17 de enero fue ingresado a una UCI en el Instituto Cardiovascular de Valledupar, y actualmente se encuentra estable, recibiendo atención médica especializada con la tecnología ECMO en la ciudad de Barranquilla. Nuestro pensamiento bonito y fuerza espiritual para su pronta recuperación y la de todos los hombres y mujeres indígenas afectados por el virus. A mediados de diciembre de 2020, el Gobierno Nacional anunció al país que tenían aseguradas las primeras 40 millones de dosis de vacuna a través de mecanismos bilaterales y multilaterales con los cuales se tiene planeado vacunar a la población en 2

fases y 5 etapas, teniendo como priorización los grupos de riesgo y así progresivamente alcanzar 35 millones de colombianos vacunados conforme su Plan Nacional de Vacunación. El caso es que los contratos en ese momento ni siquiera existían y a hoy, la situación sobre los acuerdos están llenos de dudas en lo relativo a su transparencia, aunque el Contralor General de la República, Carlos Felipe Córdoba, aseguró que sí existen los contratos, entonces habrá que confiar en la buena fe de este gobierno que ha manejado tan mal la pandemia en el país y que deja los recursos en manos de la Unidad Nacional para la Gestión del Riesgo de Desastres (UNGRD). Lo que sí tenemos claro es que los colombianos y colombianas tenemos el derecho a saber: ¿cuánto vamos a pagar por las vacunas?, ¿cuando se firmaron tales contratos? y ¿cuándo llegarán las vacunas al país e iniciará efectivamente la inmunización?.

La etapa 1 del Plan Nacional de Vacunación contempla la vacunación de las personas de 80 años y más, los trabajadores de salud en primera línea de atención del virus, el personal de apoyo logístico a la primera línea de atención del virus, personal médico, residentes e internos, personal encargado de realizar acciones de salud pública, personal técnico y médico que realizan autopsias y necropsias. En la etapa 2 están: personas entre 60 y 79 años, trabajadores de salud y personal de apoyo de todas las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud de cualquier nivel de atención. En la etapa 3 se encuentran: población entre los 16 y 59 años con al menos una de las comorbilidades identificadas, profesores o personal docente, agentes educativos comunitarios, personal de las fuerzas militares y de Policía Nacional. En la etapa 4 se prevé vacunar a cuidadores institucionales de niños y adolescentes del ICBF, bomberos, personal de la Cruz Roja y Defensa Civil, población privada de la libertad, guardias del INPEC, personal que manipula cadáveres en funerarias y cementerios y centros de cremación, personal en situación de calle, y finalmente en la etapa 5 la población entre los 16 y 59 años

¹ Ver Foro: ¡Cuarentena sin hambre y vacunas ya!

² Ver Capacidad instalada para la prestación de servicios de salud_Minsalud

³ Ver Situación Covid_Sispro

⁴ Ver Comunicado: Cuarentena sin hambre y vacunas ya

libres de comorbilidades⁵.

Sobre la incorporación del enfoque diferencial, el Plan Nacional de Vacunación indica “con el propósito de no discriminar, características como el sexo, el credo, ideología, capacidad económica, orientación sexual o identidad de género no se utilizarán arbitrariamente como base para la asignación diferencial a la vacuna. No obstante, sí se considerarán otros aspectos como la mayor vulnerabilidad territorial, de manera que la población que reside en zonas rurales, rurales dispersas y territorios con menos de 1.500 habitantes puedan también ser vacunados (...)”⁶.

En este sentido, los pueblos y comunidades indígenas no estamos incluidos dentro del Plan Nacional de Vacunación. El Ministerio de Salud y Protección Social no ha convocado a las Autoridades y Organizaciones Indígenas para ser incluidos en dicho plan, por lo cual seremos los últimos o simplemente excluidos, dado que el 79% de la población indígena en Colombia se encuentra en zonas rurales e inclusive en los territorios más lejanos del país, y según palabras del Ministro de Salud, Fernando Ruíz, “Para zonas rurales es necesario y fundamental tener otros tipos de vacuna que no requieran ultracongelación, solamente refrigeración, así como operativos mucho más simples y sencillos de transporte, distribución y aplicación”⁷. Así, el movimiento indígena en el marco del Derecho Mayor, el Gobierno Propio, la Ley de Origen y La Ley Natural deberá consensuar y reorientar sus acciones políticas que permitan garantizar la pervivencia de los pueblos indígenas en medio de esta pandemia, buscando desde su autonomía acceso gratuito, público y universal en alianza con otros procesos organizativos y étnicos. De lo contrario, entre tanto la vacuna llega a los territorios indígenas el virus seguirá causando una pérdida sensible e irreparable para nuestros pueblos, siendo conscientes que los Sabios (as), Mayores (as) y Ancianos (as), son los más afectados por el virus y que como sabemos son los guardianes de los conocimientos tradicionales, la experiencia

y la sabiduría ancestral de los Pueblos Indígenas y constituyen el fundamento y orientación a nivel espiritual y cultural en el ejercicio del Gobierno Propio.

ACTUALIZACIÓN DE AFECTACIÓN DE LA PANDEMIA EN PUEBLOS Y NACIONES INDÍGENA

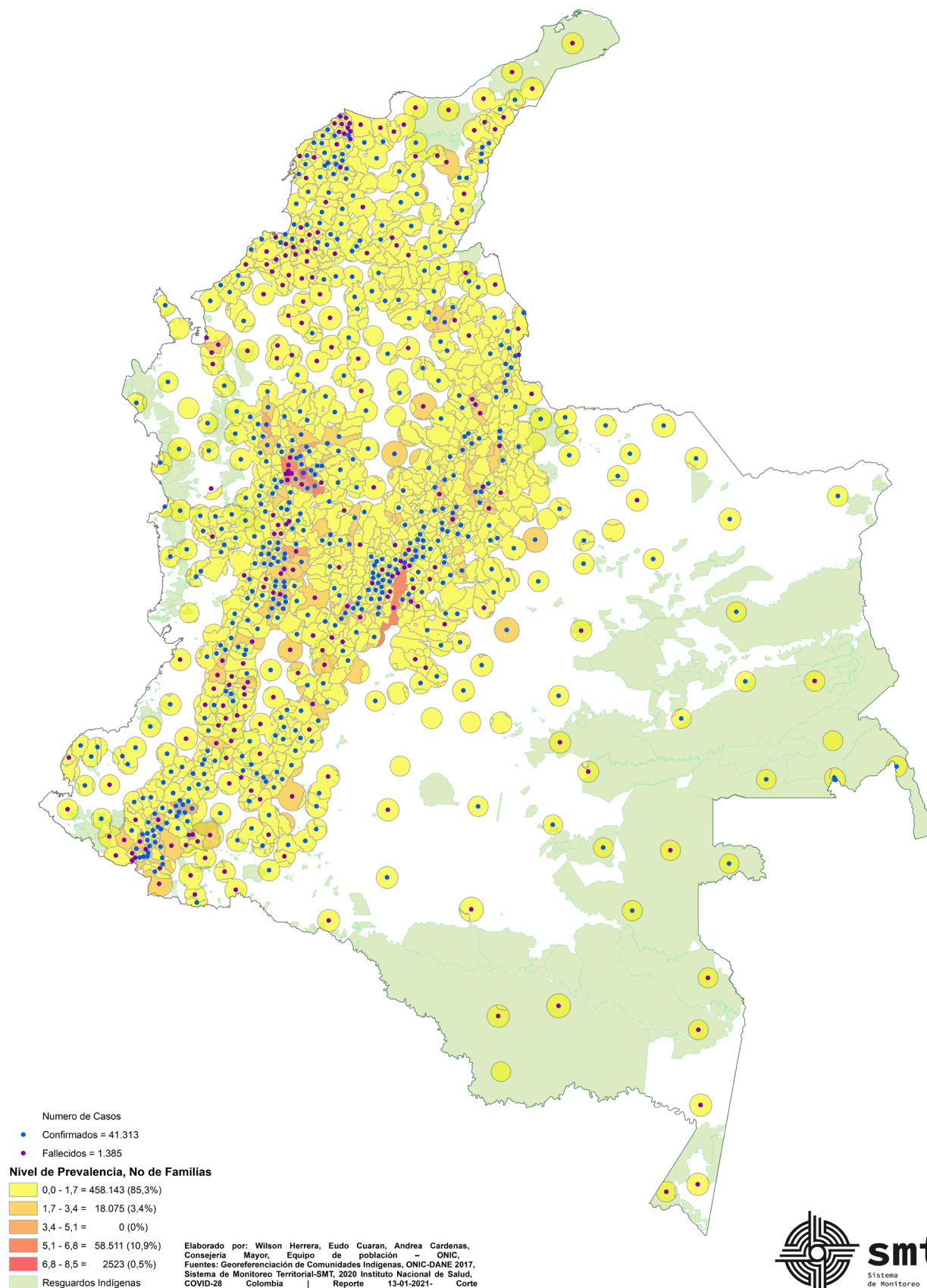
El Sistema de Monitoreo Territorial - SMT efectuó el procesamiento y análisis de la información, realizando el cruce de los ID del Dataset de fecha 13 de enero de 2021 del Instituto Nacional de Salud, que reportó 30.432 casos en Pueblos Indígenas; y a su vez, el cruce del ID de casos del boletín 054 (37902), registrando 3.411 nuevos casos. El SMT identifica y registra a la fecha de corte de esta edición 055, un total de 41.313 casos para Pueblos y Naciones Indígenas.

