



GUILLERMO BERMEJO ROJAS
CONGRESISTA DE LA REPÚBLICA

"Año de la recuperación y consolidación de la economía peruana"



PROYECTO DE LEY QUE MODIFICA LA LEY N° 28736, LEY PARA LA PROTECCIÓN DE PUEBLOS INDÍGENAS U ORIGINARIOS EN SITUACIÓN DE AISLAMIENTO Y EN SITUACIÓN DE CONTACTO INICIAL, A FIN DE GARANTIZAR EL DERECHO A LA SALUD PÚBLICA, GRATUITA Y DE CALIDAD.

El Grupo Parlamentario “**Juntos por el Perú – Voces del Pueblo**”, a iniciativa del Congresista de la República que suscribe, **GUILLERMO BERMEJO ROJAS**, en ejercicio de las facultades de iniciativa legislativa consagrada en los artículos 102° y 107° de la Constitución Política del Perú y en observancia de lo dispuesto en los artículos 75° y 76°, numeral 2, del Reglamento del Congreso de la República, presentan a consideración del Congreso el siguiente:

PROYECTO DE LEY QUE MODIFICA LA LEY N° 28736, LEY PARA LA PROTECCIÓN DE PUEBLOS INDÍGENAS U ORIGINARIOS EN SITUACIÓN DE AISLAMIENTO Y EN SITUACIÓN DE CONTACTO INICIAL, A FIN DE GARANTIZAR EL DERECHO A LA SALUD PÚBLICA, GRATUITA Y DE CALIDAD

Artículo 1.- Objeto de la ley

La presente iniciativa legislativa tiene por objeto modificar el inciso a) del artículo 4° de la Ley N° 28736, Ley para la protección de pueblos indígenas u originarios en situación de aislamiento y en situación de contacto inicial, a fin de garantizar al derecho a la salud pública, gratuita y de calidad.

Artículo 2.- Finalidad

La finalidad de la presente iniciativa legislativa es garantizar el derecho a la salud pública, gratuita y de calidad que tienen los pueblos indígenas u originarios que se encuentren en situación de aislamiento y

en situación de contacto inicial, dada su posible vulnerabilidad frente a las enfermedades transmisibles que afecten gravemente su vida.

Artículo 3.- De la modificatoria normativa

Modificar el inciso a) del artículo 4° de la Ley N° 28736, Ley para la protección de pueblos indígenas u originarios en situación de aislamiento y en situación de contacto inicial, en el siguiente extremo:

Artículo 4.- Derechos de los miembros de los pueblos en situación de aislamiento o contacto inicial

El Estado garantiza los derechos de los pueblos indígenas en situación de aislamiento o en situación de contacto inicial, asumiendo las siguientes obligaciones para con ellos:

- a) Proteger su vida y su salud desarrollando prioritariamente acciones y políticas preventivas **periódicas cada treinta días en coordinación con el Ministerio de Salud y los gobiernos locales y regionales**, dada su posible vulnerabilidad frente a las enfermedades transmisibles. **El Estado peruano garantiza el derecho a la salud pública, gratuita y de calidad.**

Artículo 4.- Vigencia

La presente Ley entrará en vigencia a partir del día siguiente de su publicación en el Diario Oficial El Peruano.

Comunicar a la Presidenta de la República para su promulgación.



Firmado digitalmente por:
BERMEJO ROJAS Guillermo
FAU 20181749128 soft
Motivo: Soy el autor del
documento
Fecha: 15/04/2025 18:01:07-0500



Firmado digitalmente por:
QUISPE MAMANI Wilson
Rusbel FAU 20181749128 soft
Motivo: Soy el autor del
documento
Fecha: 18/04/2025 11:34:24-0500



Firmado digitalmente por:
SANCHEZ PALOMINO Roberto
Helbert FAU 20181749128 soft
Motivo: Soy el autor del
documento
Fecha: 15/04/2025 17:21:04-0500



Firmado digitalmente por:
SANCHEZ PALOMINO Roberto
Helbert FAU 20181749128 soft
Motivo: Soy el autor del
documento
Fecha: 15/04/2025 17:21:17-0500



Firmado digitalmente por:
LIMACHI QUISPE Nieves
Esmeralda FAU 20181749128 soft
Motivo: Soy el autor del
documento
Fecha: 18/04/2025 11:08:29-0500



Firmado digitalmente por:
ECHEVERRIA RODRIGUEZ
Hamlet FAU 20181749128 soft
Motivo: Soy el autor del
documento
Fecha: 18/04/2025 10:27:08-0500



Firmado digitalmente por:
VARAS MELENDEZ Bias
Marcial FAU 20181749128 hard
Motivo: Soy el autor del
documento
Fecha: 18/04/2025 14:34:08-0500



Firmado digitalmente por:
COAYLA JUAREZ Jorge
Samuel FAU 20181749128 soft
Motivo: Soy el autor del
documento
Fecha: 18/04/2025 11:58:33-0500

EXPOSICIÓN DE MOTIVOS:

1.- FUNDAMENTOS DE LA INICIATIVA LEGISLATIVA

1.1.- Contextualización e identificación del problema

Los pueblos indígenas u originarios en situación de aislamiento y en situación de contacto inicial representan uno de los sectores más vulnerables del país, debido a su limitada o nula interacción con la sociedad nacional, lo cual los expone a riesgos sanitarios graves, particularmente frente a enfermedades transmisibles para las que no poseen inmunidad.

