



PLAN DE ACCIÓN TRIPLE FRONTERA AMAZÓNICA

Colombia-Brasil-Perú

Agosto 2020





***Puerto Nariño, Amazonas,
Colombia***

Crédito de la foto de portada:
Sergio Rojas / Periódico Umari

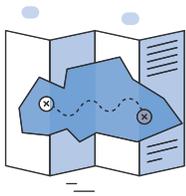
La región actualmente registra la tasa de mortalidad por COVID-19 más alta por cada 100.000 habitantes en el mundo.

En la actualidad, la región amazónica está siendo impactada significativamente por la COVID-19, no solo amenazando la vida y los medios de subsistencia de su población, afectando de forma particular a las comunidades indígenas que allí habitan. Esta región registra actualmente las tasas de mortalidad más altas del mundo por la COVID-19 por cada 100.000 habitantes.

Se calcula que la cuenca amazónica alberga a unos 30 millones de personas, e incluye territorio del Brasil, Colombia, Ecuador, la Guayana Francesa, Perú y Venezuela. Las extensiones de territorio más amplias del Amazonas se encuentran en Brasil, Perú y Colombia, que albergan a más de 400 comunidades indígenas con una población estimada de 6 millones de personas. El principal cauce del río, que es una ruta vital para el transporte en la región, ha tenido un rol definitivo en la transmisión de la enfermedad que afecta, en particular, a la población indígena a lo largo de la región fronteriza de estos tres países.

Como resultado, los coordinadores residentes de las Naciones Unidas en los tres países se han reunido con el apoyo de la OCHA para elaborar un plan de acción destinado a apoyar las respuestas de los gobiernos a las necesidades urgentes de la zona. El plan se centra inicialmente en la movilización de una respuesta de emergencia para atender las necesidades más inmediatas de los afectados en la zona. Las respuestas de primer nivel en los tres países ya han comenzado mediante una financiación re-programada, pero se necesitan recursos adicionales para ampliar la respuesta.

El plan se centra en las zonas cercanas a la llamada Triple Frontera -entre Colombia, Perú y Brasil- donde viven 208.699 personas y donde la mayoría de la población (57%) es indígena.



¿POR QUÉ CENTRARSE EN LA REGIÓN DE LA TRIPLE FRONTERA ENTRE COLOMBIA, BRASIL Y PERÚ?

La COVID-19 está teniendo un impacto devastador en la región latinoamericana. Con unas tasas de mortalidad de 77 muertes por cada 100.000 habitantes en Perú, 50 en Brasil y 29 en Colombia, estos tres países tienen algunas de las tasas de mortalidad más altas del mundo. Sin embargo, la región de la triple frontera denota proporciones alarmantes frente a estas cifras: la capital del departamento colombiano de Amazonas, Leticia, tiene una proporción de 234 muertes por cada 100.000 habitantes, a pesar de tener a disposición algunas instalaciones médicas. En el resto del departamento, sobre todo en las partes alejadas de los contextos urbanos, la ausencia de instalaciones médicas indicaría proporciones aún más altas, sin embargo, las pruebas son limitadas o inexistentes. *En comparación, la tasa de mortalidad por infección más alta del mundo a escala nacional se registra en San Marino (123 muertes por cada 100.000 habitantes), seguido de Bélgica (85) y Perú (77), acorde a los datos de la Universidad Johns Hopkins.*

El estado de Loreto, la región peruana de la triple frontera, registra más de 143 muertes por cada 100.000 habitantes, y los indígenas del distrito del Mariscal Ramón Castilla presentan una mortalidad dos veces mayor que la del promedio de la población peruana.

El estado brasileño de Amazonas también tiene una tasa de mortalidad considerablemente superior al promedio nacional, pese a que en la región se dispone de pruebas limitadas. Se estima que los indígenas de la parte brasileña de la Triple Frontera tienen un 47% más de probabilidades de morir¹ como consecuencia de la enfermedad y en relación al promedio de la población indígena del Brasil.