⁵ VMinisterio de Salud y Protección Social, Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/salud/publica/Vacunacion/Paginas/Vacunacion-covid-19.aspx>

⁶ Ministerio de Salud y Protección Social, Plan Nacional de Vacunación contra el COVID-19. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/pnv-contra-covid-19.pdf>

⁷ RCN RADIO: Vacuna de Pfizer no se aplicará en las zonas rurales de Colombia. Disponible en: <https://www.rcnradio.com/salud/vacuna-de-pfizer-no-se-aplicara-en-las-zonas-rurales-de-colombia>

Comunidades Indígenas indígenas rurales y urbanas en riesgo por cercanía a centros poblados con casos confirmados según prevalencia y letalidad del virus (13 de enero de 2021)



1. Actualización del nivel de riesgo: análisis de riesgo por cercanía según prevalencia y letalidad de centros poblados con casos confirmados

En el mapa 1 se presenta la actualización del análisis de riesgo para familias con corte al 13 de enero de 2021. Se registra un total de 537.252 familias indígenas en alerta por inminente afectación de contagio, es decir, se mantiene el número de familias en riesgo respecto del boletín 054. Del total de familias, se encuentran en riesgo extremo 0,5 % (2.523 familias); Muy alto 11 % (52.511 familias), moderado 3,3 % (18.075 familias) y Bajo 85,3 % (458.143) familias, según prevalencia, letalidad y cercanía a un radio entre 15 y 45 kilómetros de los centros poblados y áreas no municipalizadas con casos confirmados. (Mapa 1 y Gráfico 2)

1.1 Crecimiento del virus por municipios en Colombia

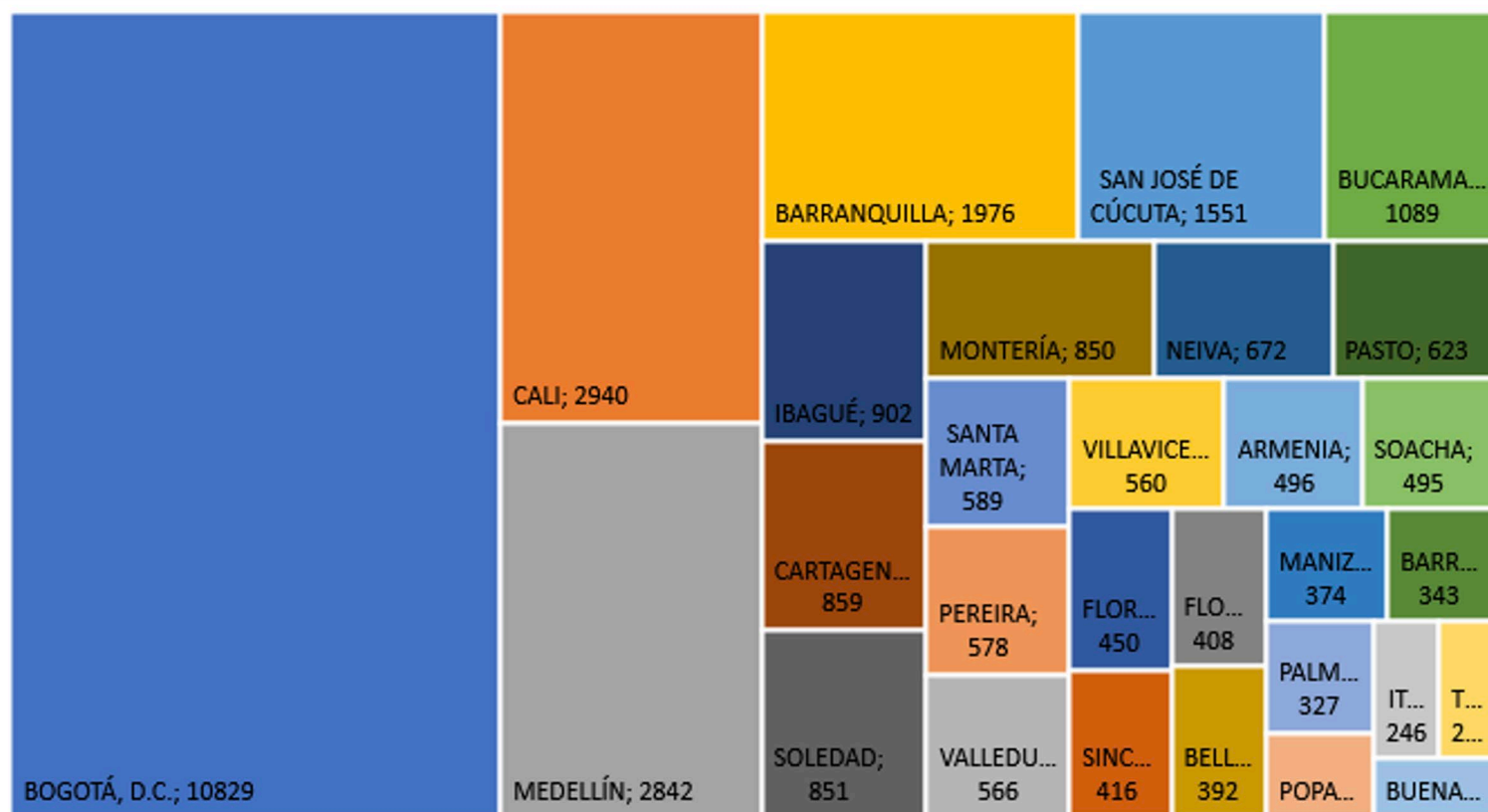
Los datos del Instituto Nacional de Salud (INS) indican que a corte del 13 de enero de 2021, el virus se ha expandido a 1.098 municipios y 12 áreas no municipalizadas: Yavaraté, Papunahua, Pacoa (Vaupés), La Chorrera, La Pedrera, Puerto Santander, Tarapacá (Amazonas), Mapiripana, San Felipe, Barrancominas y Puerto Colombia, Panamá Panamá (Guainía); respecto al boletín 054, la pandemia ha llegado a cinco (5) nuevos municipios. A corte de este boletín, el virus se ha propagado al 98% de los municipios y se registraron 1.831.980 casos históricos en el país.

A nivel nacional, el 49,7 % de los casos se encuentran en seis ciudades y municipios, así: Bogotá D.C. (28,9 %), Medellín (9 %), Cali (5,8 %), Barranquilla (3,4 %), y Cartagena (2,6 %) que corresponden a municipios de categoría especial *, respecto al boletín anterior se observa un ligero incremento en Bogotá y Cartagena. Así mismo, un 90 % de los casos se encuentran como

recuperados (1.665.003) y al corte de este boletín, se registran un total de 47.124 fallecidos. El 52,4 % de los fallecimientos a nivel nacional se presentan en 10 ciudades, en su orden: Bogotá D.C. (10.829), Cali (2.940), Medellín (2.842), Barranquilla (1.976), Cúcuta (1.551), Bucaramanga (1.089), Ibagué (902), Cartagena (859), Soledad (851), y Montería con 850 fallecimientos. En el gráfico 1 se pueden observar los municipios más afectados por mayor número de defunciones históricas a causa de la pandemia.

* Categorías Municipales: Especial - Población =>500.000; 1era - Población => 100.001 - <=500.000; 2da - Población => 50.001 - <=100.000; 3ra - Población => 30.001 - <=50.000; 4ta - Población => 20.001 - <=30.000; 5ta - Población => 10.001 - <=20.000; 6ta - Población <10.000.