La Ley N° 28736, en su redacción vigente, reconoce la necesidad de proteger su vida y salud, pero no establece mecanismos operativos ni protocolos periódicos concretos que garanticen el ejercicio efectivo del derecho a la salud pública, gratuita y de calidad en estos contextos especiales.

Diversos informes de instituciones nacionales e internacionales han advertido que estos pueblos enfrentan amenazas sanitarias constantes, exacerbadas por la presencia de actores externos (legales o ilegales), la expansión de actividades extractivas, la deforestación y la debilidad institucional para hacer cumplir el principio de intangibilidad de sus territorios.

En particular, epidemias como el COVID-19 revelaron las limitaciones estructurales del Estado para implementar una estrategia sanitaria oportuna y recurrente, dejando expuestos a pueblos con alto grado de fragilidad inmunológica. Esta situación evidencia una brecha crítica entre el reconocimiento formal de derechos y su implementación efectiva.

Si bien el artículo 4° de la Ley N° 28736 menciona acciones y políticas preventivas, no fija una periodicidad mínima obligatoria ni responsabiliza expresamente a las instancias sectoriales y subnacionales para su ejecución continua. En la práctica, esta ambigüedad ha derivado en respuestas reactivas, fragmentadas y esporádicas por parte del Estado, lo cual contraviene los principios de prevención y atención diferenciada establecidos en los marcos nacionales e internacionales de protección de pueblos indígenas.

El problema identificado es, por tanto, la ausencia de una obligación legal expresa que exija la ejecución periódica, articulada y gratuita de acciones preventivas en salud pública para pueblos en aislamiento o contacto inicial. Esta omisión normativa debilita la capacidad del Estado para garantizar el derecho a la salud en condiciones de equidad y oportunidad, y perpetúa una situación de desprotección sistemática.

1.2.- Justificación de la propuesta

La modificación planteada tiene como finalidad reforzar y precisar el contenido del inciso a) del artículo 4° de la Ley N° 28736, estableciendo una periodicidad mínima mensual (cada treinta días) para el desarrollo de acciones y políticas preventivas en salud pública a favor de los pueblos indígenas en situación de aislamiento y contacto inicial. Asimismo, incorpora el principio de gratuidad y calidad en la prestación de los servicios de salud, garantizando una atención sanitaria oportuna, interculturalmente pertinente y sostenida.

El reconocimiento de derechos fundamentales, como el derecho a la salud, exige no solo su proclamación normativa, sino su operativización mediante estándares verificables y obligaciones concretas del Estado. En ese sentido, la modificación propuesta busca cerrar una brecha regulatoria que ha limitado históricamente la eficacia de las políticas públicas en contextos de alta vulnerabilidad social, geográfica y epidemiológica.

Esta medida responde también al mandato constitucional contenido en el artículo 7° de la Constitución Política del Perú, que establece que todos tienen derecho a la protección de su salud y que es responsabilidad del Estado garantizar el acceso libre y equitativo a los servicios de salud pública. En el caso de los pueblos indígenas en aislamiento o contacto inicial, dicho mandato se refuerza por los principios de no discriminación, dignidad humana y protección especial que emanan de los artículos 2° y 89° de la Constitución, así como del Convenio número 169 de la OIT, que obliga a los Estados a proteger los derechos de los pueblos indígenas respetando sus condiciones particulares.

La periodicidad mínima de treinta días propuesta responde a criterios epidemiológicos y logísticos, considerando que los brotes de enfermedades transmisibles pueden expandirse rápidamente en poblaciones con baja inmunidad y limitado acceso a servicios médicos. La intervención regular permite no

solo la prevención, sino también el monitoreo de salud, la detección temprana de riesgos, la atención intercultural, y la consolidación de estrategias sanitarias sostenidas que respeten los modos de vida y organización de los pueblos beneficiarios.

En consecuencia, esta iniciativa fortalece el enfoque preventivo del Estado, reduce la exposición al riesgo sanitario de los pueblos indígenas más vulnerables y promueve la equidad en el acceso a servicios de salud de calidad, sin imponer barreras económicas o institucionales. Se trata, en suma, de una adecuación normativa imprescindible para garantizar el cumplimiento real y efectivo del derecho a la salud pública en condiciones de especial protección.

2.- BASE LEGAL

El marco legal peruano vigente reconoce y protege el derecho a la salud de los pueblos indígenas en aislamiento y contacto inicial (PIACI) a través de diversas normas. La Ley N° 28736 constituye la piedra angular de esta protección, estableciendo un régimen especial transectorial para salvaguardar la vida, la salud, la identidad cultural y los territorios de estos pueblos. A continuación, se detalla dicho marco normativo y las obligaciones estatales en la materia:

2.1- Marco normativo

- **Constitución e instrumentos internacionales:** La Constitución Política del Perú consagra el derecho a la salud y la protección de grupos vulnerables. Adicionalmente, tratados como el Convenio 169 de la OIT (ratificado por Perú en 1994) y la Declaración Americana sobre Derechos de Pueblos Indígenas (2016) reconocen derechos especiales de los PIACI, incluido su derecho a permanecer en aislamiento y a medidas de protección específicas. Estas normas conducen al Estado a tomar acciones adecuadas para garantizar la vida y salud de dichos pueblos.
- **Ley N° 28736 – Ley PIACI (2006):** Establece el régimen de protección de los PIACI. Su artículo 1° declara que el objeto de la ley es garantizar especialmente los derechos a la vida y la salud de los pueblos en aislamiento o contacto inicial, salvaguardando su existencia e integridad. El artículo