Las comunidades indígenas han expresado su preocupación por la amenaza existencial que supone la COVID-19. Dado que gran parte de estas comunidades se encuentran en lugares remotos, donde en su mayoría se carece de instalaciones médicas, las comunidades indígenas son sumamente vulnerables a la enfermedad debido a su menor nivel de inmunidad y para hacer frente a la misma. Los ancianos, encargados por su conocimiento ancestral de mantener la cultura tradicional y costumbres de sus pueblos, son los más afectados por la pandemia. Muchos temen que la pandemia afecte y borre de alguna forma su modo de vida y sus tradiciones.

Con una institucionalidad Estatal limitada y capacidades de provisión de servicios básicos reducidas. Algunas áreas ni siquiera están municipalizadas, lo que significa que no reciben recursos estatales para gestionar estos servicios y muchas de estas zonas son de difícil acceso. Los indicadores de desarrollo económico de esas áreas, incluso antes de la pandemia, son comparativamente bajos frente a los promedios nacionales y frente al resto de países. En consecuencia, la pobreza estructural pueden alcanzar a más del 80% de la población en la región y los niveles de informalidad son extremadamente altos, llegando casi al 100% en algunas zonas rurales.

Las infecciones respiratorias y las diarreas agudas han sido las principales causas de mortalidad infantil en la región, con indicadores significativamente superiores a los promedios nacionales. La incidencia de enfermedades respiratorias infecciosas se situó en 57,3 por cada 100.000 habitantes del Amazonas colombiano, frente a 14,7 de la escala nacional. La incidencia de la diarrea acuosa es de 19,1 por 100.000 en el Amazonas colombiano, en comparación con 3,0 de la escala nacional. La tasa de mortalidad infantil es de 46,9 por cada 1.000 nacimientos en la región. Este departamento tiene igualmente las tasas de mortalidad materna más altas del país, hasta seis veces más altas que el promedio nacional, lo que ilustra la deficiente infraestructura sanitaria general y los grandes desafíos logísticos de la región. Esta situación es similar en la zona fronteriza de los tres países.

La COVID-19 está afectando de manera desproporcionada a los pueblos indígenas.

La triple frontera es una región tradicionalmente olvidada

Altas tasas de mortalidad infantil y materna.

Los brotes de otras enfermedades agravan aún más la situación

Alta inseguridad alimentaria

Los servicios de salud en la región son escasos están al borde del colapso por la demanda

Las comunidades fronterizas están intrínsecamente vinculadas y también son extremadamente móviles, lo que permite que la pandemia se extienda rápidamente

La triple frontera es también la zona más remota de los tres países y en la que la capacidad de respuesta ha sido tradicionalmente limitada.

Río Amazonas

Crédito de la foto: Yohana Pantevis / OCHA

También son comunes en cada uno de los países los brotes de enfermedades como el paludismo, el dengue y la chincunguña. En el departamento de Amazonas de Colombia se registraron más de 2.214 casos de dengue por cada 100.000 habitantes, lo que constituye un múltiplo del promedio nacional de 257 casos por cada 100.000 habitantes. El departamento de Loreto en el Perú también sufre actualmente de un brote de dengue con más de 7.000 casos registrados en lo que va del año, en comparación con los 1.500 casos registrados durante 2019. Agosto y septiembre suelen ser los meses con mayor número de casos. Los servicios de salud para temas no COVID-19 son escasos y están sometidos a la presión de la demanda. [La falta de acceso a agua potable puede alcanzar entre el 70 y 80% en la región, lo cual aumenta los riesgos en la salud.](#)

En el departamento de Amazonas en Colombia, se estima que el 59% de la población enfrenta inseguridad alimentaria moderada o severa; en las zonas fronterizas de Brasil esta cifra es del 42%, mientras que en las zonas fronterizas de Perú se estima que es del 49%. Estos valores reflejan la situación anterior a la llegada de la pandemia y es probable que se hayan deteriorado aún más como resultado del virus y de las medidas de aislamiento preventivo. Antes de la crisis en estas regiones se registraba una tasa de autoabastecimiento del 28%, lo que significa que más del 70% de las mercancías tienen que ser traídas de otras partes de los países, aumentando posteriormente los precios. La desnutrición crónica en niños menores de cinco años se situó en el 16%, y el 44% de los niños menores de cinco años sufre de anemia. La precariedad de la infraestructura sanitaria hace que sea imperativo que las personas permanezcan en sus casas para evitar el contagio, lo que deteriora aún más su capacidad para garantizar su seguridad alimentaria y sus medios de vida. También preocupa el aumento de las tasas de malnutrición preexistentes.