Gráfico 1. Municipios con mayor número de defunciones por causa de la pandemia en Colombia



Fuente: Instituto Nacional de Salud (DataSet de Casos, corte a 13 de enero de 2021)

1.2 Crecimiento del virus por municipios en Pueblos Indígenas

La evolución del nivel de riesgo espacial de contagio muestra que el 100 % de las comunidades y familias indígenas georeferenciadas por el SMT - ONIC ya se encuentran en algún nivel de riesgo y que dada la política de favorecer el mercado y no la vida, muchos de los esfuerzos realizados por mantener el aislamiento comunitario se están viendo afectados en los territorios indígenas. Una parte importante de esta crisis en los pueblos indígenas se explica claramente en las presiones que han recibido las comunidades indígenas a abrir sus territorios para el ingreso de las entidades con el objeto de debatir, en su mayoría, temas que solo benefician los intereses del gobierno nacional o los empresarios con relación al territorio. Sobre el incremento en el número y los niveles de prevalencia en los municipios con población indígena y

afrodescendiente, se ha retornado a niveles iguales o superiores a los presentados en los meses de julio - agosto, teniendo como determinante la apertura económica desde el 1 de septiembre, pero llama la atención que las tasas de prevalencia y letalidad se mantengan relativamente estables cuando ya el sistema de salud presenta un copamiento de las Unidades de Cuidados Intensivos (UCI), es decir que la “realidad” de los datos presentados por el gobierno nacional está enmascarando la gravedad y magnitud de los efectos de la pandemia en el territorio nacional, impidiendo que se adopten las decisiones pertinentes de política pública local y regional.

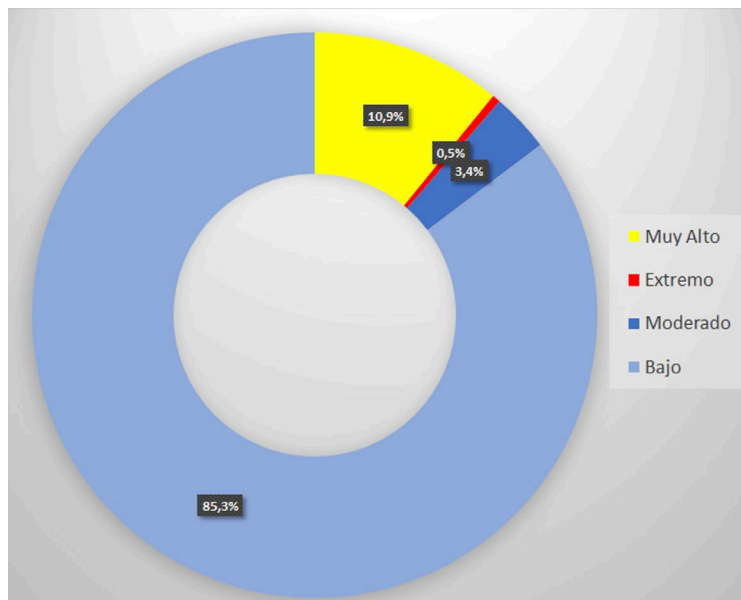
Este incremento en los niveles de prevalencia y riesgo a los que se ven expuestas las comunidades indígenas por falta de una coordinación entre las instituciones de salud y el Ministerio de Salud y Protección

Social con las organizaciones indígenas, prende las alarmas de cara al próximo pico de la pandemia en los territorios indígenas, que al día de hoy ha cobrado más de 1.200 fallecimientos de Mayoras (es), Sabedores (as), líderes, lideresas, y comuneros (as) indígenas.

Ante esta situación, la ONIC reitera la exigencia a las Autoridades y al Gobierno Nacional para desarrollar de manera URGENTE una coordinación efectiva y real que armonice la estrategia PRASS y los sistemas de monitoreo propios, y que permita extremar todas las medidas de bioseguridad en los territorios indígenas. Se recomienda nuevamente evitar las reuniones de 50 o más personas, así las mismas estén permitidas por la normatividad expedida por el gobierno nacional y gobiernos locales, dar seguimiento al nexo epidemiológico; implementar los protocolos de traslado de pacientes; medidas de bioseguridad y convivencia con familiares enfermos, y coordinación con las IPS-I, Secretarías de Salud departamentales y municipales para el tratamiento de pacientes en casa, entre otros casos.

Para aquellas comunidades y pueblos que se han identificado en un nivel de riesgo extremo y muy alto, el llamado es regresar al cierre de los territorios, impedir el ingreso de personal foráneo, así como a monitorear el estado de salud (síntomas de sus comunidades); aquellas que se encuentran en nivel de riesgo moderado y bajo se recomienda no perder de vista casos de sintomatologías como fiebre y pérdida del olfato o gusto en sus comunidades, ya que es evidente un nuevo pico en las comunidades indígenas con incremento de casos (contagios, afectados permanentes y fallecimientos) como consecuencia del relajamiento de fin de año en las normas básicas como uso de tapabocas, distanciamiento social, bioseguridad comunitaria y control territorial.

Gráfico 2. Niveles de riesgo de familias indígenas según prevalencia y letalidad del virus



Fuente: Georeferenciación de comunidades indígenas, ONIC 2020, Instituto Nacional de Salud, COVID-21 Colombia | Reporte 13-01-2021-Corte 12:00 p.m. Elaboró: Equipo Dinámica de Población ONIC, Equipo de Articulación, Monitoreo y Producción de Información ONIC.

Para los Pueblos y Naciones Indígenas, a corte de este boletín 055, el virus ha llegado a 735 municipios y 10 áreas no municipalizadas: Yavaraté, Pacoa (Vaupés), La Chorrera y Puerto Santander, La Pedrera, Tarapacá (Amazonas), Panamá Panamá, Barranco Minas, Mapiripana y San Felipe (Guainía); con respecto al boletín anterior hay un incremento de expansión del virus en 26 nuevos municipios con casos indígenas. Entre los departamentos con más de mil casos históricos en población indígena se encuentran: Bogotá D.C, Atlántico, Nariño, Valle del Cauca, Antioquia, Córdoba, Cauca, Bolívar, Sucre, La Guajira, Amazonas, Tolima, Cundinamarca y Cesar.

A nivel de municipios, el 58,6 % de los casos se registran en los siguientes 20 municipios / ciudades: Bogotá D.C. (6.842), Cali (1.961), Cartagena (1.945), Barranquilla (1.533), Medellín (1.267), Leticia (1.248), Popayán (1.110), Sincelejo (1.067), Pasto (1.006), Valledupar (823), Montería (731), Ipiales (713), Soledad (645), Ibagué (598), Maicao (521), Mitú (506), Villavicencio (404), Riosucio (425), Galapa (416), y Malmambo (415). En el mapa 2 se muestran los

municipios con casos indígenas.

En el mapa 3 es posible identificar la totalidad de municipios únicamente con casos activos en población indígena, **que a corte de este boletín representan 613 casos**, de los cuales a nivel de municipios en 610 no registran casos activos indígenas, es decir, en un 81 % de los municipios; en 119 municipios (15 %) han registrado menos de 10 casos y sólo en 16 municipios hay un número mayor a 10 casos activos, lo que significa que a 13 de enero de 2021, **tendríamos casos indígenas activos en 135 municipios. Entre los municipios con más de 10 casos indígenas que se encuentran activos están: Bogotá D.C. (108), Valledupar (29), Cali (28), Popayán (25), Ipiales (25), Silvia (19), Pasto (18), Cumbal (17), Maicao (16), Riosucio (15), Coyaíma (15), Medellín (12), Puracé (11), Santander de Quilichao (11), Uribe (11), y en el municipio de Caldon 10 casos activos.**