4° enumera las obligaciones del Estado hacia estos pueblos, entre ellas "proteger su vida y su salud desarrollando prioritariamente acciones y políticas preventivas, dada su vulnerabilidad frente a enfermedades transmisibles". Esto implica que el Estado debe focalizar esfuerzos en prevenir la introducción de dolencias contagiosas que podrían diezmar a poblaciones sin inmunidad previa. La ley también ordena respetar la decisión de estos pueblos de no tener contacto, proteger su cultura, y establecer reservas indígenas intangibles en sus territorios tradicionales para aislarlos de amenazas externas. Cabe destacar que el carácter intangible de las reservas (art. 5°) prohíbe el ingreso de terceros y cualquier actividad distinta a la subsistencia de los propios PIACI, como medida de protección tanto territorial como sanitaria. Asimismo, el artículo 6° prevé excepciones estrictas para el ingreso de personal externo únicamente en casos necesarios, por ejemplo, riesgos graves para la salud de los PIACI o brotes epidémicos, permitiendo la intervención estatal sanitaria solo en esas situaciones de emergencia.

- **Reglamento de la Ley (DS N° 008-2007-MIMDES):** Publicado en 2007, desarrolla los mecanismos de aplicación de la Ley 28736. Este reglamento precisó competencias institucionales y coordinaciones entre sectores. Estableció el llamado Régimen Especial Transectorial, designando al entonces INDEPA (hoy Ministerio de Cultura, mediante el Viceministerio de Interculturalidad) como ente rector de la política PIACI, en coordinación con sectores como Salud, Mujer, Interior, Defensa, etc. El reglamento detalla el proceso para crear Reservas Indígenas mediante decreto supremo, la conformación de comisiones multisectoriales para estudiar y reconocer a los PIACI, y medidas de monitoreo y control territorial para impedir ingresos ilegales que pudieran introducir enfermedades. En síntesis, el DS 008-2007-MIMDES articula la intervención de múltiples sectores (incluido el de Salud) en la protección integral de los PIACI.
- **Normas sectoriales de salud (Ministerio de Salud, 2007):** Reconociendo la extrema vulnerabilidad sanitaria de los PIACI, el Ministerio de Salud aprobó una serie de normas técnicas específicas en 2007 para guiar al personal de salud. Por ejemplo, la Resolución Ministerial N° 797-2007/MINSA aprobó la "Guía Técnica de Relacionamento para casos de interacción con indígenas en aislamiento o contacto reciente", que orienta al personal de salud sobre cómo comportarse ante eventuales contactos fortuitos con PIACI, minimizando riesgos de contagio. Asimismo, la RM N° 798-2007/MINSA aprobó la "Guía Técnica de Atención de Salud a Indígenas en Contacto Reciente y Contacto Inicial en riesgo de alta mortalidad", la cual proporciona protocolos para atender

médicamente a grupos que recientemente han establecido contacto, respetando su cultura y mitigando el impacto sanitario negativo. Complementariamente, la RM N° 799-2007/MINSA instituyó la "Norma Técnica de Salud para la Prevención, Contingencia ante el Contacto y Mitigación de Riesgos de Salud" en escenarios con PIACI. Esta norma técnica define criterios y procedimientos culturalmente adecuados para prevenir enfermedades, preparar contingencias ante eventuales contactos y mitigar riesgos epidemiológicos en caso de interacción. En conjunto, estas disposiciones sanitarias obligan al sector salud a adoptar un enfoque preventivo especial (vacunación de poblaciones circundantes, vigilancia epidemiológica, cuarentenas, etc.) y a contar con planes de respuesta rápida para evitar mortandades masivas si ocurre contacto con PIACI.

En resumen, el Perú cuenta con un marco normativo robusto –desde la Ley 28736 y su reglamento, hasta lineamientos técnicos de salud– que reconoce el derecho de los PIACI a la salud y establece obligaciones estatales orientadas principalmente a la prevención de enfermedades en sus territorios y a la atención intercultural adecuada en casos de contacto inicial.

2.2- Deficiencias en la legislación vigente

A pesar del marco descrito, se identifican importantes deficiencias en la normativa vigente que dificultan garantizar plenamente el derecho a la salud pública, gratuita y de calidad para los PIACI. En especial, la redacción actual del artículo 4° de la Ley N° 28736 resulta insuficiente por diversas razones:

- **Ausencia de garantía explícita del derecho a la salud:** El inciso a) del art. 4° se limita a disponer que el Estado proteja la vida y salud de los PIACI mediante acciones preventivas, "dada su vulnerabilidad frente a las enfermedades transmisibles". No se menciona de forma expresa que estos pueblos tengan derecho a recibir servicios de salud públicos, gratuitos y de calidad, ni se obliga explícitamente al Estado a brindarlos. Esta omisión deja implícito el derecho a la salud, sin desarrollarlo con la misma fuerza que otros derechos protegidos (como la intangibilidad territorial). En la práctica, la falta de tal garantía explícita puede traducirse en una débil exigibilidad de atención sanitaria: la ley no detalla que el Estado deba, por ejemplo, desplegar brigadas médicas

permanentes o proporcionar atención médica regular a los PIACI en caso de ser requerida. En suma, el derecho a la salud queda reconocido de manera abstracta pero no desarrollado operativamente, lo que pone en entredicho su efectiva realización.

