



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



**BOLETÍN
056**

COORDINACIÓN POLÍTICA

ORLANDO RAYO ACOSTA

Consejero Mayor ONIC

EQUIPO TÉCNICO

Wilson Fernando Herrera Baltán
Coordinador SMT - Diseño metodológico

Eudo Fidel Cuarán Hernández
Procesamiento y análisis de datos

Hugo Santiago Mosquera
Procesamiento y análisis de datos

Rosendo Ahue Coello
Médico Tradicional

Ana Carolina Contreras
Laudacia Betancur Quiceno
Michel Vanesa Vera Culma
William Gasca García
Apoyo técnico

EDICIÓN

Edgar Alape Moreno

COMUNICACIONES SMT

Eudo Fidel Cuarán Hernández

DIFUSIÓN

Consejería de Sistemas de Investigación,
Información y Comunicaciones

CONSEJO MAYOR DE GOBIERNO ONIC

ORLANDO RAYO ACOSTA
(Pueblo Yagua)
Consejero Mayor y Representante Legal

GERARDO JUMÍ TAPIAS
(Pueblo Embera Eyabida)
Consejero Secretario General

ESNEDA SAAVEDRA RESTREPO
(Pueblo Yukpa)
Consejera de Derechos de los Pueblos In-
dígenas, Derechos Humanos y Paz

MARÍA BEATRIZ VIVAS
(Pueblo Nasa)
Consejera de Planeación, Administración y
Finanzas

GLADYS FLORALBA HERNÁNDEZ
(Pueblo Sikuaní)
Consejera de Mujer, Familia y Generación

MIYER HERMES MERCHÁN CATIMAY
(Pueblo Sáliba)
Consejero de Territorio, Bienes Naturales y
Biodiversidad

ADEL SAYO DÍAZ
(Pueblo Barí)
Consejero de Sistemas de Investigación,
Información y Comunicaciones

OLGA MILENA BOLAÑOS GARCÍA
(Pueblo Koreguaje)
Consejera de Medicina Tradicional y Salud
Occidental

YAINIS ISABEL CONTRERAS JIMÉNEZ
(Pueblo Zenú)
Consejera de Educación Propia e Intercul-
tural

SANDRA VIVIANA SUÁREZ MIRANDA
(Pueblo Muisca)
Consejera de Planes de Vida y Desarrollo
Propio

En TIEMPO DE SALVAGUARDARNOS, los Padres Espirituales dicen:

“La pandemia sin duda alguna nos acercó al Padre Creador, a la misma familia, se pudo evidenciar como sin trabajo, sin dinero se pudo sobrevivir, nos hizo creer y volver a las medicinas propias; pero a los que siempre estamos ahí nos mostró el poder de cada elemental, sin duda alguna ese fue el año del elemento aire donde supuesta mente con un tapaboca y aislándonos de los demás nos protegíamos, pero el verdadero mensaje era hablar menos y conectarnos más con nosotros mismos, respirar para nosotros mismos, y sobre todo agradecer siempre por cada respirar...”

BOLETÍN 056 SISTEMA DE MONITOREO TERRITORIAL SMT-ONIC

INFORMACIÓN PARA PROTEGER LA VIDA Y LOS TERRITORIOS

3 de marzo de 2022
Fecha de corte de datos:
18 de febrero de 2022

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 Naciones Indígenas durante la pandemia, así mismo, el seguimiento a las diferentes intervenciones y afectaciones territoriales.



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

Presentación

La ONIC - Autoridad Nacional de Gobierno Indígena, emitió su último boletín (55) en 2021 el 21 de enero; hoy un año después se vuelve a emitir un nuevo boletín informativo N° 56 sobre la situación de la pandemia en los pueblos indígenas. Dado que, fueron varios los factores por los cuales se suspendió la publicación, entre ellos los factores de tipo operativo y la reorganización del movimiento indígena al interior de la organización, entre otros.

Es de mencionar, que luego del fallecimiento del Consejero Mayor Luis Fernando Arias Arias(Q.P.D.C) que ocurrió el 13 de febrero del 2021, por causas asociadas a las secuelas del virus de la pandemia, la ONIC se preparó durante 5 meses para desarrollar el X Congreso Nacional de Pueblos indígenas de la ONIC, el cual se había aplazado por la pandemia, y que finalmente se desarrolló del 26 al 30 de junio del 2021 en el corregimiento de la Delfina en el municipio de Buenaventura del departamento del Valle del Cauca; en el X Congreso de la ONIC, los pueblos indígenas emitieron nuevos mandatos acordes a la realidad del país y la situación que viven los pueblos indígenas en Colombia en sus territorios, se revitalizó los principios y se actualizó la plataforma de lucha en clave de los desafíos contemporáneos que afrontan nuestros pueblos; así mismo, en el X congreso se eligió los nuevos Consejeros que hacen parte del Consejo Mayor de Gobierno de la ONIC de acuerdo con la Ley de Gobierno Propio para el periodo 2021-2025.

Es así, que luego de este proceso de reorganización del movimiento indígena de la ONIC, hacemos un nuevo balance sobre la afectación de la pandemia en los territorios 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 Naciones Indígenas durante la pandemia, así mismo, el seguimiento a las diferentes intervenciones y afectaciones territoriales.

A su vez, el boletín se emite también en el marco del Convenio de Asociación No. 1255 de 2021, firmado con el Ministerio de Salud y Protección Social y los Pueblos Indígenas, el cual tiene por objeto: “Aunar esfuerzos para la construcción de caminos interculturales en torno a la prevención del VIRUS y la comprensión de la vacunación en pueblos y comunidades indígenas, en cumplimiento de los compromisos establecidos con la Subcomisión de Salud de la Mesa Permanente de Concertación de los pueblos indígenas”.

De igual modo, el Boletín continúa con su 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, los reportes oficiales del Instituto Nacional de Salud (INS) y los reportes del monitoreo comunitario de las organizaciones indígenas de la Mesa Permanente de Concertación.



ACTUALIZACIÓN DE AFECTACIÓN DE LA PANDEMIA EN PUEBLOS Y NACIONES INDÍGENAS

Histórico de casos en Pueblos y Naciones Indígenas: El Sistema de Monitoreo Territorial SMT - ONIC ha identificado actualmente **94.015 casos que han afectado a 79 Pueblos y Naciones Indígenas en Colombia.** A la fecha de corte de este boletín, identificamos **2.640 casos de fallecidos**, dado que el virus se expandió en todo el territorio nacional.

Análisis ante la crisis y emergencia de salud:

Simultáneamente, a la crisis de emergencia generada por la pandemia la cual ha generado más de 137 mil fallecidos, se suma la devaluación del peso colombiano frente al dólar estadounidense, postulando a la moneda colombiana como la más devaluada de la región latinoamericana; la devaluación y el proceso lento de reactivación económica por la falta de empleo, está generando una crisis del hambre; la papa por ejemplo uno de los productos más básicos de la canasta familiar, hoy su precio está por las nubes, al igual que la carne y otros productos básicos de la canasta familiar de la mesa de los colombianos.

En contraste con lo anterior, la Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura-FAO incluyó a Colombia en el reciente Mapa del Hambre, como único país latinoamericano donde se evidencia que 7,3 millones de colombianos sufren inseguridad alimentaria y necesitan urgentemente asistencia alimentaria para este 2022, y siendo probable que la inseguridad alimentaria aguda se deteriore aún más¹. Ante este informe el gobierno de Duque solicita retirar a Colombia del mapa del hambre, pero “mientras la FAO, el PMA y el gobierno discuten si nos meten o nos sacan de sus mapas del hambre, nuestros niños siguen muriendo y nuestros territorios siguen siendo saqueados,

¹ GESTARSALUD, 28 de enero de 2022. Ver: <https://gestarsalud.com/2022/01/28/colombia-esta-en-alto-riesgo-de-sufrir-una-crisis-de-hambre-en-2022-segun-informe-de-fao/>

nuestros ríos contaminados, la Amazonía sigue siendo explotada, despojada indiscriminadamente y quemada; en el Pacífico desplazan y asesinan a las comunidades”², se agrega en un comunicado de la ONIC.

Por otro lado, se suma la crisis de las Empresas Prestadoras de Salud-EPS que pasaron a liquidación entre ellas Coomeva y otras 19 que están en la lista, causando más traumatismos para el sistema de salud, mucho más de lo que se vive hoy, porque las autoridades deberán ordenar traslados masivos de afiliados a otras EPS que sí cumplan la norma, generando una crisis para los trabajadores, pacientes y demás ciudadanos que exigen garantías de sus derechos la salud. A su vez, la Organización para la defensa del paciente, afirmó que: “las EPS no cumplen a cabalidad con sus funciones, no cumplen en ciudades principales, mucho menos en territorios alejados porque allá no les es rentable el negocio. Agrega además que las EPS, no cumplieron con sus funciones durante la pandemia, los entes territoriales del país, tuvieron que salir a suplir esos deberes y esas funciones de las EPS a quienes ya se les había pagado para eso”³.

No obstante, el virus de la pandemia y toda esta crisis del sistema de salud ha aumentado aún más la desigualdad social existente en el país y se profundiza en los pueblos indígenas especialmente: los pueblos plurinacionales Yukpa y Wayuu que han sufrido el abandono histórico, o un grupo de más de 1000 indígenas pertenecientes a la nación Embera que han sido desplazados hacia la ciudad de Bogotá y se encuentran acampando en improvisados cambuches en el parque nacional desde hace meses.

Actualización de afectación de la pandemia en Colombia

A la fecha de generación del presente boletín, el número 56, el Instituto Nacional de Salud - INS publicó, a corte del 18 de febrero de 2022, un total de 6'039.163 casos confirmados del virus desde el inicio de la pandemia. Un total de 5'857.040 casos se clasifican como recuperados, unos 23.115 casos se clasifican como activos, 137.869 fallecidos confirmados. (Ver Gráfico 1)

Si se analizan los casos positivos presentados desde el inicio de la pandemia por sexo y grupo de edades se puede apreciar cómo se ha afectado la población colombiana de acuerdo al grupo etario al que pertenece. Al clasificar los casos reportados por sexo se obtiene una afectación del 53,2% a la población femenina y un 46,8% a la población masculina. Según la pirámide poblacional de la gráfica 2, las poblaciones con edades comprendidas entre los 15 y 65 años son las que más se exponen a contagios y por ende las que reportan, según el INS, mayor número de casos positivos. (Ver Gráfico 2)

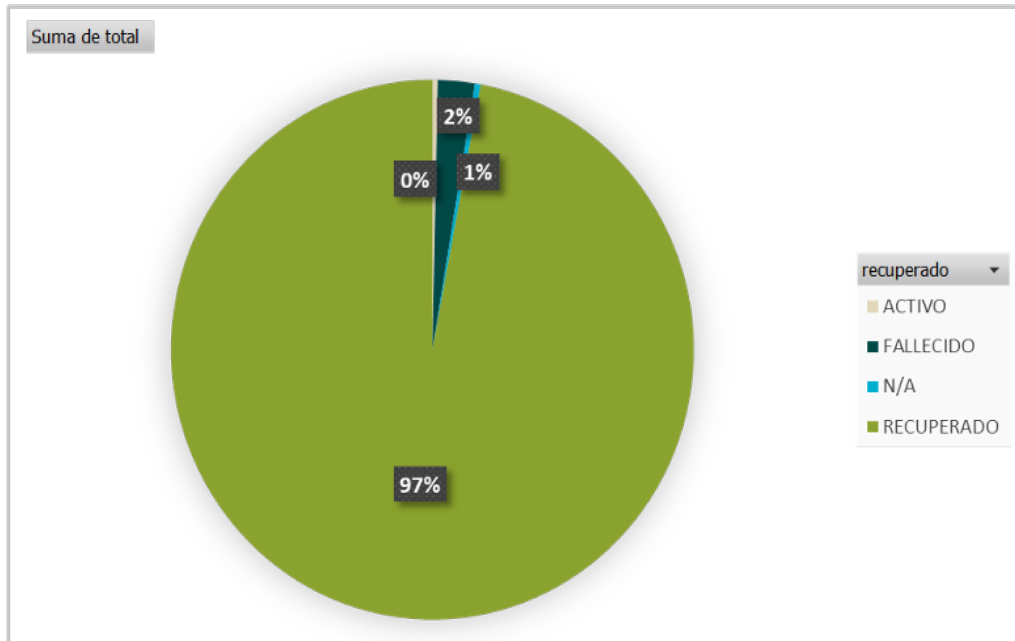
Continuando con el análisis, del total de casos de fallecidos a la fecha de corte de este boletín que registra el Instituto Nacional de Salud, el 60,8 % son hombres, y el 39,2 % son mujeres. El 73,4 % de los fallecimientos se presenta a partir de los 60 años en adelante; un 26,4 % de los fallecidos están entre los 20 y 59 años y un 0,3 % corresponde a menores de 19 años. (Ver Gráfico 3)