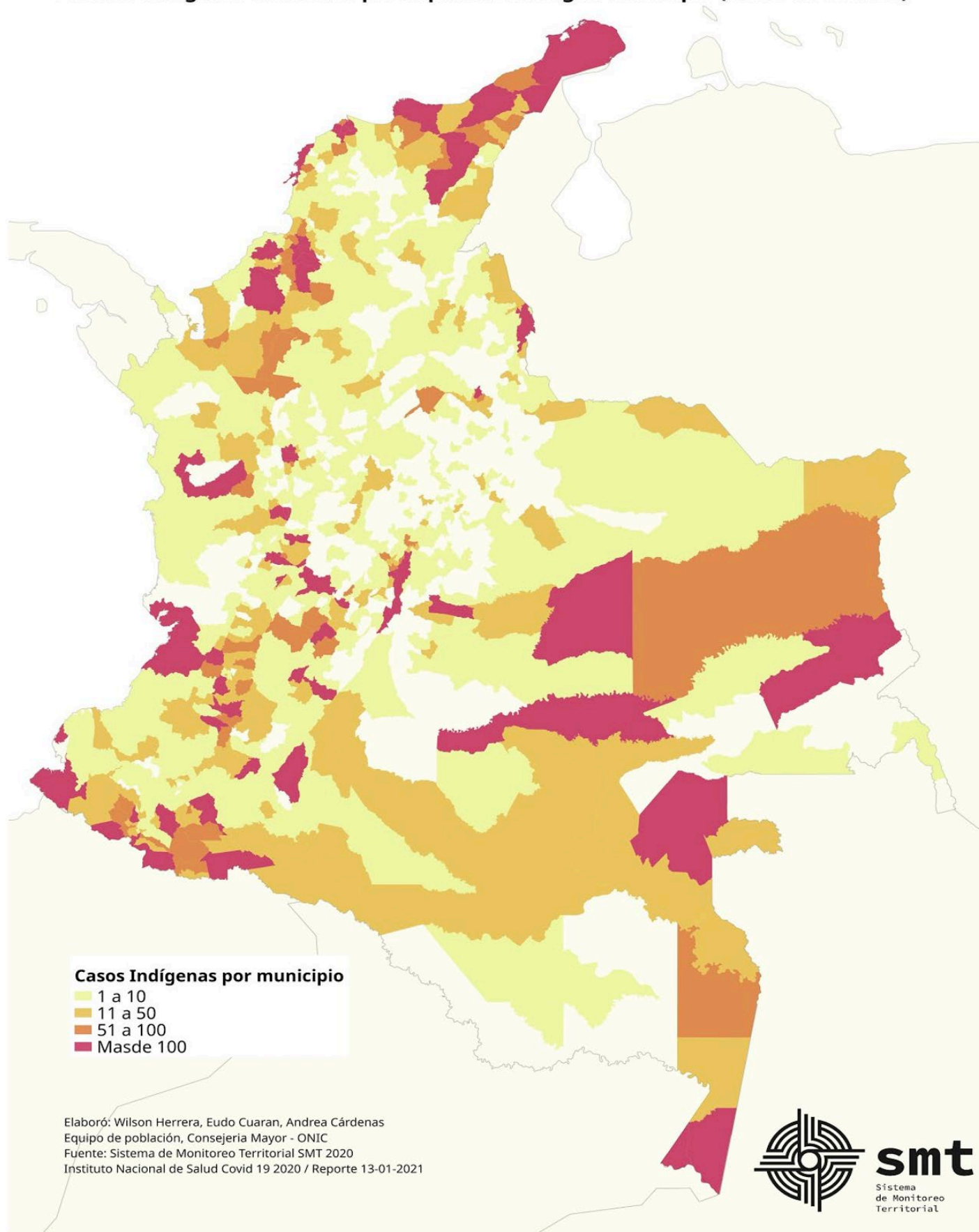
2. Análisis de expansión espacial del virus en Pueblos Indígenas

A corte de este boletín 055, se registran un total de 41.313 casos por el virus en Pueblos Indígenas que afectan a 72 Pueblos y Naciones Indígenas, distribuidos así: Zenú (3.652), Los Pastos (2.081), Mokañá (1.958), Pijao (1967), Tikuna (517), Nasa (1.173), Uitoto (238), Muisca (924), Wayuu (1.211), Embera (479), Inga (375), Embera Katío (294), Embera Chamí (358), Misak (114), Kankuamo (635), Cocama (77), Yanacóna (297), Quillacinga (223), Awá (171), Sikuaní (236), Bora (14), Wounaan (34), Andoque (20), Kokonuco (73), Yagua (26), Yukuna (23), Desano (21), Matapí (14), Tucano (47), Polindara (58), Kiszgó (32), Cu-beo (290), Makuna (6), Puinave (79), Ambaló (48), Curripaco (107), Miraña (4), Muina-ne (7), Yukpa (33), Kofán (29), Piratapuyo (12), Jiw (37), Totoró (22), Koreguaje (25), Barí (12), Eperara Siapidara (7), Piapoco (24), Tanimuca (9), Dujo (18), Kichwa (38), U'wa (54), Wiwa (10), Kogui (35), Achagua (46), Arhuaco (44), Amorua (1), Karapaná (1), Letuama (1), Masiware (3), Macahuán (8), Ocaina (2), Sáliba (15),

Siona (34), Tuyuca (1), Wanano (3), Nukak (1), Tariano (1), Barasano (2), Tatuyo (1), Kamentsá (105), Wamona (27), Guna Dule (3) y en 22.766 casos se encuentra por establecer el pueblo al que pertenecen. En el siguiente gráfico 3 se relacionan los pueblos más afectados.



Pueblos Indígenas afectados por la pandemia según municipio (Enero 13 de 2021)



Pueblos Indígenas con casos activos de la pandemia según municipio (Enero 13 de 2021)