- **Enfoque exclusivamente preventivo y reactivo:** La legislación vigente prioriza la no exposición de los PIACI a enfermedades antes que el aseguramiento de servicios de salud. Si bien la prevención es fundamental (aislar a los PIACI de agentes externos para evitar contagios), en los hechos, la estrategia legal se limita casi únicamente a mantener el aislamiento. Dado que se trata de poblaciones en aislamiento, las típicas medidas sanitarias (vacunación, campañas de salud, educación sanitaria) no son aplicables sin romper su aislamiento, por lo que la única medida viable que contempla el Estado es el aislamiento mismo. Esto implica una protección pasiva: evitar el contacto para evitar enfermedades, pero sin desarrollar provisión activa de cuidados de salud. Así, por ejemplo; no hay en la ley previsiones sobre atención médica periódica in situ, chequeos preventivos, suministro de medicamentos o mejoras en la nutrición de los PIACI. Solo se prevé intervenir después de que surja un riesgo grave (vía el art. 6, autorizaciones excepcionales ante emergencias sanitarias), lo que supone un enfoque reactivo. Esta limitación es crítica, pues no garantiza atención oportuna: si un PIACI enferma de forma aislada o una dolencia interna lo afecta, la ley no contempla mecanismos claros para detectarlo o tratarlo a tiempo. En síntesis, el marco actual se centra en "que los PIACI no se enfermen" mediante el aislamiento, pero no asegura qué hacer o cómo protegerlos eficazmente si se enferman pese a todo.
- **Falta de especificidad en obligaciones sanitarias:** La Ley N° 28736 no detalla obligaciones concretas del sector salud más allá de la prevención general. No establece, por ejemplo, frecuencias de monitoreo médico, ni la creación de puestos de salud especializados cercanos a las reservas, ni protocolos obligatorios de vacunación de poblaciones aledañas (aunque esto último se aborda parcialmente en normas técnicas, no tiene rango de ley). Esta falta de detalle puede dar lugar a vacíos en la implementación: las acciones quedan al arbitrio de políticas administrativas y no como mandatos legales imperativos. Por ejemplo, la ley no ordena asignar presupuesto específico para la salud de PIACI, ni crea programas permanentes de vigilancia epidemiológica en sus territorios – asuntos cruciales para hacer efectivo su derecho a la salud.

- **Protección sanitaria de grupos en contacto inicial insuficiente:** La situación de los pueblos en contacto inicial (PICI), quienes ya han tenido algún contacto y por tanto suelen requerir atención constante por su vulnerabilidad inmunológica, no está desarrollada plenamente en la ley. El artículo 4° aplica tanto a aislados como a PICI en términos generales. Sin embargo, estos últimos probablemente necesiten más que prevención: al haber entrado en relación con la sociedad mayor, enfrentan brotes de enfermedades comunes (gripe, sarampión, etc.) frente a las cuales no tienen defensas. La legislación vigente no distingue medidas especiales para ellos (p.ej. establecer puestos de salud en las comunidades de contacto inicial, o protocolos de atención primaria intensiva). Organizaciones indígenas y la Defensoría del Pueblo han advertido que, tras producirse contactos iniciales, la respuesta sanitaria del Estado ha sido lenta o limitada, lo cual evidencia lagunas normativas para garantizar un seguimiento médico continuo a estas comunidades recién contactadas. En suma, la redacción vigente no asegura la "salud pública, gratuita y de calidad" en todos los escenarios: deja por fuera la atención curativa y de recuperación, así como la provisión sostenida de servicios, elementos indispensables para hacer efectivo el derecho a la salud en estas poblaciones altamente vulnerables.

Estas deficiencias muestran que, si bien el Perú cuenta con un marco normativo en la protección de PIACI, actualmente resulta incompleto para garantizar plenamente el derecho a la salud. La falta de una obligación explícita y operativa de brindar atención de salud integral (gratuita y de calidad) a los PIACI puede traducirse en brechas de protección. De ahí la necesidad de perfeccionar la ley –por ejemplo, mediante la modificación del inciso a) del art. 4° que se ha propuesto– para pasar de una protección meramente declarativa/preventiva a una protección real y exigible del derecho a la salud de estos pueblos, asegurando que el Estado despliegue los recursos y servicios necesarios para preservar sus vidas.

2.3- Experiencias internacionales

Al analizar otros países con presencia de pueblos indígenas en aislamiento o contacto inicial, se observan marcos legales específicos que complementan la prevención con garantías más explícitas y mecanismos operativos para la salud de estos pueblos. A continuación, se reseñan algunas experiencias comparables (Brasil, Colombia, Bolivia, entre otras) y sus características más destacables:

- **Brasil:** Es el país con mayor número de pueblos indígenas en aislamiento voluntario en el mundo, y ha desarrollado una política sólida de protección. La Constitución brasileña de 1988 reconoce los derechos indígenas y el Estado federal, a través de la Fundación Nacional del Indio (FUNAI), adoptó desde fines de los 80 una "política de no contacto" con los grupos aislados. Legalmente, Brasil ha demarcado Tierras Indígenas de uso exclusivo para pueblos aislados, donde se prohíbe el ingreso de personas ajenas o actividades económicas sin autorización de FUNAI, como medida para evitar el contacto y la propagación de enfermedades.