Es de recordar que desde el inicio de la pandemia se han registrado picos de fallecimiento cuya intensidad y frecuencia fue más evidente a partir del segundo semestre de 2020. Para los meses comprendidos entre septiembre de 2021 y enero de 2022 se redujo el número de fallecimientos los cuales, en promedio, no superaron los 100 casos. Pero para el mes de febrero de 2022 se presentó un pico de 350 casos que posteriormente se fue atenuando. (Ver Gráfica 4)

² Organización Nacional Indígena de Colombia-ONIC. Carta a Iván Duque sobre el informe Hunger Hotspot (2022) - FAO/PMA. Bakata, 8 de febrero del 2022. Ver: <https://www.onic.org.co/comunicados-onic/4429-carta-a-ivan-duque-sobre-el-informe-hunger-hotspot-2022-fao-pma>

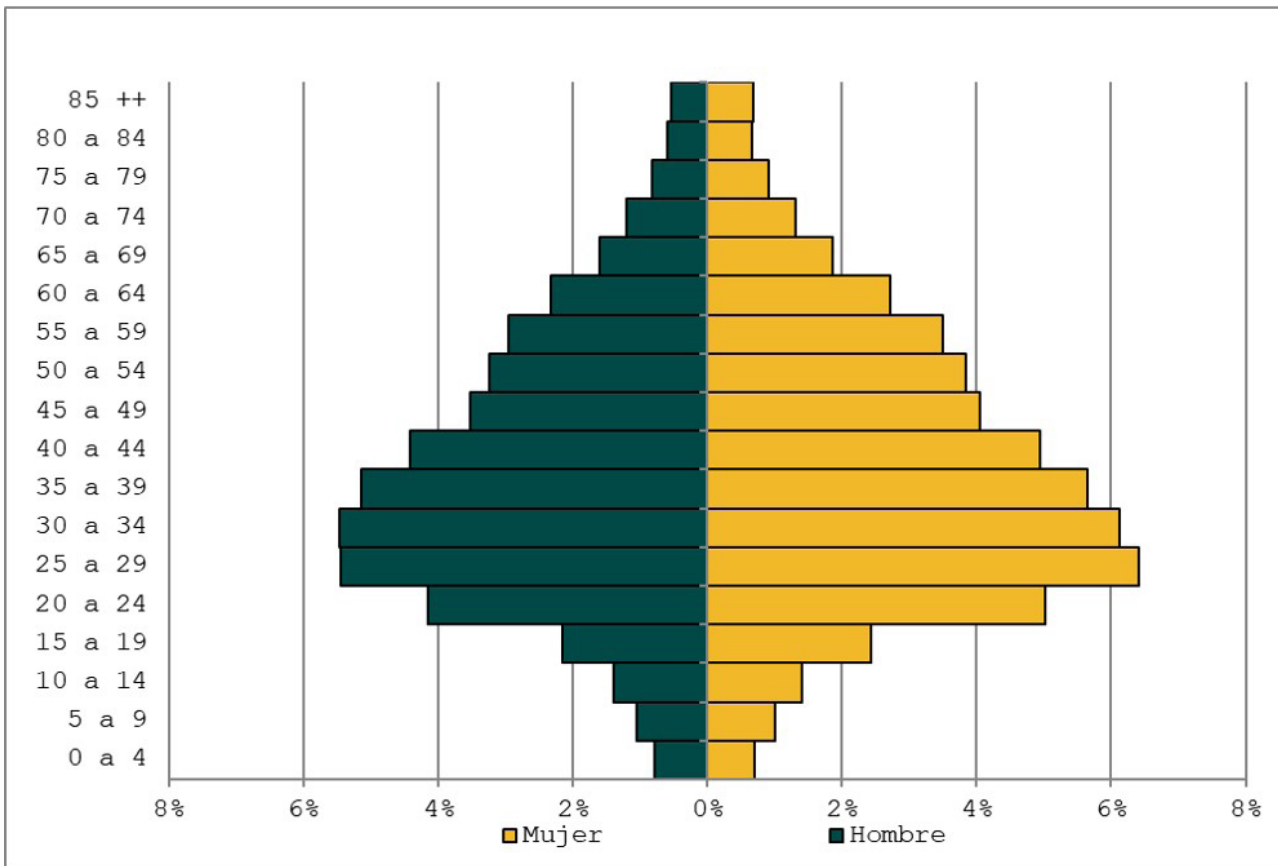
³ Organización para la Defensa Del Paciente: Ver: <https://twitter.com/odpdh/status/1490436703219335178>

Gráfico 1. Total casos activos, recuperados y fallecidos a nivel nacional



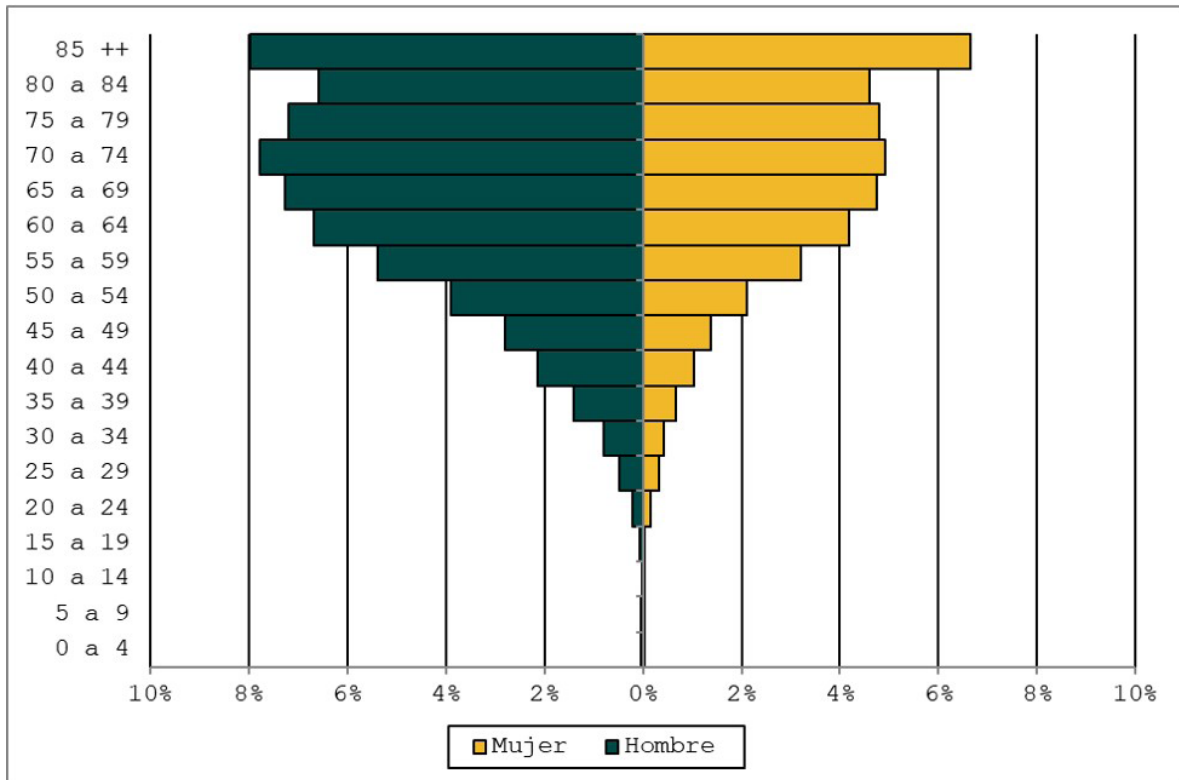
Fuente: Instituto Nacional de Salud (DataSet casos nacionales, corte a 18 de febrero de 2022)

Gráfico 2. Distribución de casos positivos en Colombia por grupos de edad y sexo



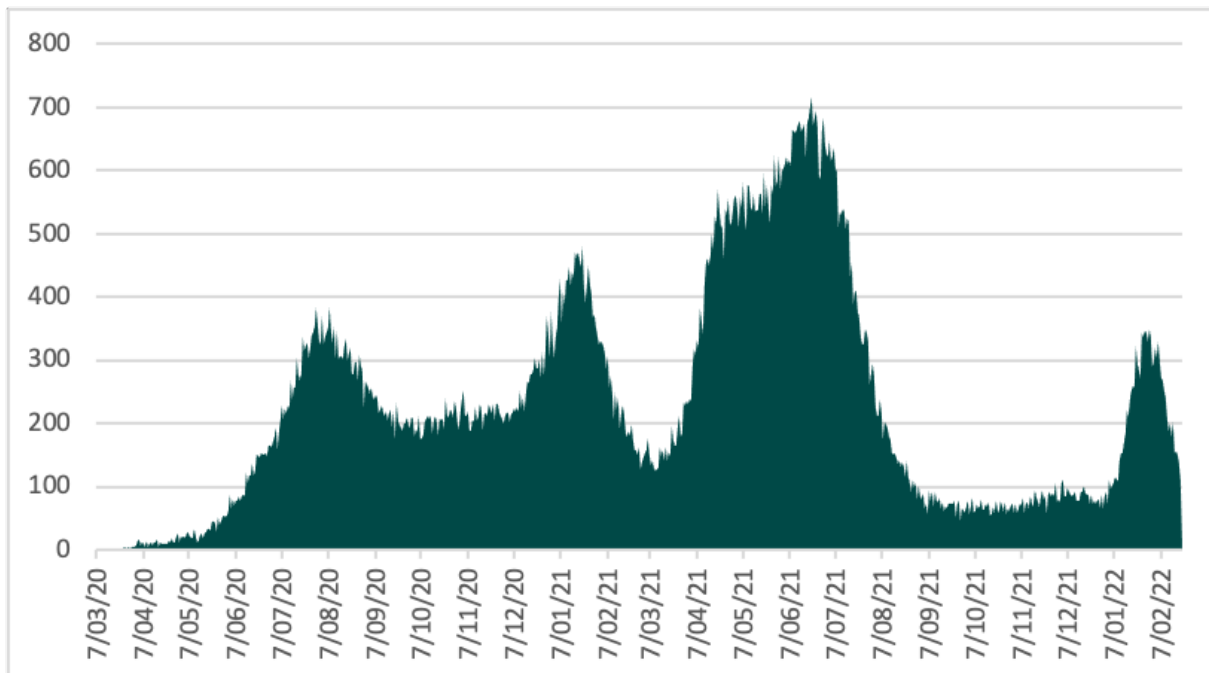
Fuente: Instituto Nacional de Salud (DataSet casos nacionales, corte a 18 de febrero de 2022)

Gráfico 3. Estructura de la mortalidad por el virus por sexo y grupos de edad. Total Colombia



Fuente: Instituto Nacional de Salud (DataSet casos a 18 de febrero de 2022)

Gráfico 4. Picos históricos de fallecimiento natural a causa del virus en Colombia