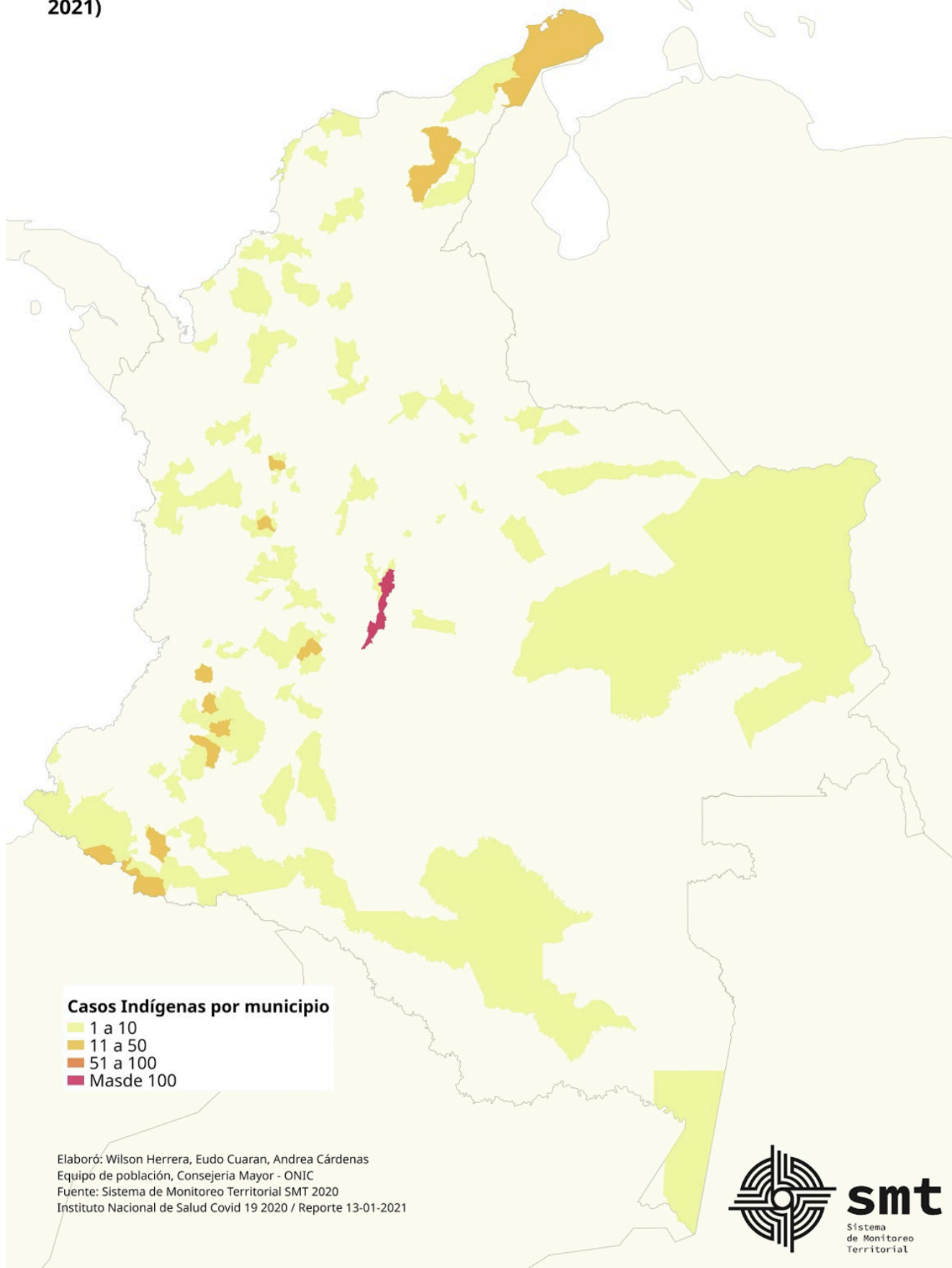
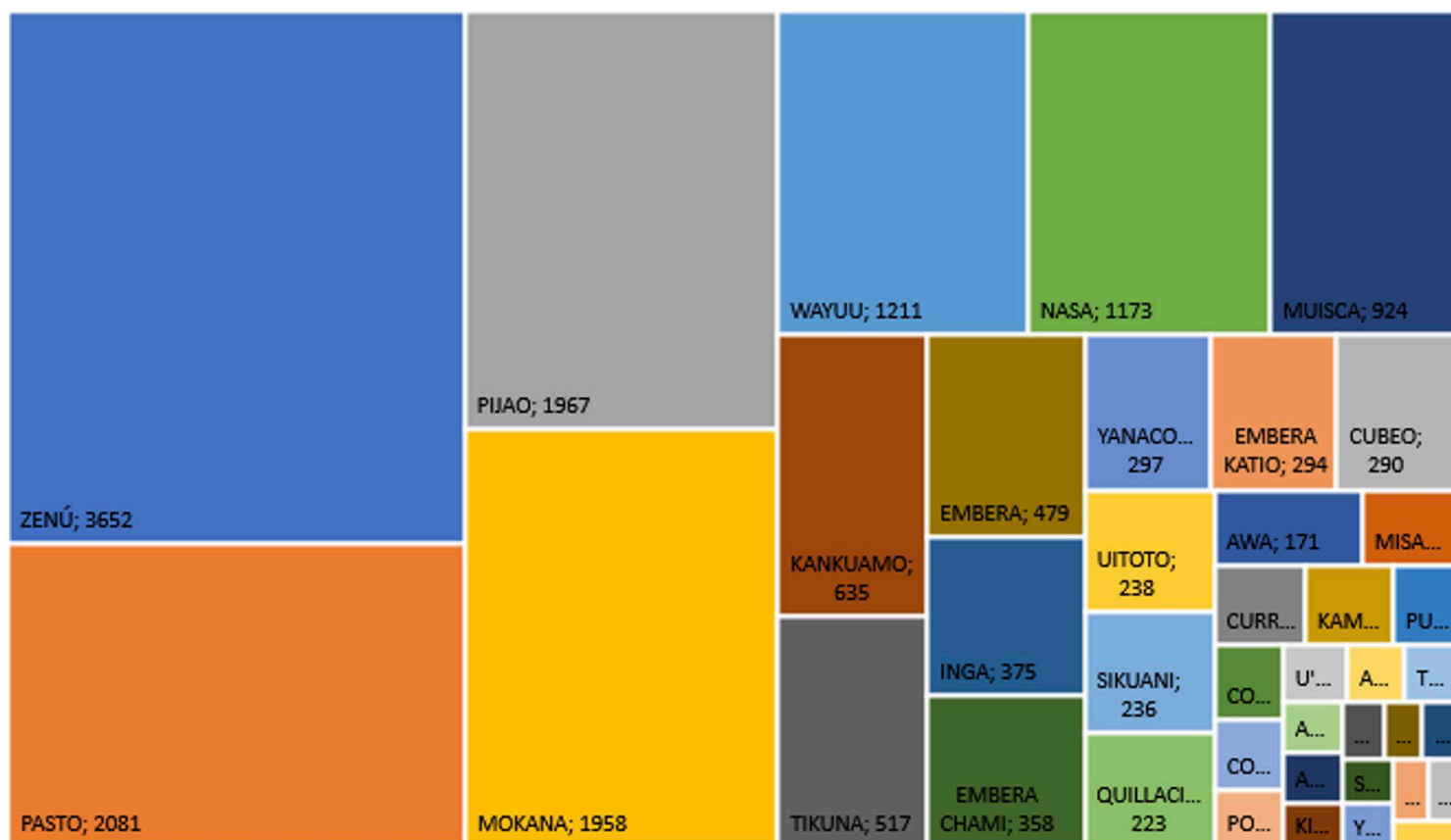


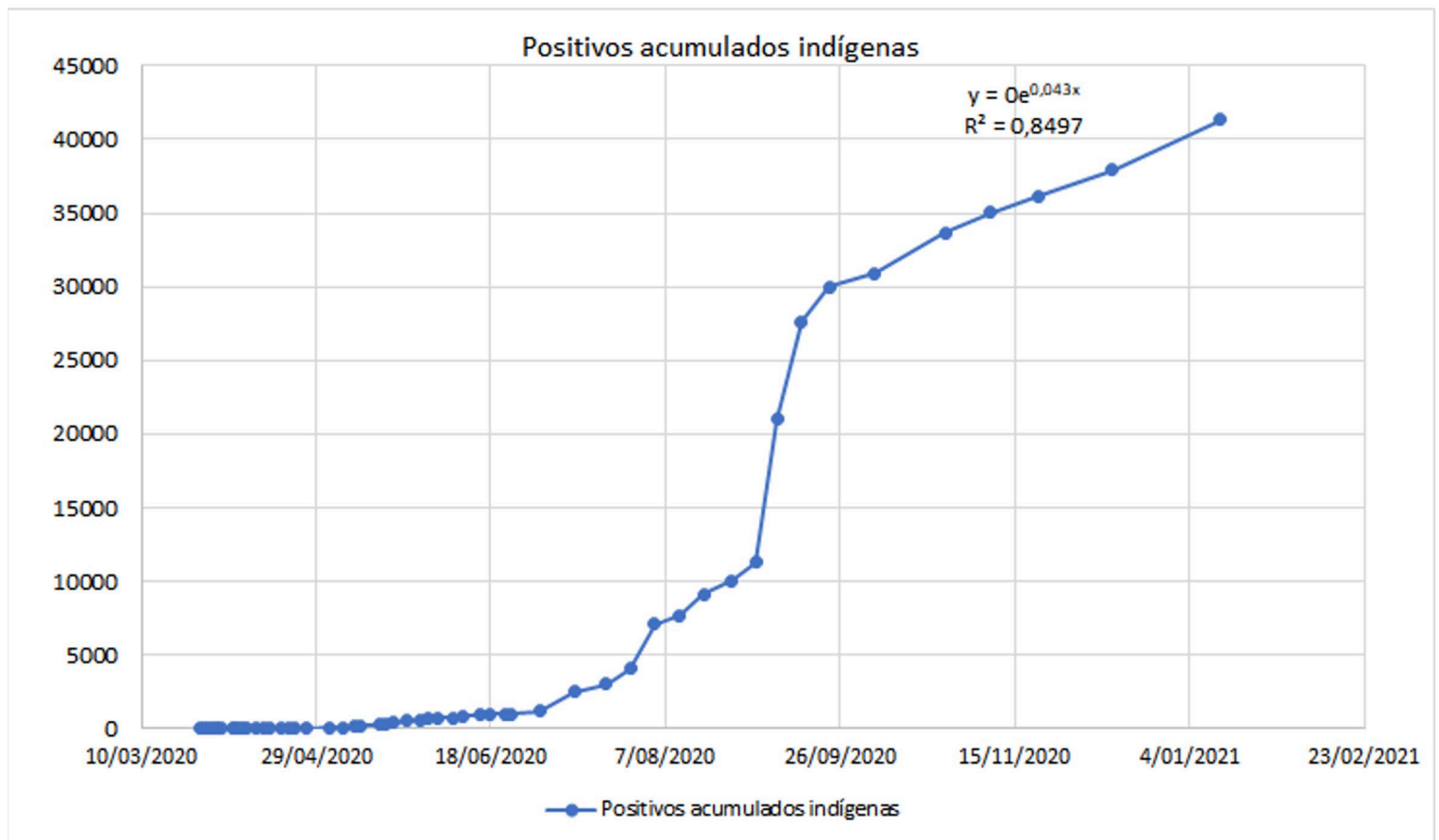
Gráfico 3. Pueblos y Naciones Indígenas más afectados por el virus