En 2018, Brasil dio un paso más al publicar una Portaria Conjunta FUNAI–Ministerio de Salud (N° 4.094/2018) que reglamenta las acciones de atención a la salud de los pueblos aislados y de reciente contacto. Esta normativa establece principios, directrices y estrategias de coordinación entre FUNAI y la Secretaría Especial de Salud Indígena (SESAI) para planificar y ejecutar actividades sanitarias en favor de dichos pueblos. Se enfatiza el carácter preventivo y de urgencia: por ejemplo, se ordena desplegar medidas inmediatas para reducir la mortalidad en situaciones de contacto repentino, brotes o epidemias que los afecten, adecuando la respuesta a las particularidades culturales y la vulnerabilidad epidemiológica de estas poblaciones. Asimismo, la Portaria Conjunta obliga a elaborar Planes de Contingencia ante eventuales contactos, con protocolos específicos para prevenir o mitigar efectos negativos en la salud PIACI.

Un mecanismo innovador es la creación de una "Sala de Situación" interinstitucional (salud y asuntos indígenas) que, ante un contacto o emergencia sanitaria, centraliza la toma de decisiones y coordina las acciones de los equipos locales de respuesta. Estos equipos de respuesta rápida están integrados por personal sanitario del Distrito de Salud Indígena de SESAI junto con agentes de los Frentes de Protección Etno-ambiental de FUNAI, asegurando una intervención conjunta: por ejemplo, ante un primer contacto se instala un campamento médico de emergencia con médicos y especialistas en cultura indígena para atender a los recién contactados, proveer vacunas, antibióticos, y controlar la posible propagación de virus respiratorios.

En suma, la experiencia brasileña combina la intangibilidad territorial (como barrera sanitaria preventiva) con protocolos explícitos de atención en salud cuando el contacto ocurre, asignando responsabilidades claras a sus instituciones. Gracias a ello, Brasil ha logrado responder a situaciones críticas (p.ej., grupos amazónicos contactados en las últimas décadas) evitando devastaciones mayores mediante cuarentenas, vacunaciones de emergencia y seguimiento

médico estrecho. Esta visión preventiva y proactiva –reflejada en una normativa detallada– es un referente importante.

- **Colombia:** En la Amazonía colombiana también habitan pueblos en aislamiento voluntario. Colombia ha reconocido oficialmente la existencia de dos pueblos aislados confirmados (conocidos como los pueblos yurí y passé, localizados en la región del Río Puré, frontera con Brasil) y tiene indicios de hasta otros 16 grupos en aislamiento aún por confirmar. Ante ello, el Estado colombiano adoptó en 2018 un marco legal específico: el Decreto N° 1232 de 2018, que crea el "Sistema Nacional de Prevención y Protección de los Derechos de los Pueblos Indígenas en Aislamiento". Este decreto adicionó disposiciones al régimen legal colombiano para brindar protección especial a los PIACI, estableciendo, entre otras medidas, la prohibición de cualquier tipo de intervención o actividad en los territorios donde habitan pueblos aislados (declaradas zonas de protección estricta o "zonas intangibles" dentro de parques nacionales amazónicos).

En esencia, la normativa colombiana sigue el modelo de aislamiento permanente: no se permite contacto, ingreso, ni acciones de desarrollo en las áreas de los PIACI, a fin de resguardar su salud y vida. Incluso se contempla que la información sobre la ubicación o características de estos pueblos sea confidencial y de uso exclusivamente oficial para su protección, evitando difundir datos que puedan atraer intrusos.

Un aspecto interesante del caso colombiano es la figura de los "pueblos indígenas colindantes": dado que los PIACI no pueden ser contactados ni consultados directamente, el Estado articula con las comunidades indígenas vecinas para que actúen como aliados y protectores de los aislados.

Estas comunidades colindantes participan en la vigilancia territorial y en cualquier decisión que pudiera afectar a los pueblos en aislamiento, sirviendo de puente cultural y de salud en caso necesario. En cuanto a atención sanitaria, la política colombiana, similar a la peruana, enfatiza la no prestación de servicios regulares dentro de las zonas de aislamiento para respetar su decisión de no contacto; el Estado se limita a intervenir con equipos de salud solamente si los aislados salen de su aislamiento o enfrentan una situación de extrema necesidad.

Esto ha llevado a críticas sobre una "omisión legal deliberada" del Estado en proveer derechos básicos (salud, educación) dentro de las zonas intangibles. De hecho, tras la confirmación de los yurí y passé en 2010, persistieron amenazas sanitarias (p.ej. minería ilegal generando

contaminación por mercurio en ríos cercanos) y se requirieron acciones judiciales: en 2023 un juez emitió medidas cautelares ordenando proteger a estos pueblos aislados del departamento de Amazonas. Aun así, la implementación del Decreto 1232/2018 ha sido lenta; hacia 2025 organizaciones denunciaban "escaso avance" por parte del Ministerio del Interior en cumplir las obligaciones de dicha norma.