La capacidad de las Unidades de Cuidado Intensivo (UCI) es escasa o inexistente en la región, y los pacientes críticos dependen de las evacuaciones médicas por vía aérea. No se están prestando servicios no relacionados con la UCI, como los de salud materna y pruebas para detectar otros brotes, debido a los recursos limitados, situación que expone a la región al riesgo de que se produzcan brotes no detectados de otras enfermedades. La propagación de la COVID-19 en la región está agravando considerablemente las necesidades y llevando a la región a un estado de emergencia.

La proximidad de las comunidades entre los tres países - a veces sólo separadas por una carretera y siempre conectadas a través del río Amazonas - requiere intervenciones coordinadas para mitigar el impacto de la pandemia con un enfoque de acción sin daño. Todas las comunidades de la zona dependen del río para el comercio y para obtener hasta el 70% de sus suministros.

Los actores humanitarios de Colombia y Perú sólo pueden llegar a la zona en avión, mientras que desde Brasil los actores humanitarios tendrían que viajar seis días en barco desde Manaus para llegar a la zona.





Mapa de los países implicados en el plan de acción (Colombia, Perú y Brasil)
OCHA



NECESIDADES CRÍTICAS

Con base en la información disponible y en los hallazgos de una serie de misiones de evaluaciones conjuntas llevadas a cabo por las Naciones Unidas, las necesidades prioritarias identificadas en la región son las siguientes:



SALUD:

El acceso a servicios de salud es deficiente en cuanto a número de establecimientos de salud al alcance de la población para situaciones de emergencia, a servicios con personal, insumos, equipamiento e infraestructura hospitalaria suficiente de elementos de protección personal, lo cual implica que los agentes comunitarios de salud estén más expuestos al contagio. De igual manera, hay una exposición comunitaria al contagio que requiere de una estrategia de detección temprana y control comunitario. Por el momento, hay falta muy importante de acceso a pruebas de diagnóstico y de capacidades para la identificación y seguimiento de contactos para interrumpir la transmisión, así como de implementación de medidas no farmacológicas adaptadas al contexto local y con participación comunitaria. Hace falta contar con una comunicación del riesgo efectiva y culturalmente adecuada. La vigilancia epidemiológica y el manejo de información requiere fortalecimiento para informar las decisiones estratégicas de salud. A partir de la pandemia, las mujeres han dejado de



AGUA, SANEAMIENTO E HIGIENE:



SALUD ALIMENTARIA Y NUTRICIÓN:



EDUCACIÓN EN EMERGENCIAS:



PROTECCIÓN:



RECUPERACIÓN TEMPRANA:

recibir atención en salud sexual y reproductiva. Esto se debe tanto a un desabastecimiento del hospital y los puestos de salud, como a la resistencia de la comunidad de asistir a los centros de salud en tiempos de pandemia. Es necesario también mejorar el sistema de transporte de pacientes graves de COVID-19.

Hace falta garantizar el acceso a agua segura, a saneamiento y a elementos de higiene suficientes para prevenir el contagio. Hay sistemas de agua comunitarios fuera de funcionamiento, así como servicios higiénicos y de agua por reparar en establecimientos de salud y servicios educativos.

Las familias en situación de vulnerabilidad no llegan a cubrir la necesidad alimentaria por la disminución de ingresos en espacios urbanos y limitaciones en la comercialización de productos de las comunidades rurales. La asistencia alimentaria no está llegando de manera oportuna y la disponibilidad de productos alimentarios en las comunidades y poblados está afectada por las medidas de aislamiento.

Hay un riesgo alto de incremento de desnutrición aguda y retroceso de los indicadores de anemia y desnutrición crónica infantil que ya eran significativamente desfavorables en comunidades indígenas amazónicas antes de la emergencia por la pandemia. Los servicios de monitoreo y suplementos nutricionales se han suspendido en algunas zonas.