Fuente: Instituto Nacional de Salud (DataSet casos, variable étnica, corte a 13 de enero de 2021) - Sistema de Monitoreo Territorial SMT (ONIC)

El gráfico 4 da cuenta de las frecuencias acumuladas de casos positivos y fallecidos en el período comprendido entre el 25 de marzo y el 13 de enero de 2021. Con relación al boletín 054, se registra un incremento de **3.411 nuevos casos**, asociado a la dinámica de expansión del virus. En los 293 días que el Sistema de Monitoreo Territorial - SMT - ONIC ha realizado seguimiento a la pandemia hasta la fecha, **en promedio, en las comunidades se estarían presentando 141 casos diarios nuevos y cada 15 días se está duplicando el número de casos positivos.**

Gráfico 4. Histórico de casos acumulados en Pueblos Indígenas



Fuente: Sistema de Monitoreo Territorial SMT (ONIC) - Boletín 001-055. Instituto Nacional de Salud (DataSet casos, variable étnica)

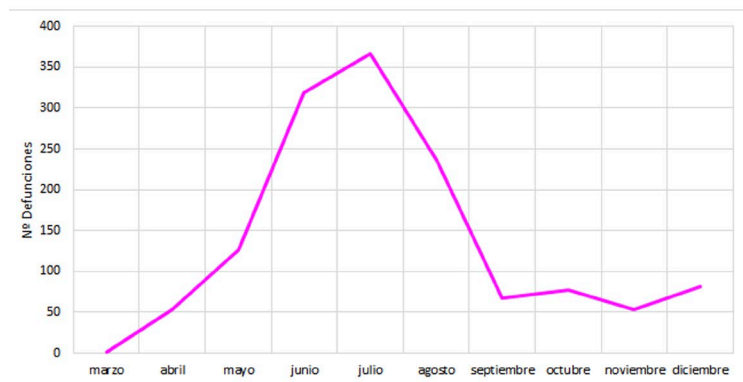
A corte de este boletín, se registran 1.385 fallecimientos. Entre los municipios que representan la mayor cantidad de fallecimientos en miembros de pueblos indígenas se encuentran Bogotá D.C. (157), Barranquilla (85), Cali (51), Leticia (47), Montería (42), Sincelejo (42), Maicao (33), Soledad (29), Cartagena (28), Pasto (26), Galapa (25), Ipiales (25), Riosucio (23), Malambo (19), Tuchín (19), Medellín (18), Riohacha (18), y Popayán con 17 fallecimientos, equivalente al 50,8% de los fallecimientos en pueblos indígenas.

En la siguiente gráfica 5 se observa el comportamiento de la mortalidad por causas naturales asociadas al virus de la pandemia. Según fuente del Instituto Nacional de Salud y del Sistema de Monitoreo Territorial se evidencia un incremento de las defunciones, principalmente a partir del

mes de junio y julio, período durante el cual se registraron 319 y 367 fallecimientos respectivamente -meses en los cuales se presentó el primer pico de la pandemia-, luego en el mes de agosto se observa un descenso importante, y que posteriormente se mantiene entre los meses de septiembre, octubre y noviembre de 2020, sin embargo, observamos que en diciembre se nota un ligero ascenso que puede estar asociado al segundo pico de la pandemia en el territorio nacional.



Gráfico 5. Defunciones por causa natural asociadas al virus de la pandemia según mes de ocurrencia en pueblos indígenas de Colombia



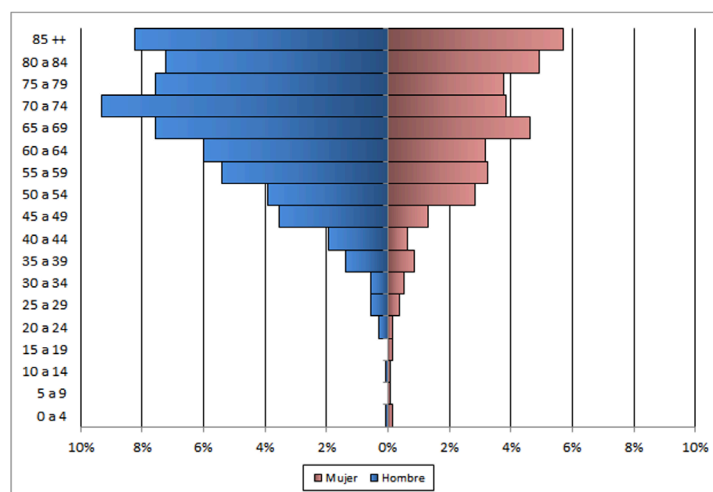
Fuente: Sistema de Monitoreo Territorial SMT (ONIC) – Boletín 001-055. Instituto Nacional de Salud (DataSet casos, variable étnica).

Un 94 % de los casos indígenas se registran como recuperados, esto equivale a 39.163. Entre tanto, a nivel nacional los recuperados están en el 90,9 %. Por otro lado, los casos en hospitalización general corresponden al 1,1 %; en Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) el 0.1 % y fallecidos un 3.4% de los casos, siendo la proporción de casos graves y mortales un 4,5 %. El promedio de edad, para los fallecidos indígenas está en los 66 años, para los hospitalizados en 46 años, y para aquellos que están en unidad de cuidados intensivos la edad promedio está en los 48 años.

En el gráfico 6 se muestra, según grupos de edad quinquenal, las defunciones por el virus para la población indígena. De un total de 1.385 que se registran a corte de este boletín una amplia proporción de fallecidos se encuentra a partir de los 60 años en adelante, representando el 72 % con 996 personas fallecidas. Los fallecimientos entre los grupos de edad de los 20 a 59 años equivale a un 27,5 % y un 0,6 % en menores de 19 años. Por grupos de edad más específicos en los Pueblos Indígenas entre 45 a 49 años y 70 a 74 años se registraron mayores fallecimientos, principalmente en los hombres, y en el grupo de 65 a 69 años en mujeres. En términos de género, para la población indígena fallecida, el 63,7 %

corresponde a hombres y el 36,3 % son mujeres, es decir, por el virus, han fallecido más hombres que mujeres, esto confirma una vez más que los hombres de 60 años o más, fallecen con mayor frecuencia que las mujeres en el mismo rango de edad.

Gráfico 6. Estructura de la mortalidad por el virus. Total Indígenas



Fuente: Instituto Nacional de Salud (corte 13 de enero de 2021), Sistema de Monitoreo Territorial – SMT (ONIC)

2.1. Prevalencia y letalidad en Pueblos y Naciones Indígenas

De acuerdo a la información sobre la pandemia relacionada con Pueblos Indígenas y suministrada por el INS a corte del 13 de enero de 2021, se ha encontrado una letalidad de 4.06 %, lo que indica de manera conservadora que si se aplicaran test de confirmación masivos del virus, entre las poblaciones indígenas de estos municipios ya afectados, el número de casos rondaría alrededor de los 43.900, así: 13.170 casos sintomáticos (30 %), 4.390 que requieren atención intermedia y de la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) y entre 1.317 y 1.756 fallecimientos a causa del virus.

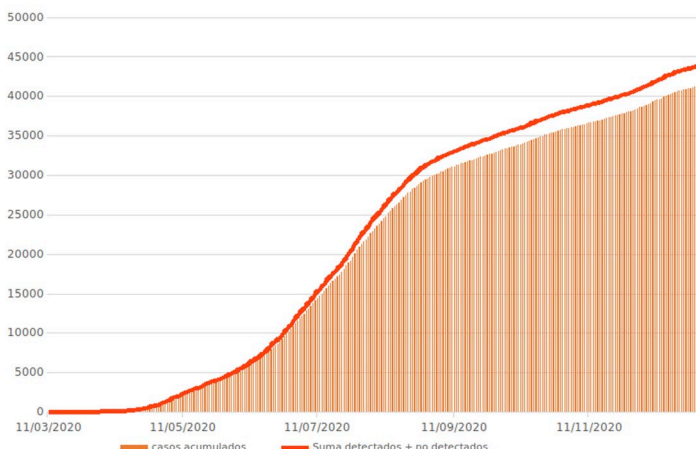
La proyección del total de casos indígenas que se calcula existen es baja, lo cual se puede relacionar con la disminución en los casos activos e incremento de casos recuperados, sin embargo, es claro que el alto número de fallecimientos indígenas a cau-

sa de la pandemia nos señalan un grave y sensible impacto a los Pueblos y Naciones Indígenas. (Gráfico 6)

De manera particular es preciso resaltar los municipios donde se mantienen casos activos en población indígena, que incluye ciudades principales: Bogotá, Cali, Valledupar, Popayán, Pasto y Medellín, y otras ciudades intermedias como Ipiales y Cumbal (Nariño), Silvia, Santander de Quilichao y Puracé (Cauca), Riosucio (Caldas), Coyaima (Tolima), Maicao y Uribia (La Guajira). (Ver mapa 3). Cada uno de estos municipios, de acuerdo al análisis de datos oficiales realizado, presenta más de 10 casos activos en indígenas, no obstante, pueden ser muchos más los casos activos que las Comunidades y Autoridades están llamadas a manejar para evitar que el virus se siga expandiendo.