En resumen, Colombia ha establecido un marco legal muy proteccionista en el papel (intangible, sin contacto), pero enfrenta retos para operativizar mecanismos que garanticen efectivamente la salud de los PIACI. La existencia de la norma es un paso positivo, pues ordena explícitamente la protección de estos pueblos y sienta las bases de un sistema nacional dedicado a ellos; sin embargo, su eficacia dependerá de la asignación de recursos y voluntad política para ejecutar acciones concretas (monitoreo permanente, planes de contingencia sanitaria con las comunidades vecinas, etc.) que hasta la fecha avanzan con dificultad.

- **Bolivia:** El Estado Plurinacional de Bolivia aprobó la Ley N° 450 de 2013, denominada "Ley de Protección a Naciones y Pueblos Indígenas Originarios en Situación de Alta Vulnerabilidad". Esta innovadora ley incluye explícitamente a los pueblos indígenas en aislamiento voluntario y en contacto inicial bolivianos dentro de la categoría de "alta vulnerabilidad" (junto con grupos en peligro de extinción, muy reducidos demográficamente, etc.), otorgándoles protección especial. La Ley N° 450 consagra varios principios y obligaciones estatales contundentes: por ejemplo, afirma la intangibilidad de los territorios donde habitan pueblos aislados, prohibiendo actividades extractivas en esos espacios para evitar cualquier impacto o contacto forzado.

Asimismo, la norma crea una instancia institucional específica para velar por estos pueblos: el Consejo Interinstitucional de Protección, conformado por múltiples Ministerios (Justicia, Presidencia, Salud, Tierras, Medio Ambiente, Defensa, entre otros), la Defensoría del Pueblo y la Universidad Mayor de San Andrés.

Este consejo multisectorial tiene el mandato de adoptar todas las medidas necesarias para la supervivencia y bienestar de los pueblos aislados, articulando políticas de salud, educación intercultural, seguridad territorial y protección frente a amenazas externas. En el aspecto sanitario, si bien la Ley N° 450 no detalla protocolos médicos, sí impone al Ministerio de Salud la participación activa en la protección: por ejemplo, obliga a diseñar planes de contingencia sanitaria

en caso de eventuales contactos o epidemias que afecten a los aislados, y a coordinar con las autoridades locales la atención de emergencias.

Un aporte importante de la legislación boliviana es que prevé un régimen sancionador contra quienes vulneren los derechos de estos pueblos; las infracciones (como ingresar ilegalmente a territorios de aislamiento o propiciar contactos no autorizados) pueden conllevar sanciones administrativas y penales, reforzando así la naturaleza obligatoria de la protección. No obstante, Bolivia también ha enfrentado desafíos en la implementación: la Ley N° 450 estableció que su reglamento debía emitirse en 180 días, pero han pasado años sin aprobarse dicha reglamentación completa.

La ausencia de un reglamento ha demorado la operativización de varias disposiciones (por ejemplo, protocolos de salud o mecanismos de monitoreo territorial continuo). Aun así, en la práctica el gobierno boliviano ha dictado medidas ad hoc, como la declaración de zonas intangibles mediante decretos supremos para ciertos grupos. Un caso notable es la creación de la Reserva Integral y Zona Intangible en el Parque Nacional Madidi para proteger al pueblo Toromona (aislado) – análogo a las reservas de Perú o las tierras demarcadas de Brasil.

En resumen, la experiencia de Bolivia aporta un marco jurídico integral, que combina protección territorial, sanciones y coordinación multisectorial, reconociendo explícitamente la obligación estatal de resguardar la salud y la vida de los PIACI. Si bien su implementación plena está en curso, la Ley N° 450 representa un compromiso legal firme que otros países miran como referencia en la región.

Cabe mencionar que otros países de la región amazónica han adoptado también medidas legales para garantizar la protección de pueblos indígenas aislados, especialmente en el aspecto de salud preventiva. Por ejemplo, Ecuador promulgó en 2007 un decreto ejecutivo que delimitó la "Zona Intangible Tagaeri-Taromenane" – un amplio territorio (758,051 hectáreas) en la Amazonía ecuatoriana donde habitan pueblos en aislamiento – y estableció la prohibición perpetua de toda actividad extractiva en esa zona, así como un área de amortiguamiento a su alrededor. Esta zona intangible ecuatoriana busca evitar cualquier contacto o impacto externo que pudiera introducir enfermedades a los pueblos aislados Tagaeri y Taromenane, reconociendo su derecho a la vida y salud en aislamiento. Del mismo modo, países como Paraguay (para el caso del pueblo Ayoreo en el Chaco) y Brasil (región amazónica fronteriza) han colaborado en las

Directrices de Protección para PIACI de la Amazonía y Gran Chaco (2012) promovidas por la ONU, que enfatizan un enfoque preventivo regional.

En conclusión, las experiencias internacionales muestran una tendencia común: dotar de marcos legales específicos a la protección de pueblos en aislamiento, con énfasis en enfoques preventivos robustos (territorios intangibles, no contacto salvo situaciones excepcionales) complementados por obligaciones explícitas del Estado en materia de salud. Brasil aporta la implementación de protocolos operativos de salud (planes de emergencia, equipos conjuntos FUNAI-salud) para responder rápidamente ante eventuales contactos.