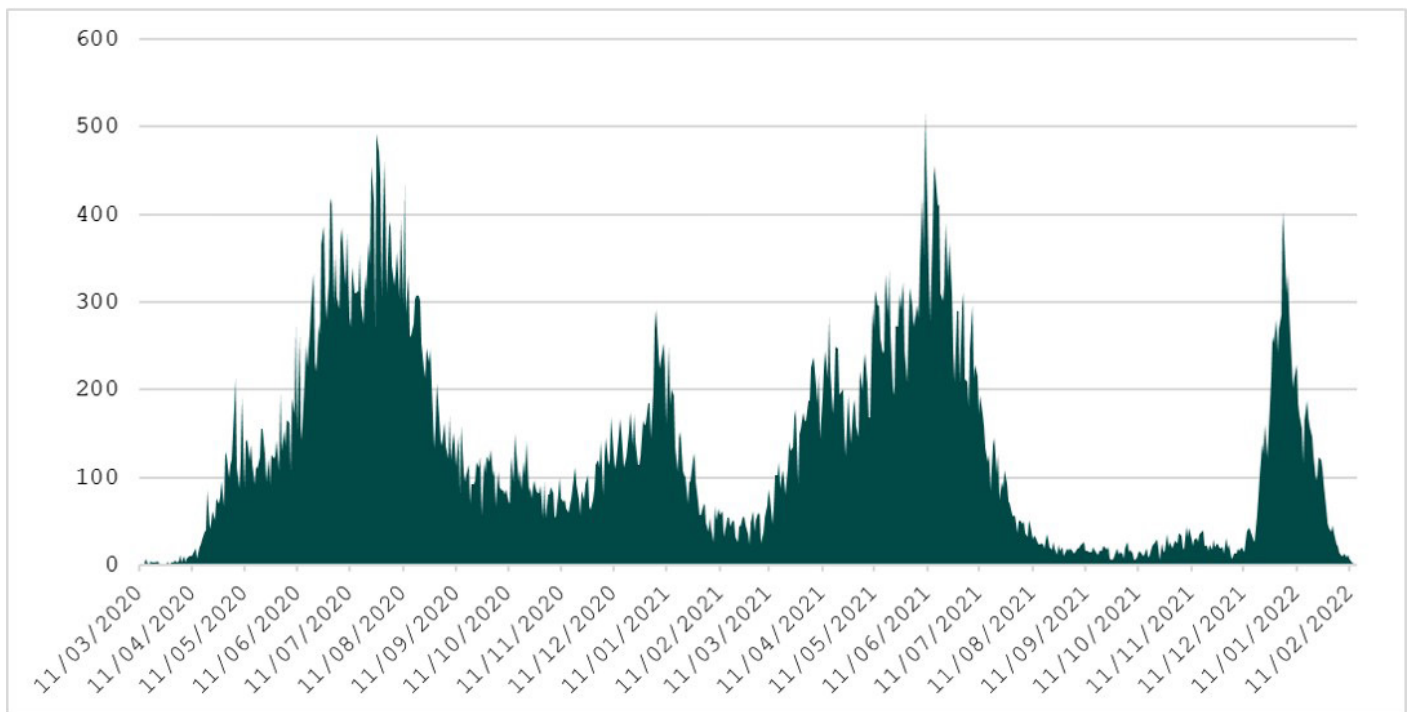
Fuente: Instituto Nacional de Salud (DataSet casos nacionales corte a 18 de febrero de 2022)

2. ACTUALIZACIÓN DE AFECTACIÓN DE LA PANDEMIA EN LOS PUEBLOS INDÍGENAS DE COLOMBIA

En los pueblos indígenas de Colombia según el Sistema de Monitoreo Territorial y los datos que registra el Instituto Nacional de Salud se registró 94.015 casos históricos, según la fecha de inicio de síntomas, desde el mes de marzo del 2020 del inicio de la pandemia. En la siguiente gráfica vemos los cuatro (4) picos de la pandemia principalmente en los meses de julio y agosto del 2020 registrando

el 21,2% de los casos con 19.915 contagios; el siguiente pico se presentó en los meses de diciembre del 2020 y enero de 2021 con el 9,7% de los casos (9106), presentando un ligero descenso respecto al anterior; sin embargo, el siguiente pico se registra en los meses de mayo y junio del 2021 con el 19% de los casos sumando 17.816 contagios en pueblos indígenas; y finalmente un ligero pico en el mes de enero del 2022 con el 5,9% para 5.556 casos de acuerdo con el comportamiento de la pandemia en Colombia. (Ver gráfico 5)

Gráfico 5. Históricos de casos positivos por fecha de inicio de síntomas



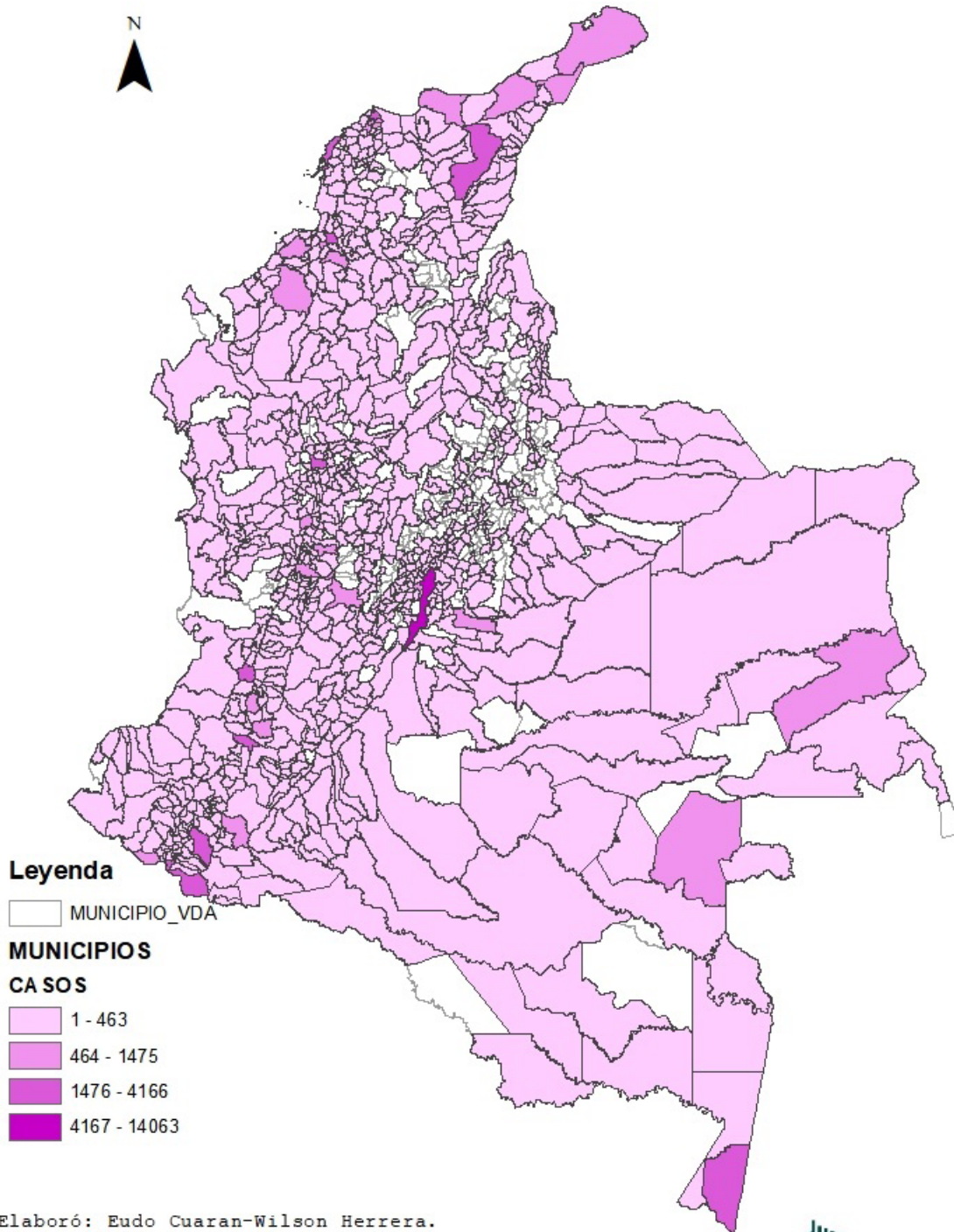
Fuente: Instituto Nacional de Salud (DataSet casos, variable étnica, corte a 18 de febrero de 2022) – Sistema de Monitoreo Territorial SMT (ONIC)

2.1 Crecimiento del virus por municipios en Pueblos Indígenas

Los casos a nivel histórico se registran principalmente en los departamentos de Bogotá D.C con el 15%, seguido de Nariño (9,4%), Córdoba (8,9%), Atlántico (8,1%), Cauca (7,6%), Valle del Cauca (5,7%) y Sucre con el 5,5% de los casos. A nivel de municipio después de Bogotá, los municipios que más registran casos históricos son Cali con 4.116 ca-

sos, Sincelejo (3347), Popayán (2934), Barranquilla (2699), Pasto (2668), Cartagena (2493), Leticia (2419), Medellín (2219), Valledupar (2154), Ipiales (2084), Montería (1475), Riohacha (1374), Maicao (1323), Ibagué (1244), Galapa (1141) y Tuchin con 1109, en estos municipios se encuentran el 50,9% de los casos; en el siguiente mapa podemos ver los municipios con más casos históricos en pueblos indígenas (Mapa 1).

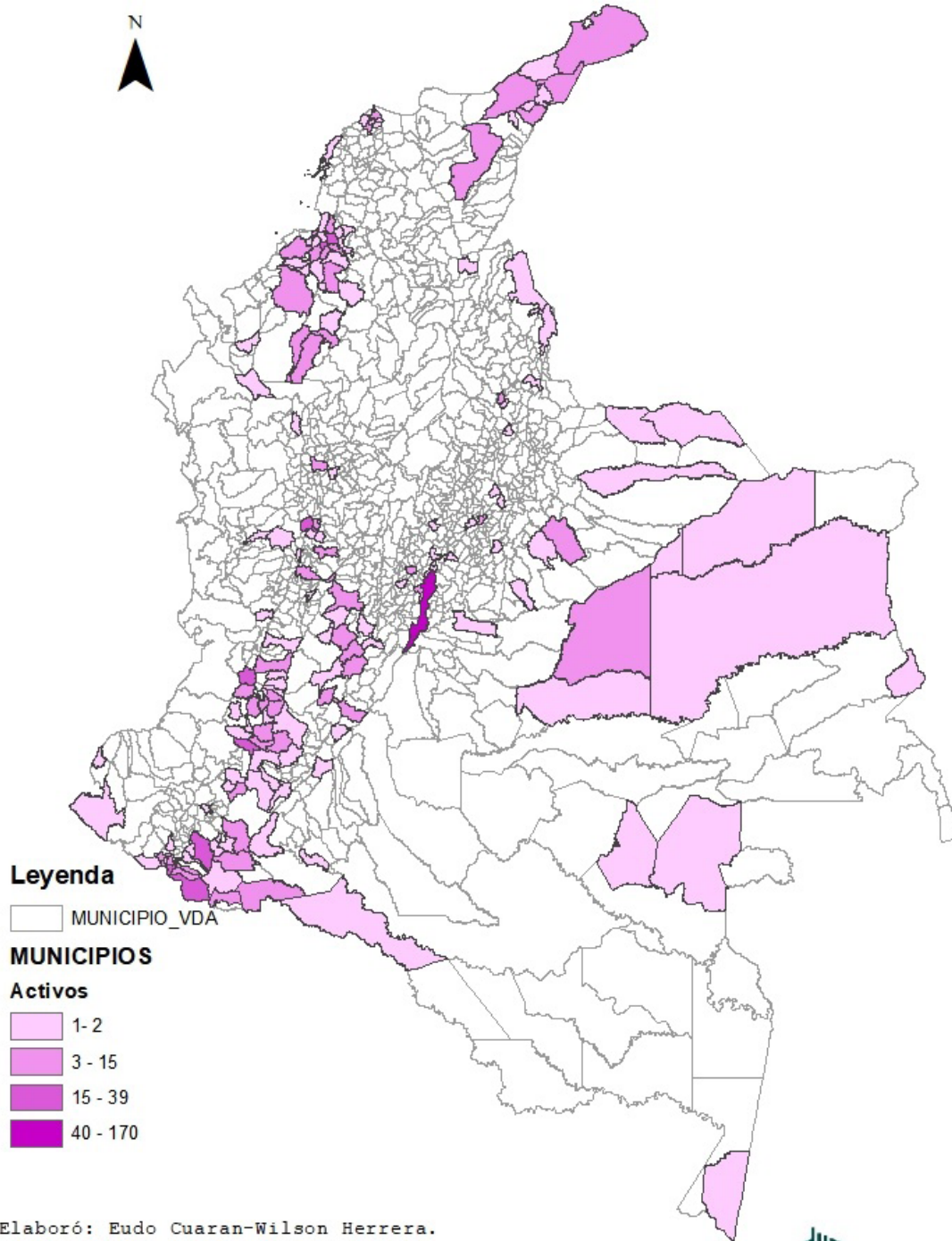
Histórico de Pueblos Indígenas afectados por la pandemia según municipio (18 de febrero de 2022)



Elaboró: Eudo Cuaran-Wilson Herrera.
 Equipo de Población Consejería Mayor Onic.
 Fuente: Instituto Nacional de Salud
 (DataSet casos, variable étnica, corte a 18 de febrero de 2022)
 -Sistema de Monitoreo Territorial SMT (ONIC)

Mapa 1.