Tomando en cuenta la prevalencia calculada por municipios en relación con la población indígena, la proyección de contagios en Pueblos Indígenas se puede aproximar a los 98.223 casos, de los cuales unos 88.400 serían asintomáticos, 9.822 podrían presentar complicaciones y cerca de unos 2.946 fallecimientos a causa del virus; estos datos nos obligan a ALERTAR a las comunidades y autoridades indígenas, y ratificar el llamado a mantener el autocuidado y el cuidado colectivo y fortalecer el ejercicio del monitoreo comunitario.

Gráfico 7. Casos acumulados y estimación de casos reales en Pueblos Indígenas según niveles de subregistro



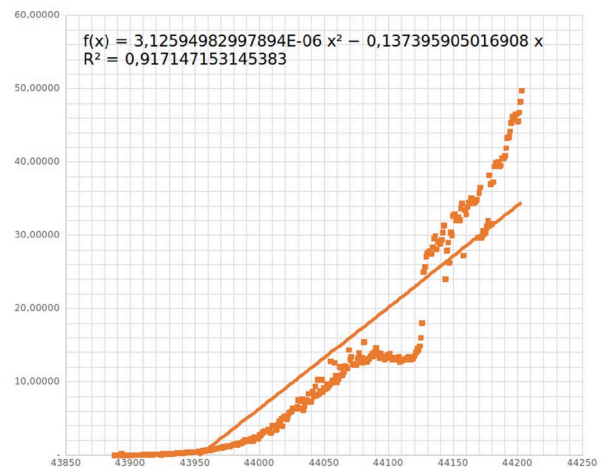
Fuente: COVID-19 Colombia | Reporte 13-01-2021-Corte 9:00 P.M., Instituto Nacional de Salud, categorización de departamentos, distritos y municipios, contaduría de la Nación, 2020. Elaboración: Equipo Dinámica de Población y Equipo de Articulación, Monitoreo y Producción de Información ONIC.

3. Evolución de la prevalencia del virus a nivel nacional

El nivel de prevalencia más alto de la pandemia se reporta en Rionegro (8,53 %) y Caldas - Antioquia (6,77 %), Bogotá (6.14 %), Envigado (5.66 %) y Sabaneta - Antioquia (5.35 %) Medellín (5,33 %), Carmen de Viboral (5.19 %), Belén - Nariño (5.07 %) e Itagüí-Antioquia (4.79 %).

La prevalencia continúa en aumento, al igual que el número de casos recuperados, lo que muestra que el virus mantiene su expansión en todo el país y la estrategia de rastreo de casos y monitoreo aún no evidencia su efectividad. (Gráfico 7).

Gráfico 8. Evolución de la prevalencia del virus a nivel nacional



Fuente: Instituto Nacional de Salud, COVID-19 Colombia | Reporte 13-01-2021 - Corte 6:00 P.M. Elaboró: Equipo Dinámica de Población ONIC y Equipo de Articulación, Monitoreo y Producción de Información ONIC

Colombia posee una letalidad promedio de 3.74%, lo que indica de manera conservadora que si se aplicaran test de confirmación masivos del virus, el número de casos rondaría alrededor de los 2.282.764, es decir, aproximadamente 684.829 casos sintomáticos (30 %), 228.276 que requieren atención intermedia y de la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) y 68.482 fallecimientos a causa del virus (Gráfico 8).

RECOMENDACIONES

A los Pueblos y Autoridades Indígenas:

- Pensar, reflexionar y evaluar conjuntamente, en los escenarios propios, la política de atención de la pandemia para los pueblos indígenas así como del Plan Nacional de Vacunación, a fin de adoptar las determinaciones pertinentes para garantizar la vida y pervivencia como Pueblos y Naciones Indígenas.

- En este nuevo año es necesario fortalecer y potenciar las acciones pedagógicas para el autocuidado individual y comunitario, así como la respuesta territorial y nacional de los pueblos y naciones indígenas, a través del Sistema de Monitoreo Territorial (SMT) y la acción comunicativa y pedagógica, para hacerle frente a las diferentes situaciones que se vienen generando por la expansión del contagio y la presencia del virus en las comunidades indígenas.



REQUERIMIENTOS

- Ante la falta de respuesta del Gobierno Nacional a los insistentes requerimientos presentados por los Pueblos y Organizaciones Indígenas, y de manera particular, los presentados en los 54 boletines precedentes emitidos por el SMT de la ONIC, nos vemos en la necesidad de convocar a otros actores de carácter internacional: OPS, OMS, FILAC, y otros que puedan acompañar, así como reactivar las redes de apoyo y trabajo transfronterizo, para continuar tejendo alternativas concretas y autónomas para la pervivencia de los pueblos indígenas de Colombia y del Abya Yala.

- Al Gobierno Nacional, garantizar el derecho fundamental a la salud y el acceso efectivo al sistema de salud y atención oportuna de todos los colombianos (as) afectados por el virus, así como a la Renta Básica real y universal para la población que se encuentra en mayor nivel de pobreza y/o desempleada, a causa de la histórica

CONTACTOS PARA ARTICULACIÓN Y REPORTE AL SISTEMA DE MONITOREO TERRITORIAL ONIC

MACRO CENTRO ORIENTE:

Consejero Heber Tegria: 3173658944

Yamile Usgame: 3132928493

MACRO NORTE:

Consejera Alejandrina Pastor: 3215654600

Vivian Calvo: 3142373781

MACRO OCCIDENTE:

Gerardo Jumí: 310 2922844

Fabián Torres: 3138251966

MACRO ORINOQUIA:

Consejero Felipe Rangel: 3114598437

Yormery Avendaño: 3124818470

MACRO AMAZONIA:

Consejero Rosendo Ahue: 3213061147

Stefany Pérez: 3118285060

Metodología de análisis:

Se han relacionado espacialmente los reportes del Instituto Nacional de Salud (INS) a la ubicación de los centros poblados donde el Gobierno Nacional ha confirmado la presencia de casos y la ubicación de las comunidades indígenas georeferenciada por la ONIC, en las áreas rurales del país³, así como algunas comunidades en contexto de ciudad. De manera que se vincula en el análisis la expansión territorial que ha venido presentando el contagio de este virus junto con los indicadores de Prevalencia y Letalidad a nivel municipal con la ubicación de las comunidades indígenas, en un rango variable entre 15 kilómetros y 45 kilómetros, lo que significa que a mayor o menor intensidad de la prevalencia y letalidad el área territorial en riesgo para las comunidades indígenas y la población en general cambiará; al tiempo que los municipios que presenten prevalencia igual a cero (0) y la fecha de recuperación o

fallecimiento de su último caso se mayor o igual a un mes, dejará de considerarse un territorio en condición de riesgo. En el caso de la prevalencia el énfasis en el análisis se da por la probabilidad de contagio y en la letalidad se relaciona con elementos como la capacidad de atención médica y la estructura poblacional de los municipios, según esta sea joven o más envejecida. con elementos como la capacidad de atención médica y la estructura poblacional de los municipios, según esta sea joven o más envejecida.

Se han incluido al modelo de análisis, 52 poblados o ciudades ubicadas en las zonas transfronterizas con Ecuador, Perú, Brasil, Venezuela y Panamá, que muchos pueblos originarios transitan de manera permanente; para estos casos se mantuvo el rango estable de 15 kilómetros, es decir con estos poblados no se han abordado por ahora los indicadores de Prevalencia y Letalidad. De tal manera se integra al análisis, información sobre el avance de la pandemia en los países vecinos y la cercanía con la ubicación de las comunidades indígenas de Colombia.