Colombia aporta la idea de un sistema nacional dedicado y la protección legal reforzada (aunque con el reto de hacerlo efectivo). Bolivia fortalece la institucionalidad multisectorial y la coercibilidad jurídica mediante sanciones. Estas lecciones sugieren que el Perú, para garantizar plenamente el derecho a la salud pública, gratuita y de calidad de los PIACI, puede perfeccionar su marco normativo incorporando: menciones expresas del derecho a la salud y su gratuidad, mandatos de acciones preventivas periódicas y vigilancias sanitarias proactivas, y protocolos claros de atención ante contactos o brotes. De ese modo, alineará su legislación con los más altos estándares comparados, asegurando que ningún vacío normativo impida proteger la vida y la salud de estos pueblos en situación de extrema vulnerabilidad.

3.- IMPACTO DE LA PROPUESTA LEGISLATIVA

La presente propuesta legislativa, que modifica el inciso a) del artículo 4° de la Ley N° 28736, tendrá un impacto significativo en la protección de los derechos fundamentales de los pueblos indígenas u originarios en situación de aislamiento y en situación de contacto inicial, en particular respecto a su derecho a la salud pública, gratuita y de calidad. Esta modificación no solo refuerza el contenido normativo del derecho a la salud reconocido en la legislación vigente, sino que introduce parámetros claros de periodicidad y articulación institucional para la intervención preventiva del Estado, permitiendo una operativización efectiva del principio de protección especial que ampara a dichos pueblos.

3.1.- Impacto jurídico

Desde el plano normativo, la propuesta contribuye a fortalecer el marco legal de protección de los pueblos indígenas en aislamiento o contacto inicial, en coherencia con los principios constitucionales y los estándares internacionales de derechos humanos. Al establecer de manera expresa que el Estado garantiza el acceso a la salud pública, gratuita y de calidad para estos pueblos, se supera la ambigüedad de la redacción vigente y se dota a la norma de un carácter imperativo y exigible.

Asimismo, al introducir una obligación específica de realizar acciones y políticas preventivas en salud cada treinta (30) días, en coordinación con el Ministerio de Salud y los gobiernos subnacionales, se pasa de una formulación programática a una disposición de cumplimiento obligatorio. Esta precisión normativa otorga contenido sustantivo al mandato constitucional del artículo 7°, que impone al Estado la responsabilidad de garantizar el acceso a los servicios de salud de todos los ciudadanos.

La propuesta también mejora la coherencia interna del ordenamiento jurídico peruano al armonizar la Ley N° 28736 con otras normas del sistema legal que consagran el derecho a la salud, tales como la Ley General de Salud, la Ley de los Derechos de las Personas Usuarias de los Servicios de Salud, y el bloque de constitucionalidad que incluye tratados internacionales de derechos humanos.

En este sentido, se fortalece el principio de progresividad y no regresividad de los derechos fundamentales, conforme a lo dispuesto en el artículo 26 de la Convención Americana sobre Derechos Humanos.

3.2.- Impacto social

En el plano social, la iniciativa legislativa permitirá cerrar una brecha estructural que históricamente ha impedido a los pueblos indígenas en aislamiento o contacto inicial gozar plenamente de sus derechos. En efecto, la falta de intervenciones sanitarias periódicas ha contribuido a situaciones de desprotección que, en diversos casos, han derivado en brotes epidémicos con consecuencias fatales para comunidades enteras.

Desde la perspectiva intercultural, la reforma normativa refuerza la obligación estatal de adoptar un enfoque de salud pertinente al contexto sociocultural de los pueblos indígenas. La articulación con los gobiernos regionales y locales facilitará una implementación territorializada de las acciones preventivas, respetando las especificidades de cada región y promoviendo la participación activa de las comunidades indígenas organizadas como aliadas en la protección de sus hermanos en aislamiento.

3.3.- Impacto en la implementación de derechos fundamentales

Finalmente, el impacto más relevante de la propuesta radica en que posibilitará la real y efectiva implementación del derecho a la salud de un sector históricamente excluido de los beneficios del desarrollo y del sistema público de protección. La inclusión explícita de los principios de gratuidad y calidad, en conjunto con la exigencia de regularidad en las intervenciones, transforma el derecho en una obligación operativa del Estado y habilita a las comunidades, organizaciones sociales y órganos de control a fiscalizar su cumplimiento.

La salud es condición indispensable para el ejercicio de otros derechos, como el derecho a la vida, a la identidad, al territorio y a la autodeterminación. En el caso de los pueblos indígenas en aislamiento o contacto inicial, garantizar la salud es proteger su existencia misma como pueblos diferenciados.

Por tanto, el impacto de esta modificación legislativa no es únicamente sectorial, sino estructural: fortalece el tejido normativo del Estado constitucional de derecho, profundiza la democracia intercultural y concreta el principio de igualdad en el acceso a los derechos fundamentales.

4.- ANÁLISIS DE NECESIDAD, VIABILIDAD Y OPORTUNIDAD DEL PROYECTO DE LEY

4.1.- Necesidad

La modificación del inciso a) del artículo 4° de la Ley N° 28736 resulta jurídicamente necesaria para cerrar una omisión normativa que, hasta la fecha, ha limitado la eficacia del mandato estatal de proteger la vida y

la salud de los pueblos indígenas u originarios en situación de aislamiento o en situación de contacto inicial.