En muchas zonas los servicios educativos presenciales se han suspendido. Aun cuando hay una oferta de educación a distancia, la falta de conectividad no permite a las comunidades indígenas en zonas rurales acceder a estos servicios.

Se ha incrementado el riesgo de violencia basada en género. Se ha incrementado el riesgo de trata de personas y de trabajo infantil. Existe la necesidad de atención psicosocial para la contención emocional y el fortalecimiento de las capacidades de afronte. Hace falta fortalecer la participación activa de las comunidades indígenas en las decisiones que afectan sus vidas.

Existe la necesidad de establecer una estrategia consensuada entre las autoridades estatales y los representantes de los pueblos indígenas. La respuesta a la emergencia es fragmentada y hay una limitada capacidad de coordinación y articulación que genera ineficiencia en el uso de los recursos, la oportunidad de la atención y duplicidad de acciones, así como pérdida de oportunidades. Las brechas de conectividad inciden negativamente en los procesos de coordinación para la gestión.

Río Amazonas

Crédito de la foto: Yohana Pantevis / OCHA





PLAN DE ACCIÓN DE 25 PUNTOS

El contexto crítico de la situación actual hizo comprender la necesidad de construir un plan de acción con una visión multidimensional de la respuesta requerida, reflejando las actividades claves requeridas para la región en los tres países. La identificación de socios claves como la sociedad civil, agencias del Sistema de las Naciones Unidas, demás socios humanitarios y donantes, ayudará a guiar lo que será la intervención para ayudar a las comunidades vulnerables a afrontar esta difícil situación. Dadas las limitaciones logísticas de algunos equipos de país para llegar a la zona, y la necesidad de armonizar esfuerzos para evitar acción con daño, los tres países se han articulado para explorar posibilidades de apoyo mutuo. Como primer paso para poner en marcha el Plan, desde la oficina de OCHA Colombia se ha contratado un coordinador de terreno /analista de información en Leticia, con el fin de apoyar los datos, demás tareas de información y coordinar las evaluaciones y respuesta con los socios humanitarios e instituciones locales. Desde Perú se están buscando recursos adicionales para la contratación de dos personas que apoyen tareas similares en su territorio. Brasil está adelantando planes similares para contratar a una persona que esté basada en Manaus para apoyar la extensión de actividades a la triple frontera.

El Plan de Acción cuenta inicialmente con un énfasis en la respuesta en los sectores de Salud, Seguridad Alimentaria y Nutrición (SAN) y Agua y Saneamiento Básico (WASH), identificados como prioritarios por la misión de evaluación y respondiendo también a las necesidades prioritarias identificadas por los Gobiernos.

Las actividades de este plan de acción se resumen en 25 actividades críticas para implementación. La mayoría de estas actividades son comunes a las intervenciones requeridas en los tres países:



SALUD:

1. Apoyar con equipos e insumos la red de telecomunicaciones de las secretaría de salud y comunidades, como herramienta para la referencia de casos que requieren manejo hospitalario.
2. Brindar asistencia técnica a las entidades territoriales e instituciones de salud para la articulación y coordinación de la respuesta e intercambio de información.
3. Apoyar técnicamente en el manejo de información, la desagregación por edad, sexo, etnia y otras variables sociodemográficas para la toma de decisiones y logística en salud. Esto incluye el apoyo con evaluaciones de desempeño de los laboratorios de la red pública que realizan diagnóstico de COVID-19 así como la implementación de un panel de monitoreo de indicadores en salud, y la capacitación en el análisis de estos indicadores para fortalecer los equipos de gestión en salud locales.
4. Establecer mecanismos de prevención y contención de la COVID-19 para proteger a la comunidad, y para la identificación de contactos de casos sintomáticos y positivos que permitan establecer intervenciones de aislamiento y educación. Para ello, se otorgará apoyo en la contratación de recurso humano para las acciones de vigilancia y diagnóstico, seguimiento de contactos, incluyendo la entrega de insumos para la toma de muestras.
5. Fortalecer la estrategia de comunicación del riesgo, con enfoque intercultural y apoyar en la elaboración e implementación de planes de ajustes de medidas de aislamiento social, en línea con las directrices impartidas por los Gobiernos nacionales en materia de prevención, contención y mitigación, basadas en el contexto local y con participación de la comunidad
6. Establecer espacios para servicios de prevención y control de la transmisión de la COVID-19. Se debe considerar en el proceso el trabajo con las autoridades indígenas, para garantizar la sostenibilidad: agua potable, energía eléctrica, manejo de residuos biológicos potencialmente infecciosos.
7. Proveer elementos de protección personal para las comunidades vulnerables y población indígena en especial. (se sugiere que los tapabocas sean reusables (de tela), en los casos donde no hay contacto estrecho, lo cual evitará la contaminación y será más eficiente en términos de costo).
8. Apoyar en la adaptación e implementación de los lineamientos de las autoridades sanitarias y de protección social en bioseguridad para las comunidades vulnerables.
9. Capacitar al personal sanitario y personal de los centros penitenciarios en medidas de prevención de COVID-19, apoyo emocional y salud mental para la atención de pacientes con COVID-19.