Pueblos indígenas con casos activos de la pandemia
segun municipio (18 de febrero de 2022)



Elaboró: Eudo Cuaran-Wilson Herrera.
Equipo de Población Consejería Mayor Onic.
Fuente: Instituto Nacional de Salud
(DataSet casos, variable étnica, corte a 18 de febrero de 2022)
-Sistema de Monitoreo Territorial SMT (ONIC)

Mapa 2.

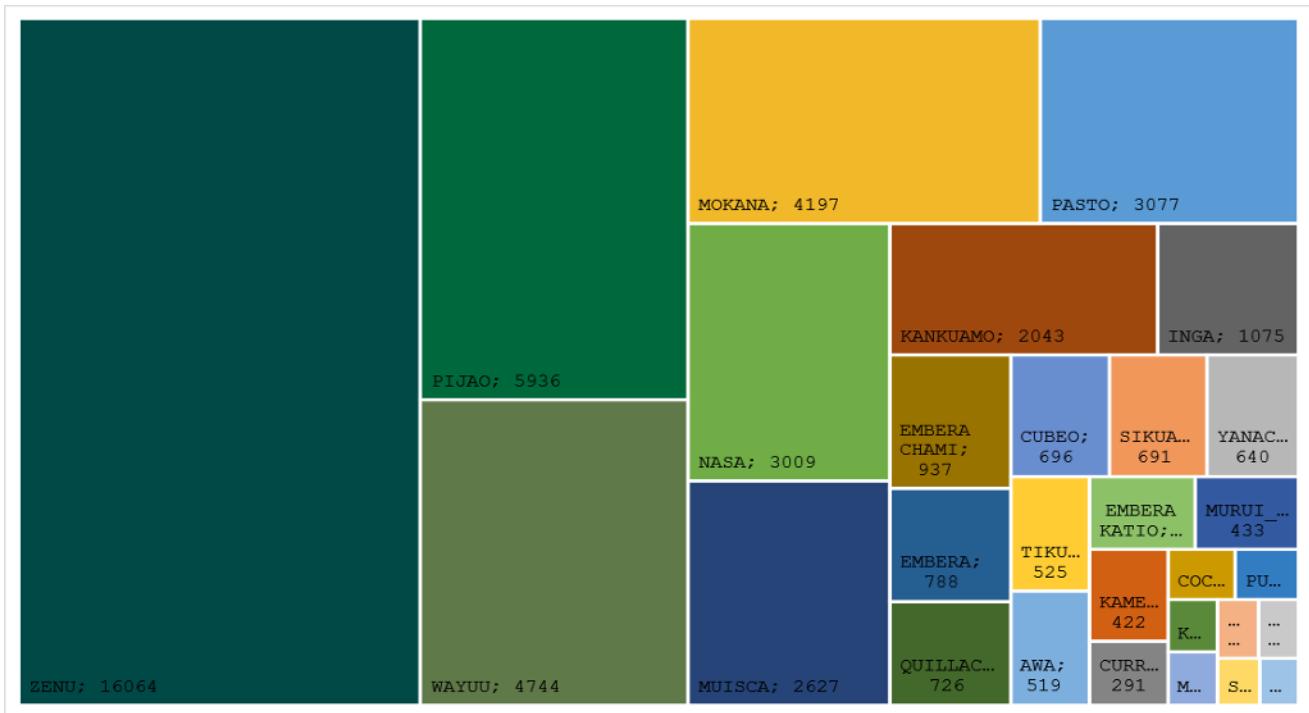
En el mapa 2 es posible identificar la totalidad de municipios únicamente con casos activos en población indígena, que a corte de este boletín representan 779 casos, en 161 municipios se han registrado menos de 10 casos, entre ellos en Supía, Valledupar, Caloto, Montería, Sahagún, Silvia y Puerto Asís; y solo en 13 municipios hay un número mayor a 10 casos activos. Entre los municipios con más de 10 casos indígenas que se encuentran activos están: Bogotá D.C. con 170 casos; entre 11 y 30 casos se registran en Pasto, Ipiales, Sincelejo, Cali, Tuchín, Riosucio, Popayán, San Andrés de Sotavento, Maicao, Manizales, Mocoa y Coyaima.

3. EXPANSIÓN DEL VIRUS EN PUEBLOS INDÍGENAS

A corte de este boletín 056, se registran un total de 94.015 casos por el virus en Pueblos Indígenas que afectan a 79 Pueblos y Naciones Indígenas, distribuidos así: Zenú (16.064), Pijao (5936), Wayuu (4.744), Mokaná (4197), Los Pastos (3.077), Nasa (3009), Muisca (2627), Kankuamo

(2043), Inga (1075), Embera Chamí (937), Embera (788), Quillacinga (726), Cubeo (696), Sikuaní (691), Yanacona (640), Tikuna (525), Awá (519), Embera Katío (451), Uitoto (433), Kamentsá (422), Curripaco (291), Kokonuco (196), Puinave (184), Kichwa (153), Misak (153), U'wa (138), Polindara (137), Saliva (112), Tucano (104), Kofán (98), Piapoco (92), Siona (91), Ambaló (84), Jiw (83), Cocama (82), Kiszgó (72), Koreguaje (69), Wounaan (59), Nukak (57), Yagua (51), Cuiba (46), Dujo (32), Kogui (35), Arhuaco (44), Andoque (28), Desano (22), Piratapuyo (22), Bora (18), Wiwa (16), Yukpa (33), Miraña (15), Barí (14), Yukuna (23), Piaroa (9), Achagua (46), Eperara Siapidara (5), Wanano (4), Cuna (3), Matapi (14), Piaroa (2), Siriano (2), Hitnu (1), Muinane (7), Tatuyo (1), Tuyuca (1), Makuna (6), Totoró (22), Tanimuca (9), Amorua (1), Karapaná (1), Letuama (1), Masiware (3), Macahuán (8), Ocaina (2), Barasano (2), Wamonae (27), Guna Dule (3), Karijona (10), y en 41.576 casos se encuentra por establecer el pueblo al que pertenecen. En el siguiente gráfico 3 se relacionan los pueblos más afectados. (Ver Gráfico 6)

Gráfico 6. Pueblos y Naciones Indígenas más afectados por el virus



Fuente: Instituto Nacional de Salud (DataSet casos, variable étnica, corte a 18 de febrero de 2022) - Sistema de Monitoreo Territorial SMT (ONIC)

De acuerdo al Monitoreo de Organizaciones Indígenas de la Mesa Permanente de Concertación - MPC a corte del 21 de febrero de 2022, se realizó un balance durante el periodo comprendido entre el 14 y 21 de febrero del presente año para las comunidades presentes en cerca de 31 municipios, comunidades que se encuentran asentadas en los departamentos de La Guajira, Chocó, Amazonas, Nariño, Tolima, Cesar, Vichada, Caquetá, Putumayo, Córdoba, Magdalena, Antioquia, Valle del Cauca, Arauca y Meta. El resultado cuantifica los casos de personas que presentan síntomas posiblemente relacionados con el virus que fueron

objeto del monitoreo; los resultados se muestran en el siguiente cuadro. Se presentan casos sospechosos principalmente en comunidades como la de Sibundoy en Putumayo, San Andrés de Sotavento en Córdoba, Bajo Baudó en Chocó y Pueblo Bello y Valledupar en el Cesar que deberían ser objeto de focalización en lo referente a planes de Prevención y Protección - PyP a cargo de los Entes Territoriales - ET, las Entidades Administradoras de Planes de Beneficios - EAPB, Instituciones Prestadora de Servicios de Salud - IPS y demás actores en salud que interactúan en los territorios anteriormente descritos.

Cuadro 1. Pueblos y Naciones Indígenas con casos sospechosos del virus

Departamento	Municipio	Nombre de la comunidad indígena	Casos sospechosos
CESAR	PUEBLO BELLO	Centro De Nabusimake	6
CESAR	PUEBLO BELLO	Centro Jewrwa	3
CESAR	VALLEDUPAR	Centro Gun Aruwün	4
CHOCÓ	BAJO BAUDÓ	Bajo Baudó/ Bellavista	11
CHOCÓ	BAJO BAUDÓ	Playa bonita	1
CÓRDOBA	SAN ANDRÉS DE SOTAVENTO	Resguardo Indígena Zenu	21
CÓRDOBA	TUCHÍN	Santader De La Cruz Pichi	1
CÓRDOBA	MAICAO	Comunidad La Paz	1
NARIÑO	IPIALES	Ipiales	4
PUTUMAYO	SIBUNDOY	Valle Del Sinbundoy	30
Total general			82

Fuente: Monitoreo comunitario Organizaciones Indígenas Mesa Permanente de Concertación-MPC (Corte a 21 de febrero de 2022)



4. DEFUNCIONES POR CAUSA NATURAL ASOCIADAS AL VIRUS DE LA PANDEMIA EN PUEBLOS INDÍGENAS DE COLOMBIA

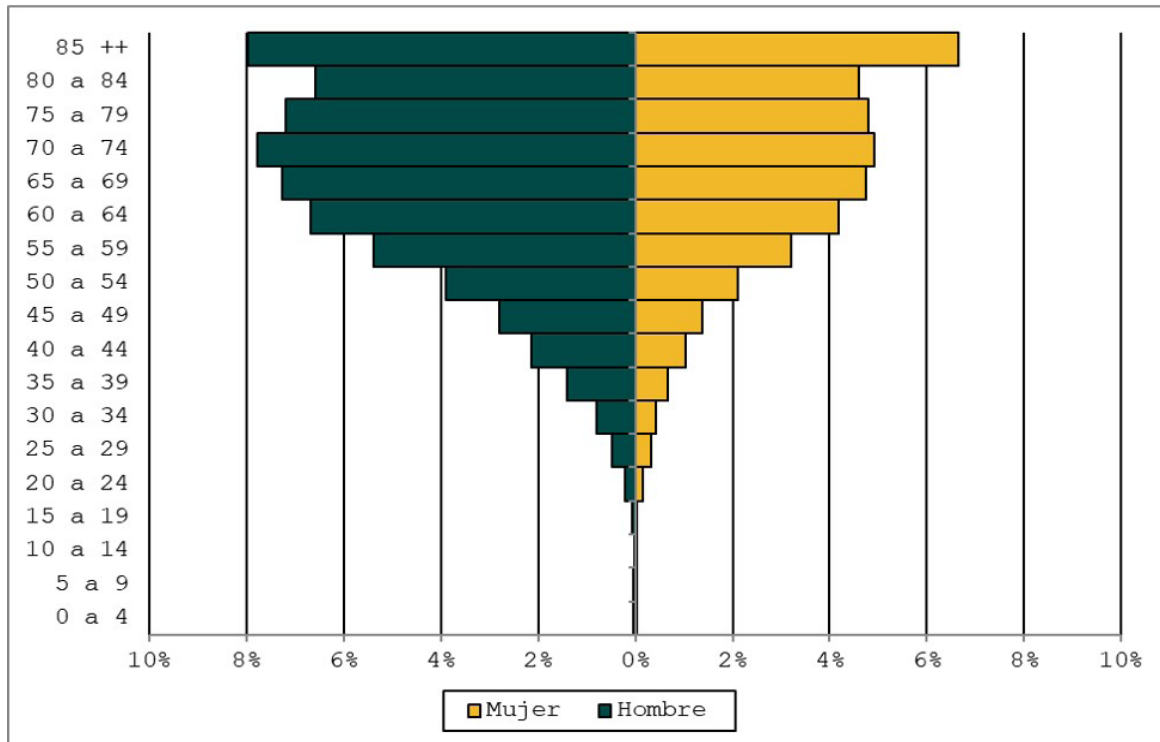
A corte de este boletín, se registran 2.640 fallecidos. Entre los municipios que más presentan fallecimientos son: Bogotá, Barranquilla, Leticia, Ipiales, Cali, Riosucio, Maicao, Sincelejo, Pasto, Montería, Galapa, Popayán, Soledad, Cumbal, Medellín, Santander de Quilichao, Cartagena, Coyaima, Valledupar, Riohacha, San Andrés de Sotavento y Tuchín, que presentan entre 30 y 96 casos fallecidos; Barranquilla y Bogotá son los municipios que presentan el número más alto de fallecidos, con 106 y 237 casos de fallecimientos respectivamente.