El objetivo del Sistema de Monitoreo Territorial - SMT (ONIC) es alertar a los pueblos y naciones indígenas a tiempo, acorde al comportamiento del patrón de contagio y las probabilidades de contagio expresadas por la intensidad de las interacciones, las vulnerabilidades presentes en los territorios y las acciones gubernamentales locales, regionales y nacionales emprendidas para contener, mitigar, frenar o suprimir la velocidad de contagio de este virus. En este contexto, se determinó ajustar la metodología las veces que sea necesario para contribuir de la manera más fiable a la toma decisiones de población en general y a las autoridades locales, dada la complejidad de esta crisis sanitaria y la existencia de nuevas fuentes de información; buscando anticipar respuestas locales ante el patrón de expansión espacial de la pandemia, las probabilidades de contagio y las vulnerabilidades presentes en el territorio, ya que los pueblos indígenas son

conscientes que el tiempo para fortalecer sus medidas de autoprotección y control territorial cada vez es menor, y que las respuestas gubernamentales no están siendo oportunas ni eficaces para contener y controlar las pérdidas humanas, culturales, sociales, espirituales y económicas que puede acarrear la crisis sanitaria en los pueblos indígenas y comunidades rurales. Por estas razones, se insta a las Autoridades Indígenas a fortalecer su gobernanza, control territorial y capacidades autonómicas para construir escenarios que garanticen la pervivencia de los pueblos y comunidades. El Boletín se concibe como un esfuerzo colectivo en el que a partir de la edición 005 del pasado 1 de abril, se han sumado otras voces de pueblos indígenas y étnicos; de esta manera la Confederación Indígena Tairona (CIT) de la Sierra Nevada de Santa Marta se articuló con el Sistema de Monitoreo Territorial (SMT), en el marco de esta emergencia de salud, desde el día 2 de abril.

Es preciso anotar que dados los cambios en la presentación de la información oficial del Instituto Nacional de Salud (INS), en la que ahora aparecen 6 fechas distintas, a saber: fecha de notificación, fecha de inicio de síntomas, fecha de muerte, fecha diagnóstica, fecha de recuperación y fecha de reporte web, desde nuestro Boletín 016 con corte a 19 de abril, se ha tomado como referencia de los cálculos la Fecha de Ingreso al Sistema o FIS, por ser la fecha más cercana al período de contagio. En aquellos casos en los que el paciente es asintomático, se toma como referencia la fecha de diagnóstico, con la que se trabajaba previamente por ser la única que presentaba el Instituto Nacional de Salud (INS).

Cabe explicar que a partir del Boletín 017 se ha producido un ajuste respecto de los boletines anteriores, donde las variables de prevalencia y letalidad determinan los rangos en número de kilómetros a tener en cuenta para definir el riesgo por cercanía a centros poblados con presencia de casos del virus confirmados, este ajuste metodológico

implica que se pueden presentar variaciones negativas en el número de familias en riesgo, dependiendo del mejoramiento de las condiciones de prevalencia y letalidad en los municipios con casos confirmados. Lo anterior significa que a mayor o menor intensidad de la prevalencia y letalidad el área territorial en riesgo para las comunidades indígenas y la población en general cambiará, al tiempo que los municipios que presenten prevalencia igual a cero (0) y la fecha de recuperación o fallecimiento de su último caso sea mayor o igual a un mes dejará de considerarse un territorio en condición de riesgo.

Ajuste metodológico: a partir del 16 de junio de 2020

Desde el anterior informe a los 100 días de la pandemia en los pueblos indígenas proponemos nuevos indicadores que permitan comprender otras dimensiones de la situación en los territorios de comunidades indígenas y zonas rurales del país. Para ello se incorpora el análisis de riesgo multi crítico a través de 2 variables; indicador de relacionamiento de casos e indicador de positividad. Para el cierre se establece el histórico de casos en pueblos indígenas y un acercamiento al análisis por rangos etáreos y género de los casos acorde a la información presentada por el INS.

A partir del 16 de junio de 2020, aquellos municipios que hayan presentado su último caso confirmado en un lapso mayor o igual a 60 días (dos meses) no serán tenidos en cuenta para la delimitación de las áreas de mayor riesgo para las comunidades indígenas. Esto no significa, de ninguna manera, que se levante las medidas, precauciones y la implementación de los planes de contingencia ya establecidos. Para efectos del conteo de familias en riesgo puede hacer variar las cifras, viéndose reducido el número de familias y comunidades en riesgo.

Ficha Técnica

• Reportes cualitativos y cuantitativos al Sistema de Monitoreo Territorial por parte de los 177 enlaces territoriales.

Fuentes

• CEPAL, UNFPA, OPS y OMS. Lineamientos para incluir la identificación de pueblos indígenas y afrodescendientes en los registros de salud (Chile, 2013). Disponible en: https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/35952/S20131049_es.pdf?sequence=1&isAllowed=y.

• CEPAL, Los pueblos Indígenas en América (Abya Yala): desafíos para la igualdad en la diversidad. Disponible en: <https://www.cepal.org/es/publicaciones/43187-pueblos-indigenas-america-abya-yala-desafios-la-igualdad-la-diversidad>.

• Datos oficialmente reportados por el Gobierno Nacional desde el INSTITUTO NACIONAL DE SALUD (INS) en sus reportes diarios, disponibles en <https://www.ins.gov.co/Noticias/Paginas/Coronavirus.aspx>, consultados diariamente.

• Datos propios del Sistema de Monitoreo Territorial - SMT (ONIC), que articula 50 organizaciones indígenas miembros y una red de primeros respondientes que habitan en territorios indígenas: <https://monitoreoterritorial-onic.co/>.

• DEPARTAMENTO ADMINISTRATIVO NACIONAL DE ESTADÍSTICA - DANE (2018), XVIII Censo Nacional de Población y VII de Vivienda.

• DEPARTAMENTO ADMINISTRATIVO NACIONAL DE ESTADÍSTICA - DANE. Boletín Técnico. Boletín excepcional COVID-19: Estadísticas Vitales, Defunciones por Covid-19. Bogotá D.C 23 de noviembre de 2020.

• MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL (2020), Lineamientos para el uso de pruebas moleculares RT-PCR y pruebas de antígeno y pruebas Serológicas para SARS-CoV-2

(COVID-19) en Colombia, agosto de 2020, p. 12.

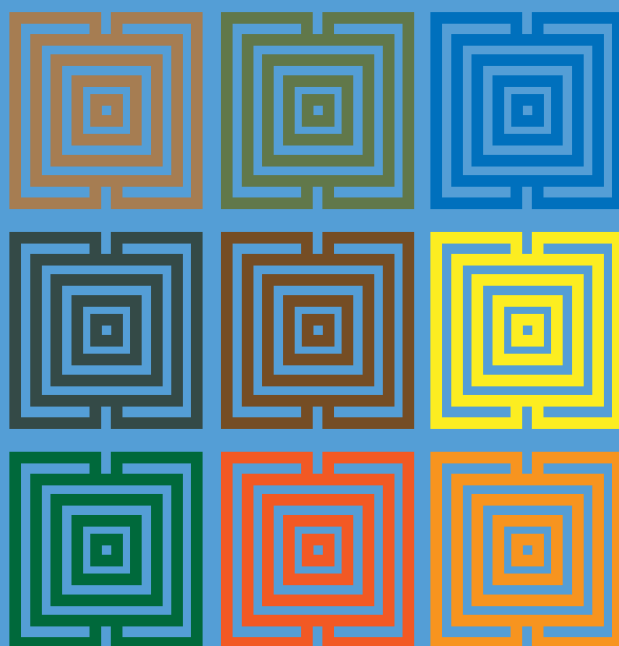
• _____, Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/salud/publica/Vacunacion/Paginas/Vacunacion-covid-19.aspx>

• _____, Plan Nacional de Vacunación contra el COVID-19. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/pnv-contra-covid-19.pdf>

• ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. Alerta epidemiológica: COVID-19 en pueblos Indígenas de las Américas - 15 de julio de 2020. Disponible en: <https://www.paho.org/es/documentos/alerta-epidemiologica-covid-19-pueblos-indigenas-americas-15-julio-2020>

• RCN RADIO: Vacuna de Pfizer no se aplicará en las zonas rurales de Colombia. Disponible en: <https://www.rcnradio.com/salud/vacuna-de-pfizer-no-se-aplicara-en-las-zonas-rurales-de-colombia>





ORGANIZACIÓN NACIONAL INDÍGENA DE COLOMBIA (ONIC)
AUTORIDAD NACIONAL DE GOBIERNO INDÍGENA



smt
Sistema
de Monitoreo
Territorial



#SalvaGuardarNos
#ONICSalvandoVidas