SALUD:

10. Apoyo técnico, equipos, insumos básicos, insumos de protección personal y personal de salud para la reorganización de servicios esenciales que incluyan garantizar servicios de salud materna, salud sexual y reproductiva, manejo de enfermedades infecciosas y patologías crónicas que se han presentado antes y durante la pandemia, articulando medicina occidental con la medicina tradicional de los pueblos indígenas. Igualmente, apoyo técnico a estrategias de gestores comunitarios en salud, mediante apoyo con insumos para centros y puestos de salud y unidades móviles de salud.



SEGURIDAD ALIMENTARIA Y NUTRICIÓN:

11. Entregar asistencia alimentaria en especie o a través de transferencias monetarias a las personas más vulnerables (en su mayoría indígenas) y más afectadas por la crisis generada por la COVID-19 en zonas urbanas y rurales del Amazonas, incluyendo aquellas a lo largo de la ribera del río.
12. Complementar la entrega de alimentos de los programas e intervenciones existentes especialmente complementando y adaptando las respuestas de emergencia de los programas de alimentación escolar – incluso en zonas indígenas y rurales. Esto amplía las capacidades de protección social durante la pandemia del COVID-19.
13. Apoyar planes de mitigación sobre los efectos de la COVID-19 y la coordinación transfronteriza para la continuación de los programas de alimentación escolar.
14. Apoyar la coordinación y planificación de la respuesta de producción y oferta de alimentos de los pequeños productores a través de las fronteras a medida que COVID-19 golpea la región durante el período de inundación (temporada de escasez).
15. Estimular la coordinación y preparación del acceso al mercado para los pequeños agricultores. Proporcionar medios para aumentar la disponibilidad de alimentos, suministrando los programas de alimentación escolar y otros programas alimentarios complementarios y generar ingresos para un mejor acceso a los alimentos para las familias rurales y su consecuente mejora de estado nutricional.
16. Apoyar a las instituciones competentes para el establecimiento de planes locales y transfronterizos para la dinamización de la economía local y la recuperación de las fuentes de ingreso de las comunidades vulnerables, especialmente las comunidades indígenas dependientes del turismo y el comercio transfronterizo.



AGUA, SANEAMIENTO E HIGIENE:

17. Instalar puntos de lavado de manos en sitios estratégicos para prevenir la infección por causas de la COVID-19.
18. Monitorear la calidad del agua, rehabilitación y adecuación de sistemas de abastecimiento y tratamiento de agua y almacenamiento para mejorar el acceso al agua.
19. Proveer insumos de higiene, limpieza y desinfección (superficies, mercancía o alimentos y áreas de hospitalización).
20. Reparación de sistemas de eliminación de excretas en comunidades indígenas vulnerables.



ALOJAMIENTOS TEMPORALES:

21. Complementar las casetas de vigilancia y control epidemiológicos de las comunidades indígenas del Amazonas con elementos de albergue para apoyar espacios críticos de tránsito y soporte comunitario.