Prosiguiendo con el análisis, un 95.9 % de los casos indígenas se registran como recuperados, esto equivale a 90.205 personas; y los fallecidos corresponden a un 2,8 % de los casos. En el si-

guiente gráfico, se muestra según grupos de edad quinquenal las defunciones por el virus para la población indígena de un total de 2.640 que se registran al corte de este boletín. Dicho lo anterior, una amplia proporción de fallecidos se encuentra a partir de los 60 años en adelante, representando el 70,8 % con 1870 personas fallecidas.

Además, los fallecimientos entre los grupos de edad de los 20 a 59 años equivale a un 28,7 % y un 0,5 % en menores de 19 años. Por grupos de edad más específicos, en los pueblos indígenas entre 70 a 74 años se presentaron mayores fallecimientos, principalmente en los hombres. En términos de género, para la población indígena fallecida, el 60,2 % corresponde a hombres y el 39,8 % son mujeres, es decir, por el virus han fallecido más hombres que mujeres, los hombres de 60 años o más fallecen con mayor frecuencia que las mujeres en el mismo rango de edad.

Gráfico 7. Estructura de la mortalidad por el virus por sexo y grupos de edad - Total Indígenas



Fuente: Instituto Nacional de Salud (DataSet casos, variable étnica, corte a 18 de febrero de 2022) - Sistema de Monitoreo Territorial SMT (ONIC)

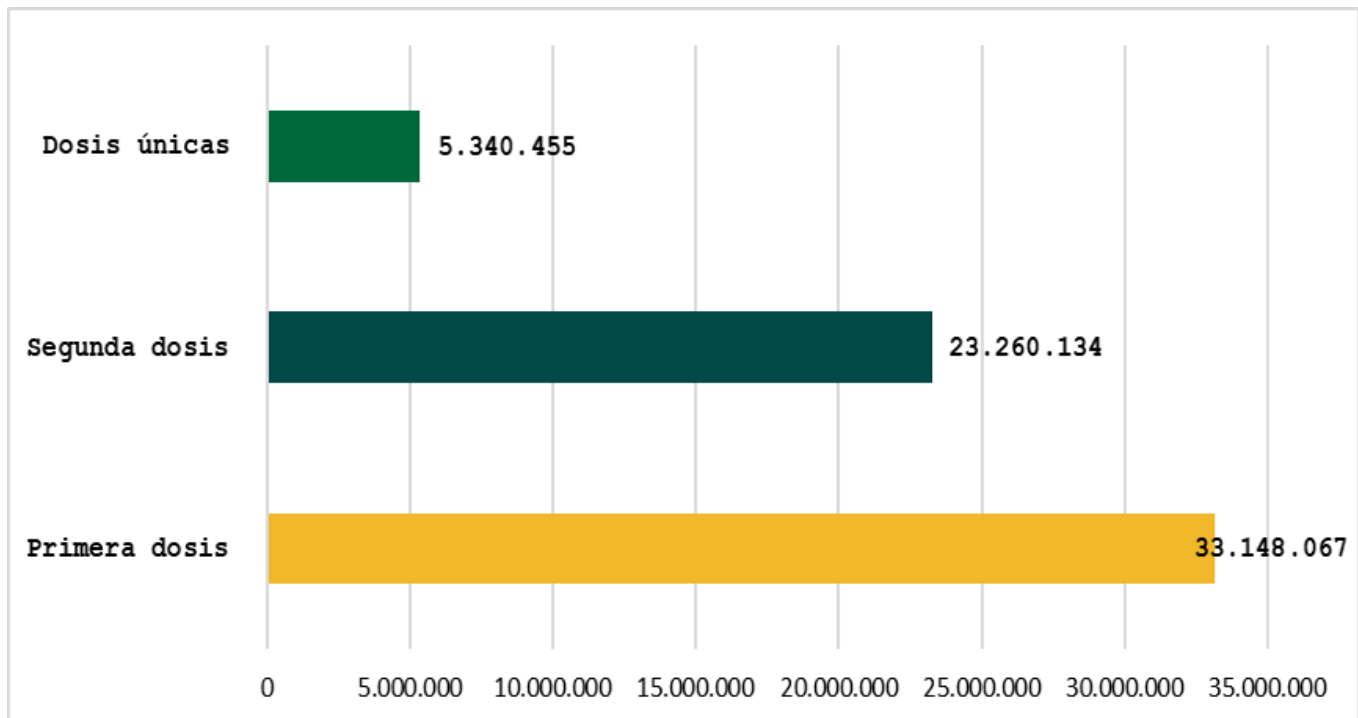
5. VACUNA CONTRA EL VIRUS DE LA PANDEMIA EN COLOMBIA

En Colombia el primer lote de 50.000 vacunas llegó el 15 de febrero de 2021 para iniciar el proceso de inmunización masiva contra el virus de la pandemia, y que inició el 17 de febrero de acuerdo al plan nacional de vacunación. En Latinoamérica ya otros países como México, Chile y Costa Rica habían iniciado su proceso de vacunación desde el 24 de diciembre del 2020. Cabe recordar además la polémica por filtración de precios de las vacunas, que se trataba de información confidencial, y se reveló que el costo de 12 dólares a cada vacuna Pfizer, mientras el costo de AstraZeneca tenía un costo más bajo; caso que quedó en el limbo la denuncia entre el Instituto Anticorrupción y el Gobierno Nacional.

Ahora veamos, el Corte del 4 de enero del 2022 según el Ministerio de Salud y Protección Social en Colombia se registró 82.231.304 de dosis recibidas, de las cuales han sido entregadas 69.861.980 es decir un 85 %; del total de dosis entregadas han sido aplicadas 65.271.100, es decir un 93 %. Dicho lo anterior, el Ministerio de salud reportó que 28.600.589 de colombianos tendrían el esquema completo de vacunación, es decir, cerca de un 65 % de la población; sin embargo, como veremos luego, en solo 95 municipios del país tendrían el esquema de vacunación completo mayor al 60 %.

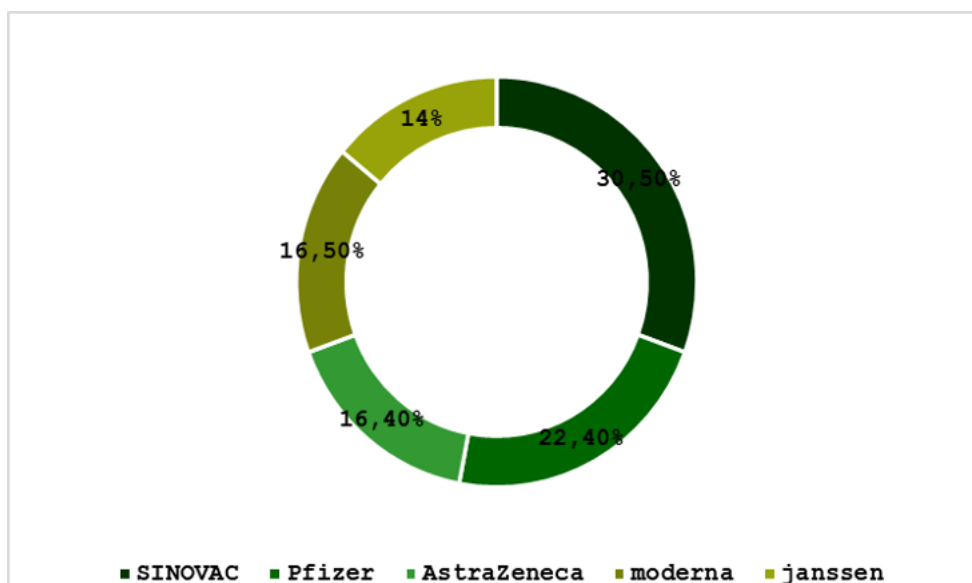
El Ministerio de la Salud y la Protección Social registra a corte del 4 de enero de 2022 que del total de vacunas recibidas el 30,5 % corresponde a SINOVAC, un 22,4% es de laboratoria Pfizer, el 16,4 % corresponde a AstraZeneca, el 16,5 % es del laboratorio moderna, y el 14% de janssen.

Gráfico 8. Distribución de dosis de vacunas aplicadas en Colombia



Fuente: Ministerio de Salud y Protección Social (Corte a 4 de enero de 2022)

Gráfico 9. Vacunas recibidas y próximas llegadas en Colombia



Fuente: Ministerio de Salud y Protección Social (Corte a 4 de enero de 2022)

5.1 COBERTURA DE VACUNACIÓN CONTRA EL VIRUS DE LA PANDEMIA SEGÚN MUNICIPIOS EN COLOMBIA

Según el Sistema Integrado de Información de la Protección Social-SISPRO, que dispone la base nacional de vacunación contra el virus de la pandemia, (disponible a corte del 31 de diciembre del 2021), el 78 % de los municipios en Colombia presentaron una cobertura completa del esquema de vacunación menor al 50 % de su población; el 13 % de los municipios presentaron cobertura completa en el 50 % y 60 % de su población y tan solo el 8,5 % de municipios presentó una cobertura completa en más del 60 % de su población; con un máximo del 96 % en el municipio de San Juanito en el departamento del Meta, seguido están los municipios del Cairo, Versailles, Calima (Valle del Cauca) Alpujarra, Suarez (Tolima), Cacota (Norte de Santander), Boavita, Sativanorte (Boyacá), que se encuentran entre el 74 % y 82 % de cobertura.

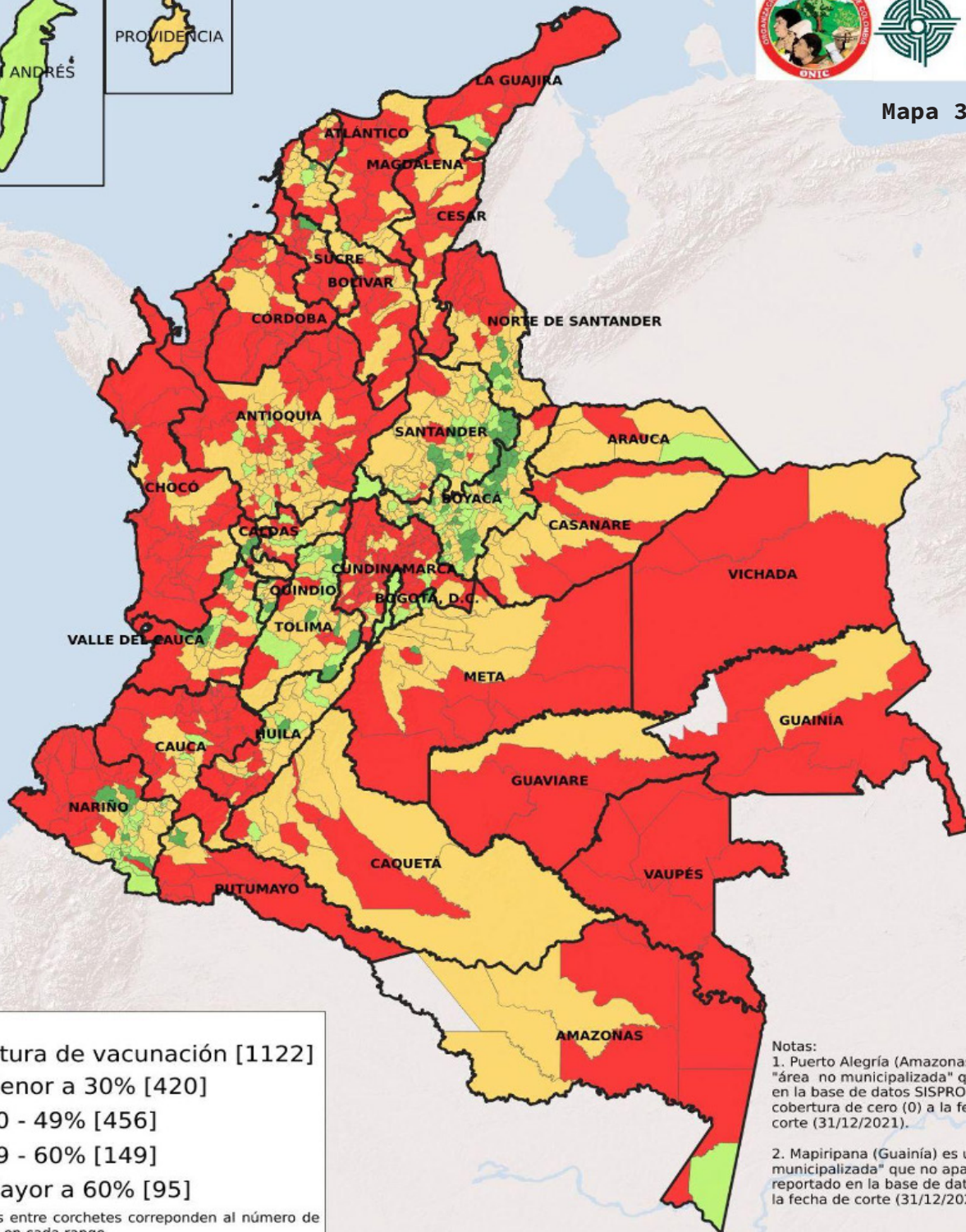
No obstante, en ningún municipio capital departamental se presentó cobertura total; en ellos, los

porcentajes de cobertura se ubicaron entre el 19 % al 56 %, siendo Leticia el municipio capital con mayor cobertura, seguido de Popayán y San Andrés (51 % y 50 % respectivamente), Bogotá D.C se ubicó en el cuarto nivel de cobertura con el 49 %, Cali posee el 37,4 % de cobertura, Medellín el 42 % y Barranquilla con el 42,7 %; mientras que el de menor cobertura fue el municipio de Mitú en el departamento del Vaupés, con el 19 % de su población con cobertura completa de vacunación al 31 de diciembre de 2021. Los departamentos con mayor número de municipios con cobertura superior al 30 % de su población fueron Boyacá y Santander (ver mapa 3).

Cobertura de vacunación con el esquema completo a nivel municipal nacional, a 31 de diciembre de 2021.



Mapa 3.



Cobertura de vacunación [1122]

- Menor a 30% [420]
- 30 - 49% [456]
- 49 - 60% [149]
- Mayor a 60% [95]

Los valores entre corchetes corresponden al número de municipios en cada rango.

Notas:

1. Puerto Alegre (Amazonas) es un "área no municipalizada" que aparece en la base de datos SISPRO y reporta cobertura de cero (0) a la fecha de corte (31/12/2021).
2. Mampiripana (Guainía) es un "área no municipalizada" que no aparece reportado en la base de datos SISPRO a la fecha de corte (31/12/2021).

Fuentes de información:
 - Datos de cobertura de vacunación a partir de SISPRO (enero de 2022).
 - DIVIPOLA a partir de Marco Geoestadístico Nacional - MGN (DANE, 2018).

Elaboró: Jorge Mendoza, Wilson Herrera y Eudo Cuaran,
 Equipo de Población Consejería Mayor ONIC (Febrero de 2022).
 Colaboración de Silvana Zapata Bedoya.

6. COBERTURA DE VACUNACIÓN CONTRA EL VIRUS DE LA PANDEMIA SEGÚN MUNICIPIOS CON POBLACIÓN INDÍGENA EN COLOMBIA.

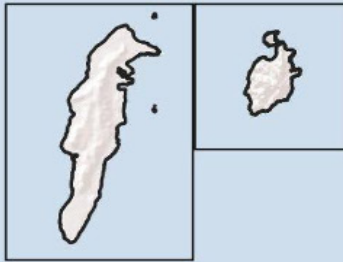
Inicialmente, fueron identificados 293 municipios en 30 departamentos con presencia de población indígena. El 89 % de los municipios con población indígena presentaron una cobertura completa del esquema de vacunación menor al 50 % de su población; el 8 % de los municipios presentaron cobertura completa en el 50 y 60 % de su población y tan solo el 3 % de municipios presentó una cobertura completa en más del 60 % de su población; con un máximo del 82 % en el municipio de El Cairo en el departamento del Valle y un mínimo del 0,4 % de cobertura en el municipio Pacoa en el departamento del Vaupés. Hay 11 municipios cabeceras con población indígena, en los cuales se presentó coberturas entre el 56 % y el 19 % de su población, siendo los de mayor cobertura Leticia, Popayán, San Andrés y Bogotá (ver porcentajes en análisis del mapa 1); el departamento con mayor número de municipios con población indígena y cobertura superior al 30 % de su población es Nariño (ver mapa 4).

6.1 COBERTURA DE VACUNACIÓN CONTRA EL VIRUS DE LA PANDEMIA SEGÚN MUNICIPIOS CON POBLACIÓN INDÍGENA MAYOR AL 50% EN COLOMBIA.

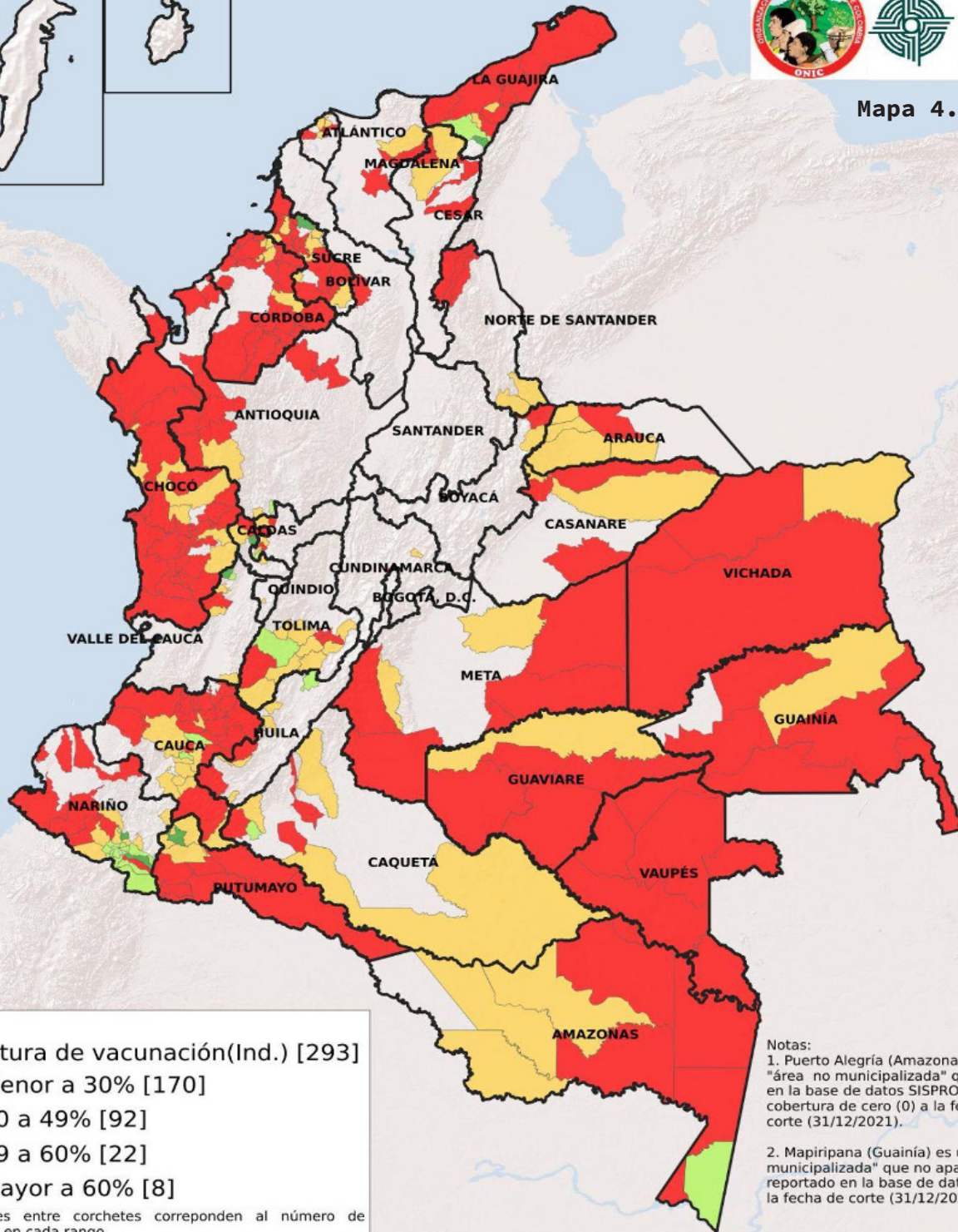
Es conveniente subrayar, que fueron identificados 48 municipios en 14 departamentos con presencia de población indígena superior al 50 %. El 92 % de los municipios con población indígena presentaron una cobertura completa del esquema de vacunación menor al 50 % de su población y el 10 % de los municipios presentaron cobertura completa en el 50 y 60 % de su población; ningún municipio con prevalencia indígena presentó cobertura mayor al 60 % de su población.

Sin embargo, llama la atención que en los municipios con prevalencia indígena y mayor cobertura del esquema de vacunación son Aldana (58 %), Cuaspud Carlosama (54 %), Guachucal (50 %) y Mallama (48 %), Cumbal con el 37 %, todos en el departamento de Nariño; Seguido están los municipios de Santiago (Putumayo) con 43,8 % en cobertura, Palmito (Sucre) 32 %, Riosucio (Caldas) el 31,9 %; los municipios de Puracé, Silvia, Paez, Caldono, Jambaló, Totoró, y Toribio en en el departamento del Cauca registran entre el 7 % al 18 % y el de menor cobertura fue el municipio Pacoa (0,4 %), en el departamento del Vaupés. En el departamento de la Guajira el municipio de Uribia registra el 6,1 % de cobertura de la vacuna y el municipio de Manaure solo el 1,3 %. A su vez, hay 2 municipios capitales departamentales con población indígena prevalente: Inírida y Mitú con cobertura completa de vacunación entre el 36 % y 19 % respectivamente (ver mapa 5).

Cobertura de vacunación con el esquema completo en municipios con población indígena a 31 de diciembre de 2021.



Mapa 4.



Cobertura de vacunación(Ind.) [293]

- Menor a 30% [170]
- 30 a 49% [92]
- 49 a 60% [22]
- Mayor a 60% [8]

Los valores entre corchetes corresponden al número de municipios en cada rango.

Notas:

1. Puerto Alegría (Amazonas) es un "área no municipalizada" que aparece en la base de datos SISPRO y reporta cobertura de cero (0) a la fecha de corte (31/12/2021).
2. Mapiripana (Guainía) es un "área no municipalizada" que no aparece reportado en la base de datos SISPRO a la fecha de corte (31/12/2021).