PROTECCIÓN:

22. Apoyo técnico, con recurso humano e insumos para fortalecer la prevención y respuesta, en el manejo adecuado de casos de violencia basada en género y dentro de esta de violencia sexual; así como la atención psicosocial y la participación comunitaria
23. Implementar acciones comunitarias de comunicación para disminuir la transmisión de infecciones a nivel de la comunidad y de servicios de salud



EDUCACIÓN EN EMERGENCIAS:

24. Acompañamiento técnico a la secretaria de educación y a las organizaciones indígenas para los planes de retorno a la escuela con alternancia a las instituciones educativas. Asegurar el acceso a la educación a distancia y a espacios de contención emocional.



RECUPERACIÓN TEMPRANA:

25. Asesoría técnica para fortalecer la coordinación multisectorial y el diálogo intercultural en todos los niveles territoriales, entre los actores estatales y las organizaciones indígenas, asegurando la adecuada implementación de las medidas priorizadas de respuesta en las comunidades más vulnerables y afectadas.

Mientras que el presente plan se enfoca en actividades de emergencia para la triple frontera amazónica, será necesario preparar más adelante estrategias complementarias que estimulen el nexo humanitario-desarrollo con programas de desarrollo de capacidades y mayor alcance de beneficiarios directos e indirectos. También se mantendrá el diálogo y la coordinación con otros países de la cuenca del Amazonas: (Ecuador y Venezuela actualmente no incluidos en este plan) para armonización de esfuerzos e intercambio de información sobre el apoyo que está ofreciendo Naciones Unidas hacia comunidades indígenas.



REQUERIMIENTOS FINANCIEROS

	COLOMBIA	BRASIL	PERÚ
Salud (PAHO/UNFPA)	USD 750,000 USD 530,000	USD 550,000	USD 1'060,000 USD 220,000
Seguridad Alimentaria & Nutrición (WFP)	USD 844,750	USD 500,000	USD 2'082,357 (Seguridad Alimentaria) USD 310,000 (Nutrición)
Agua y Saneamiento y C4D (UNICEF)	USD 400,000	USD 300,000	USD 875,000
Protección	USD 198,000	USD 100,000	USD 351,000
Educación con enfoque étnico (UNICEF)	USD 250,000	USD 100,000	USD 201,000
Recuperación Temprana			USD 825,000
TOTAL USD	2'972,750	1'550,000	5'923,357**

** Las necesidades totales de financiación de Perú están referidas a un plan de 12 meses para 4 distritos en la región de frontera a lo largo de la triple frontera.



POBLACIÓN POR PAÍS

PAÍS	DEPARTAMENTO	MUNICIPIOS/DISTRITOS DIRECTAMENTE ALREDEDOR DE LA TRIPLE FRONTERA
Brasil	Amazonas, pob: 4'144,597 (2019, estimado) Indígenas: 168,700 (2010)	Benjamin Constant, pob: 42,984 Tabatinga, pob: 65.844 Total: 108.828 de los cuales 70,000 son indígenas.
Colombia	Amazonas, pob: 78,830 (2020, estimado) Indígenas: 38,130 (2018)	Leticia, pob: 42,280 Puerto Nariño, pob: 8,519 Total. 50,799 de los cuales 30,000 son indígenas
Perú	Loreto, pob: 1'039,372 (201) Indígenas: 105,900 (2007)	Distrito de Ramón Castilla, pob: 19,718 Distrito de Yavarí, pob: 8,366 Pebas, pob: 11,079 San Pablo, pob: 10,449 Total: 49.072, de los cuales 19,027 son indígenas
Total	Población: 5'262,799 Indígenas: 312',730 (5,9%)	Población: 208,699 Indígenas: 119,027 (57%)



Amazonas

Crédito de la foto: Yohana Pantevis / OCHA

Para mayor información,
por favor visite:
[www.humanitarianresponse.info/
es/operations/colombia](http://www.humanitarianresponse.info/es/operations/colombia)

www.unocha.org/latin-america-and-caribbean-rolac/colombia

COLOMBIA:
Claudia Rodríguez
**Jefe de Oficina OCHA
Colombia**
rodriguez24@un.org

BRASIL:
Larissa Leite
**Escritório do Coordenador
Residente**
larissa.leite@un.org

PERÚ:
Ana Maria Rebaza
**Asesora Nacional en
Respuesta a Desastres**
rebaza@un.org