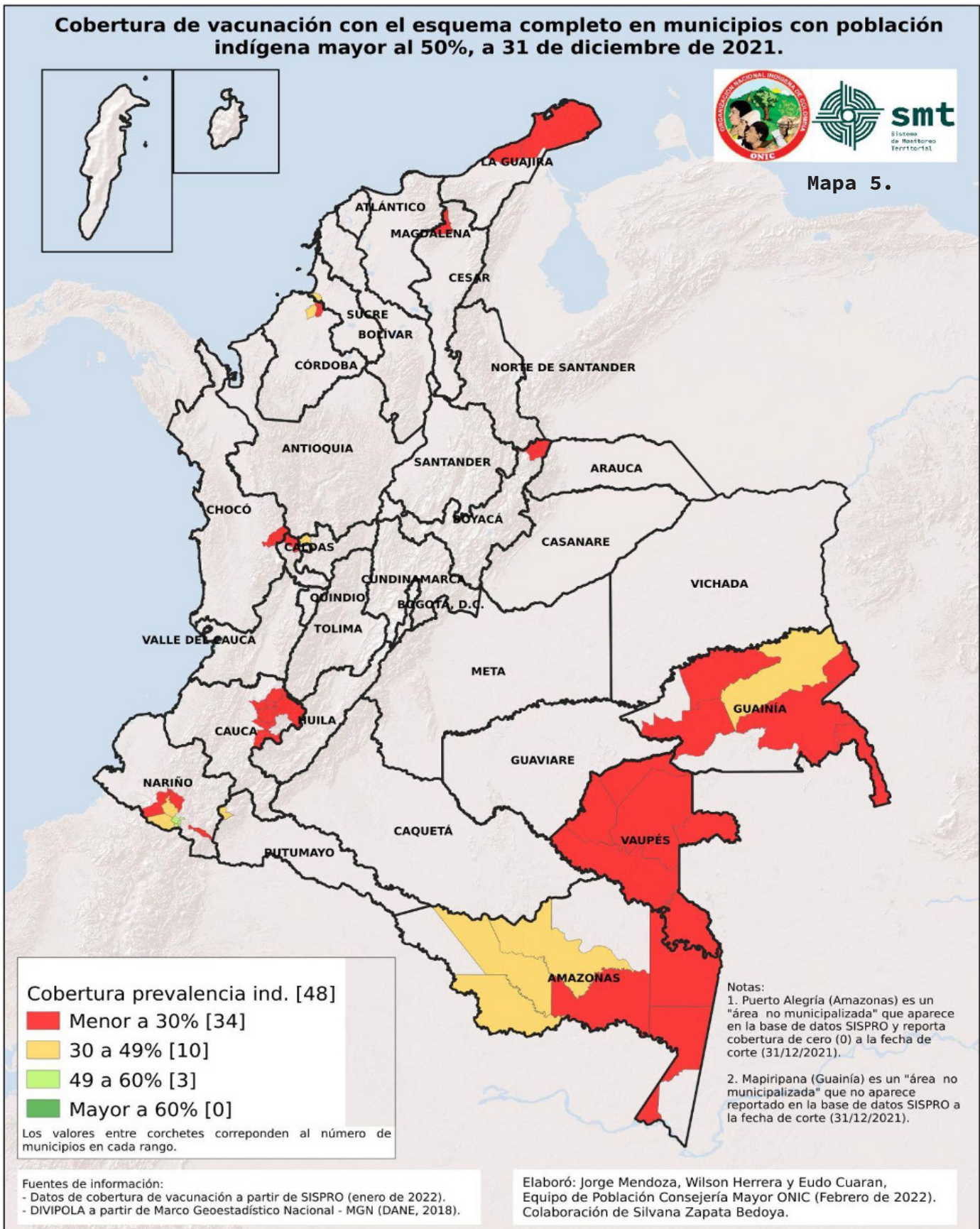
Fuentes de información:
 - Datos de cobertura de vacunación a partir de SISPRO (enero de 2022).
 - DIVIPOLA a partir de Marco Geostadístico Nacional - MGN (DANE, 2018).

Elaboró: Jorge Mendoza, Wilson Herrera y Eudo Cuaran,
 Equipo de Población Consejería Mayor ONIC (Febrero de 2022).
 Colaboración de Silvana Zapata Bedoya.

Cobertura de vacunación con el esquema completo en municipios con población indígena mayor al 50%, a 31 de diciembre de 2021.



Mapa 5.



7. ALGUNOS PUEBLOS INDÍGENAS QUE NO ACEPTARON EL ESQUEMA DE VACUNACIÓN

Cabe mencionar, que una vez el Gobierno Nacional hablara del inicio del plan nacional de vacunación, y de haber dado inicio al esquema a partir del mes de febrero de 2021, los pueblos indígenas se empezaron a preguntarse si se aplicaban o no el biológico, o si estaban incluidos dentro del plan de vacunación; pues la información sobre la efectividad no era clara o simplemente la pedagogía sobre la vacuna no era suficiente en sus territorios, sumado a esto, se empezó a rodar en las redes sociales, varios mitos alusivos a la vacuna, esto ha conllevado a que algunos pueblos indígenas tomen la decisión de no vacunarse.

El primer pueblo indígena en manifestarse y tomar una posición frente al biológico fue el pueblo Nasa en el departamento del Cauca, quienes a través del Consejo Regional Indígena del Cauca-CRIC emitieron un pronunciamiento del 17 de marzo del 2021. Así el CRIC anunció que desde sus 127 autoridades que representan 10 pueblos indígenas orientaron no acogerse al plan nacional de vacunación, y aseguraron dar prioridad a la medicina ancestral con plantas medicinales y los sabedores ancestrales. Además, indicaron que el Gobierno Nacional no hizo consulta previa con los pueblos indígenas; también, indicaron dejar a una decisión personal de cada comunero⁴.

En este mismo orden de ideas, también se manifestó el Consejo Regional Indígena del Huila -CRIHU, dejando en claro su decisión de no acogerse al plan nacional de vacunación por falta de consulta previa y no tener un enfoque diferencial que tenga en cuenta las tradiciones culturales de los pueblos indígenas, tomando la decisión de continuar la atención desde la medicina tradicional⁵.

En consecuencia, se sumó el pueblo Chimila en el departamento del Magdalena, este pueblo indígena aseguró que desde el inicio de la pandemia se habían protegido atendiendo a sus saberes ancestrales de medicina tradicional, por medio de pagamentos y ritos de su cultura⁶.

Por su parte, el pueblo Wiwa en la Sierra Nueva de Santa Martha, también tomó posición respecto a la vacuna, haciendo alusión a que el biológico no es la única cura, sino más bien que debe haber un cambio como seres humanos con la naturaleza y haciendo alusión a que en la vacuna estaba la semilla de la enfermedad. Entre tanto el pueblo Kogui en su momento aseguró que estaban consultando a sus autoridades espirituales al igual que el pueblo Arhuaco⁷.

En el monitoreo llevado a cabo en varios territorios por las organizaciones indígenas de la Mesa Permanente de Concertación también evidencia otros pueblos que se han sumado a tomar una posición negativa frente a la vacuna, entre ellos los pueblos Koreguaje, Wounaan, Embera Katio, Wayuu, y Siukuani; en el siguiente cuadro se puede apreciar los pueblos y los municipios según monitoreo a corte del 21 de febrero del 2022.

4 El Tiempo, 25 de marzo del 2021. Ver: <https://www.eltiempo.com/politica/cric-no-se-acogera-el-plan-nacional-de-vacunacion-en-colombia-576258>

5 Blu Radio, 25 de marzo del 2021. Ver: <https://www.bluradio.com/salud/integrantes-de-siete-pueblos-indigenas-en-huila-dicen-que-no-se-vacunaran-contr-el-coronavirus>

6 El Tiempo, 27 de julio de 2021. Ver: <https://www.eltiempo.com/colombia/otras-ciudades/vacunacion-en-santa-marta-indigenas-no-quieren-inmunizarse-contr-el-covid-606196>

7 El Tiempo, 15 de junio de 2021. Ver: <https://www.eltiempo.com/colombia/otras-ciudades/vacunacion-por-que-los-indigenas-de-la-sierra-no-se-han-vacunado-596054>

Cuadro 2: Otros pueblos y comunidades que no aceptaron la vacuna

Departamento	Municipio	Nombre de la comunidad indígena:	Nombre del Pueblo indígena Mayoritario:	¿En la comunidad fue aceptada la vacuna contra el virus?
CAQUETÁ	MILÁN	Getucha	Koreguaje	No
CHOCÓ	BAJO BAUDÓ	Bajo Baudó/ Bellavista	Wounaan	No
	BAJO BAUDÓ	San Cristóbal	Wounaan	No
	BAJO BAUDÓ	Unión chocó	Pueblo waunaan	No
	BAJO BAUDÓ	Playa bonita	Embera katio	No
LA GUAJIRA	MAICAO	Comunidad La Paz	Wayuú	No
	MANAURE	Comunidad Anairape	Wayuú	No
	MANAURE	Comunidad Muliatuy	Wayuú	No
META	PUERTO GAITÁN	Territorio Ancestral Onosiba	Sikuani	No
VICHADA	CUMARIBO	Cumaribo	Sikuani	No

Fuente: Fuente: Monitoreo comunitario Organizaciones Indígenas Mesa Permanente de Concertación-MPC (Corte a 21 de febrero)

Finalmente, por falta de consulta previa con los pueblos indígenas en el plan nacional de vacunación; la carencia de estrategias en sus etapas de contención del virus y por la ausencia de información necesaria sobre las vacunas en los territorios indígenas, como vemos algunos pueblos decidieron no vacunarse y las comunidades indígenas decidieron acudir a su medicina tradicional milenaria y hacerle frente a la pandemia a través de las plantas medicinales. Por otro lado, el proceso de vacunación por etapas en los territorios indígenas no aplica para aquellas comunidades más apartadas del país, aún más cuando el 70 % de población indígena se encuentra en las áreas rurales, todos estos elementos han hecho que la vacunación en los pueblos indígenas sea lenta y haya apatía al biológico.

7.1 ESAVI O EAPV en pueblos indígenas (eventos adversos resultado de la vacuna)

El Ministerio de Salud y Protección Social - MinSalud define los Eventos Adversos Posteriores a la Vacunación - EAPV como eventos desfavorables

o involuntarios, con síntomas o enfermedades que se presentan después de un evento de vacunación. Anteriormente se conocían como Eventos Supuestamente Atribuibles a la Vacunación - ESAVI. A través del programa de farmacovigilancia se busca identificar, después del proceso de vacunación, comportamientos inusuales o casos graves adversos. Los EAPV se clasifican en eventos leves, eventos que aparecen en las primeras 48 horas después de la vacunación y ceden sin trastornos a largo plazo durante los primeros dos días y, eventos graves los cuales se identifican cuando se presentan síntomas o trastornos generan incapacidad, discapacidad o ponen en riesgo la vida.

Actualmente la vigilancia epidemiológica, a través de la cual se registran los EAPV, está liderada por el Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos - INVIMA junto a las entidades territoriales, las Entidades Administradora de Planes de Beneficios - EAPB y las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud - IPS a través de la red nacional de FARMACOVIGILANCIA. El mes de enero de 2022 se compartió el boletín número 9 sobre los EAPVs contra covid-19 en Colombia que comprende los reportes registrados entre el 17 de

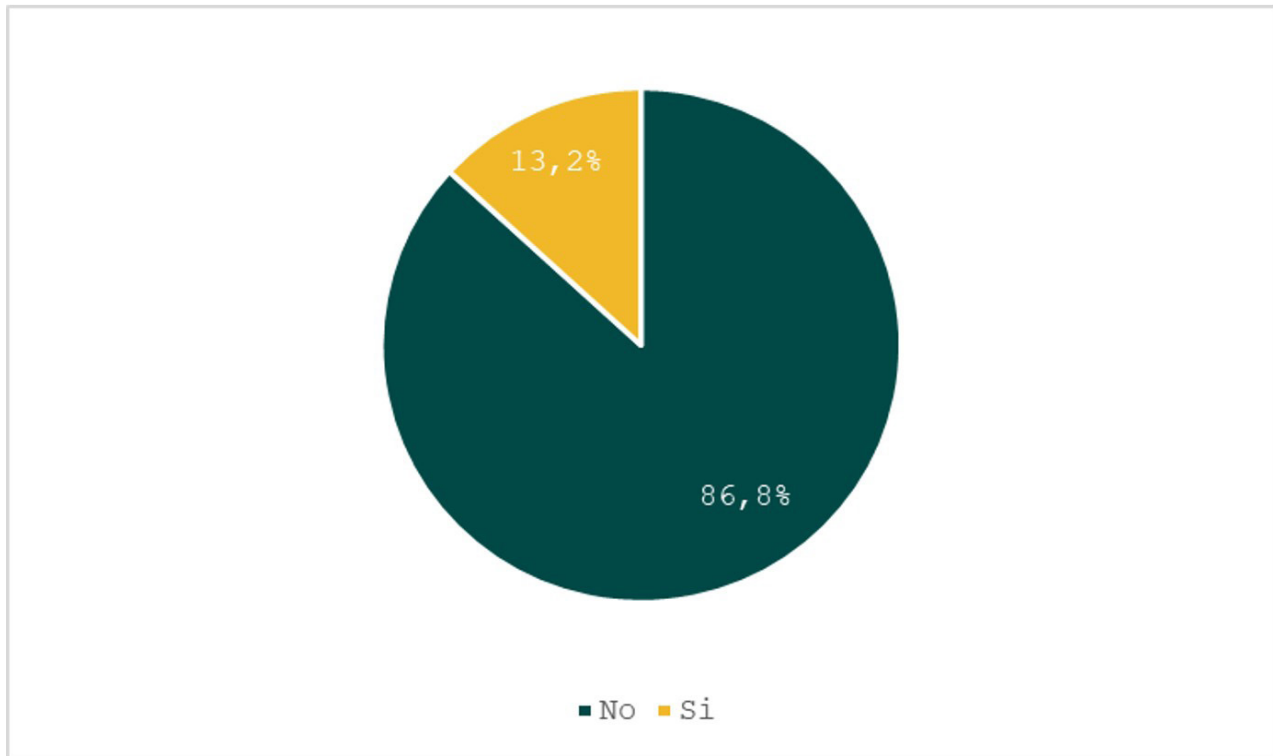
febrero de 2021 y el 15 de enero de 2022; en él se muestra un total de 35.652 reportes de casos adversos que suponen el 0,05 % de las personas vacunadas a nivel nacional a la vigencia del boletín.

De acuerdo al monitoreo de la MPC en pueblos indígenas a corte del 21 de febrero, según información recolectada por los enlaces territoriales presentes en diferentes zonas de nuestro país con un margen de recolección de información de siete (7) días, la cual fue analizada por la herramienta de recolección de datos llamada Sistema de Vigilancia Comunitaria en pueblos indígenas de Colombia, de un total de 53 reportes el 87 % no ha presentado ningún evento adverso, y un 13 % si se

han presentado eventos adversos, entre los síntomas que generaron más reportes fueron el dolor de cabeza que representa el 17,5 % de los casos reportados, la fiebre con un 7,5 %, el dolor en el sitio de la aplicación con un 6,7%, el dolor muscular con un 6,5 %, el malestar general con un 6% y la debilidad con un 5,4 %.

Como es conocido los ESAVI son cualquier ocurrencia médica adversa que se produce después de la inmunización pero que no necesariamente está causalmente relacionada con el uso de la vacuna. El evento adverso puede ser una señal desfavorable o no planeada, un hallazgo de laboratorio anormal, un síntoma o una enfermedad.

Gráfico 10: En los últimos 7 días, ¿Se han presentado posibles eventos adversos posteriores a la vacunación en personas de la comunidad?



Fuente: Fuente: Monitoreo comunitario Organizaciones Indígenas Mesa Permanente de Concertación-MPC (Corte a 21 de febrero)

TIPS

- La mayoría de EAPV contra el virus reportados son leves en Colombia y en el mundo
- Que un EAPV se presente no quiere decir que

- la vacuna sea su causa. Muchas veces son coincidencias temporales.
- Todos los casos leves y graves deben reportarse y gestionarse en el programa de farmacovigilancia.

8. LA MEDICINA TRADICIONAL CONTRA EL VIRUS DE LA PANDEMIA

En relación con la medicina tradicional y el virus de la pandemia, los pueblos indígenas en su mayoría han utilizado sus conocimientos, habilidades y prácticas ancestrales en respuesta a la crisis sanitaria, de manera preventiva y como tratamiento. Haciendo uso de plantas aromáticas, cortezas de árboles autóctonos, frutos, baños, armonizaciones familiares y territoriales.

En relación con lo anterior, las plantas medicinales más utilizadas por los pueblos indígenas han sido, específicamente: hojas de coca, hojas de saúco, limón, limoncillo, eucalipto, naranjas, limón, jengibre, orquídeas, hierba mora, miel de abeja, descancel, moringa y corteza de árbol Pela.

El tratamiento utilizado ha sido por medio de vaporizaciones, sobos, bebidas de plantas, sahumeros, rituales, baños e infusiones. Estos procedimientos son orientados por los sabedores y médicos tradicionales, quienes acompañan con un tratamiento espiritual; en los municipios monitoreados por las organizaciones de la MPC cerca de 67 médicos tradicionales estarían realizando prácticas de medicina tradicional para el tratamiento del virus en sus territorios.

De esta manera los pueblos indígenas han hecho uso de medidas de autocuidado tradicionales tales como: lavado de manos con zumo de limón, toma de tratamientos caseros, fumigación de casas con plantas medicinales, quema de plantas medicinales (sahumerio), rezos y ceremonias como Bene-kua (curar a la tierra) realizadas por los médicos tradicionales del pueblo indígena Embera.

Así mismo, el pueblo Pijao ubicado en el municipio de Coyaima al sur del departamento del Tolima, ha hecho uso de sus conocimientos ancestrales basándose en el uso de la corteza del árbol de Pela como principal protección frente al virus de la pandemia tanto por sus múltiples beneficios y por su facilidad de adquirir, ya que este árbol forma parte de la vegetación común del territorio.

9. RECOMENDACIONES A LOS PUEBLOS Y AUTORIDADES INDÍGENAS

Dado que el virus de la pandemia aún sigue activo en Colombia y acabamos de pasar un pico en el mes de enero recomendamos a los pueblos y autoridades indígenas que preparen sus agentes comunitarios que trabajan en el área de la salud en los territorios para que hagan o apoyen el aislamiento domiciliario de los casos confirmados y a su vez sigan las recomendaciones indicadas por el personal de salud, es importante que el personal profesional de la salud esté capacitado y brinde una excelente pedagogía sobre el manejo de (tapabocas, lavado de manos, distanciamiento, autocuidado, etc.) como a su vez sepa orientar a la comunidad si el manejo que se da es desde lo propio con nuestros sabedores o pasar a tratamiento de la medicina occidental.

10. REQUERIMIENTOS

- Desde el Sistema de Monitoreo Territorial, solicitamos al Ministerio de Salud el acceso al cubo de vacunas del virus de la pandemia, disponible en el Sistema Integrado de Información de la Protección Social-SISPRO, para hacer un monitoreo sobre la vacuna a los municipios con predominancia de población indígena.
- Difundir en nuestras comunidades mayor información y pedagogía respecto a la vacuna y el plan nacional de vacunación, para garantizar de esta manera que las personas reciban el esquema completo y establecido de inmunización, para aquellas comunidades que deseen aplicarse el biológico.
- Respeto a aquellos pueblos indígenas y comunidades que de acuerdo a sus usos y costumbres y principios culturales han decidido no hacer parte del esquema de vacunación.
- Garantías para el buen vivir de los pueblos indígenas de Colombia y el campo colombiano ante la crisis del sistema de salud y de una posible crisis alimentaria que se pueda presentar según el informe de la FAO.

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 país⁸, 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 sea 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 sea esta 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 indí-

⁸ Shape de Comunidades Indígenas de Colombia, 2013-2020, ONIC.

genas 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 diagnóstico, fecha de recuperación y fecha de

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 etéreos 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.

A partir de este boletín 56 no se realiza en análisis de riesgo dado que el virus ha llegado a todo el territorio nacional.

Respecto al análisis de cobertura de vacunas se hace el siguiente procedimiento:

1. Análisis de base de datos SISPRO: Se determinó que, en su orden, a partir de las variables de fecha, el número de dosis recibidas y grupos etarios se podría seleccionar los registros de interés de la base de datos, así:

Fecha = 31/12/2021 y Dosis = 2 y Grupo etario: Todos

Esta consulta arrojó un total de 1121 registros equivalentes a igual número de municipios, cada uno con su código único (DANE) y la variable de cobertura de vacunación con esquema completo (dos dosis) al 31 de diciembre de 2021.

Al resultado de esta consulta se le agregó la variable de proporción de población indígena municipal con base en los resultados del CNPV2018 del DANE. A la base resultante se le denominó "Resumen", la cual contiene 1121 registros cada uno con variables de códigos únicos DANE de departamento y municipio, nombre del municipio, total de personas vacunadas con dos dosis, total de población municipal, cobertura relativa de esquema completo de vacunación, dosis recibidas, fecha y proporción relativa de población indígena municipal.

2. Vinculación de las bases de datos Resumen y la base de datos de Municipios de Colombia: A partir de la variable de código único (DANE), común en ambas bases de datos, se realiza un vínculo lógico (join, en Inglés) que permite espacializar las

variables de la tabla Resumen a nivel municipal. Nótese que la primera contiene 1121 registros mientras la segunda contiene 1122; lo anterior significa que la base SISPRO no contiene datos para un municipio, el cual corresponde al municipio Mapiripana del departamento del Guainía .

3. Generación de mapas de cobertura del esquema completo de vacunación a 31 de diciembre de 2021: A partir de la variable de cobertura del esquema de vacunación de la base Resumen, fue generado tres mapas temáticos que muestran la distribución relativa de la dicha cobertura a nivel municipal para todo el país: uno para la totalidad de los municipios (1121), uno con los municipios con población indígena municipal (293), y uno con los municipios con población indígena prevalente mayor al 50%.

Ficha Técnica

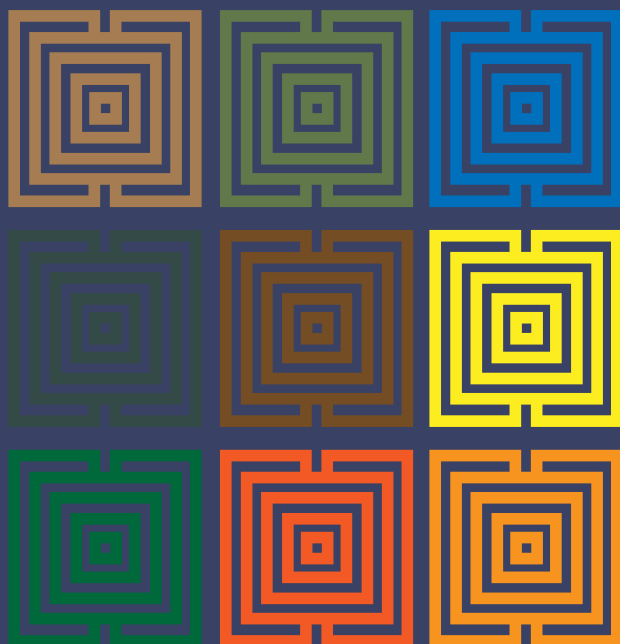
- Reportes cualitativos y cuantitativos al Sistema de Monitoreo Territorial.
- Reportes cuantitativos y cualitativos del monitoreo comunitario de las organizaciones indígenas de la Mesa Permanente de Concertación-MPC

Fuentes

- 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/>.
- GESTARSALUD: <https://gestarsalud.com/2022/01/28/colombia-esta-en-alto-riesgo-de-sufrir-una-crisis-de-hambre-en-2022-segun-informe-de-fao/>
- Organización Nacional Indígena de Colombia-ONIC. Carta a Iván Duque sobre el informe

Hunger Hotspot (2022) - FAO/PMA. Bakata, 8 de febrero del 2022. Ver: <https://www.onic.org.co/comunicados-onic/4429-carta-a-ivan-duque-sobre-el-informe-hunger-hotspot-2022-fao-pma>

- Organización para la Defensa Del Paciente: Ver: <https://twitter.com/odpdh/status/1490436703219335178>
- El Tiempo, 25 de Marzo del 2021. Ver: <https://www.eltiempo.com/politica/cric-no-se-acogera-el-plan-nacional-de-vacunacion-en-colombia-576258>
- Blu Radio, 25 de marzo del 2021. Ver: <https://www.bluradio.com/salud/integrantes-de-siete-pueblos-indigenas-en-huila-dicen-que-no-se-vacunaran-contr-el-coronavirus>
- El Tiempo, 27 de julio de 2021. Ver: <https://www.eltiempo.com/colombia/otras-ciudades/vacunacion-en-santa-marta-indigenas-no-quieren-inmunizarse-contr-el-covid-606196>
- El Tiempo, 15 de junio de 2021. Ver: <https://www.eltiempo.com/colombia/otras-ciudades/vacunacion-por-que-los-indigenas-de-la-sierra-no-se-han-vacunado-596054>
- Sistema Integrado de Información de la Protección Social-SISPRO. Vacunas en Colombia corte a 31 de diciembre de 2021 (Colaboración de Silvana Zapata Bedoya): Base de datos en formato SHP, geometría de puntos relativos al centroide geográfico de cada uno de los municipios del país, con 252226 registros cada uno con 14 variables asociadas.
- Marco Geoestadístico Nacional - MGN: Base de datos de Municipios de Colombia en formato SHP, geometría de polígonos relativos a la superficie de cada uno de los municipios del país, con 1122 registros, cada uno de ellos con el nombre y código único(DANE)



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



smt

Sistema
de Monitoreo
Territorial

**#SalvaGuardarNos
#ONICSalvandoVidas**