La redacción vigente establece una obligación genérica del Estado de desarrollar acciones y políticas preventivas, pero lo hace sin establecer parámetros operativos mínimos –como frecuencia, coordinación intergubernamental o estándares de calidad– lo cual ha derivado en respuestas estatales esporádicas, fragmentadas o reactivas. En la práctica, los pueblos indígenas en aislamiento o contacto inicial permanecen sin acceso sostenido a servicios básicos de salud, siendo víctimas de condiciones de alta vulnerabilidad inmunológica frente a enfermedades comunes, pero potencialmente letales para ellos.

Este déficit normativo ha sido documentado por informes de la Defensoría del Pueblo, organizaciones indígenas y agencias internacionales, que advierten sobre la falta de intervenciones sanitarias periódicas, la débil presencia estatal en las zonas periféricas a las reservas indígenas y la demora en la respuesta institucional ante situaciones de brotes, epidemias o contactos iniciales.

En ese sentido, la necesidad de reformular el inciso a) del artículo 4° obedece a tres objetivos precisos:

- Establecer de manera expresa el derecho de los pueblos en aislamiento y contacto inicial a recibir salud pública, gratuita y de calidad, en consonancia con los principios constitucionales y los estándares internacionales;
- Incorporar un criterio de periodicidad mínima (cada treinta días) para las acciones preventivas del Estado, con lo cual se transforma una obligación abstracta en un deber medible y exigible;
- Reforzar la responsabilidad de coordinación entre el Ministerio de Salud y los gobiernos regionales y locales, actores claves para la implementación territorial efectiva de las medidas sanitarias.

En suma, la modificación propuesta no introduce cambios estructurales complejos, pero sí corregirá una debilidad normativa crítica al dotar al artículo 4° de un contenido jurídico claro, operativo y alineado con la realidad epidemiológica y cultural de los pueblos protegidos por la Ley.

4.2.- Viabilidad

La propuesta legislativa es plenamente viable en términos jurídicos, técnicos e institucionales, pues se limita a introducir una modificación puntual y precisa al texto de una norma vigente, sin alterar su estructura general, ni implicar la creación de nuevos órganos, o competencias.

Desde el punto de vista jurídico, la modificación es coherente con los principios del ordenamiento constitucional y legal vigente, en tanto busca fortalecer el ejercicio del derecho a la salud y hacer operativa una obligación ya reconocida en la ley. No existe ninguna disposición legal que prohíba al legislador establecer parámetros de regularidad para la implementación de políticas públicas en favor de poblaciones vulnerables. Antes bien, tal precisión se encuentra plenamente respaldada por el artículo 7° de la Constitución y por el bloque de constitucionalidad que incorpora el Convenio 169 de la OIT, cuyo artículo 25 obliga a los Estados a garantizar servicios de salud adecuados y culturalmente pertinentes para los pueblos indígenas.

Desde la perspectiva técnica, la incorporación de la expresión "acciones y políticas preventivas periódicas cada treinta días" no representa una obligación nueva, sino una mejora normativa que traduce en términos operativos lo que ya se establece como responsabilidad del Estado. Los servicios de salud públicos ya están facultados para intervenir en zonas próximas a las reservas indígenas y, de hecho, el Ministerio de Salud cuenta con lineamientos técnicos –aprobados desde 2007– que establecen protocolos sanitarios aplicables en estos contextos. Lo que la norma hará es dotar de fuerza legal y obligatoriedad a la programación regular de estas intervenciones.

En el plano institucional, la propuesta no implica la creación de una nueva estructura administrativa ni demanda la habilitación de recursos extraordinarios por parte del Estado. La redacción modificada enfatiza la obligación de coordinar entre el Ministerio de Salud y los gobiernos regionales y locales, lo cual se encuentra dentro de las atribuciones funcionales de estas entidades según la Ley Orgánica del Poder Ejecutivo, la Ley de Bases de la Descentralización y las competencias específicas en salud de los gobiernos subnacionales. De esta manera, se promueve el uso eficiente de los mecanismos y capacidades ya existentes en el aparato estatal, reforzando la articulación y planificación multisectorial.

En resumen, la propuesta es jurídicamente sólida, técnicamente razonable e institucionalmente factible, al ajustarse al marco normativo vigente y no generar costos adicionales relevantes para su implementación.

4.3.- Oportunidad

La iniciativa legislativa se presenta en un contexto altamente oportuno, tanto por la coyuntura nacional como por la necesidad histórica de saldar una deuda pendiente con los pueblos indígenas en situación de aislamiento y contacto inicial.

Desde el punto de vista social, el país ha atravesado en los últimos años una emergencia sanitaria sin precedentes con la pandemia del COVID-19, que reveló la extrema precariedad de la respuesta institucional frente a los sectores más vulnerables, incluyendo los pueblos indígenas. Esta experiencia ha evidenciado la urgencia de pasar de un enfoque de prevención reactivo a un modelo de vigilancia permanente y acciones continuas, especialmente en poblaciones con alta fragilidad inmunológica.

En términos políticos, el proyecto se alinea con los compromisos asumidos por el Estado peruano en el marco del Acuerdo Nacional, específicamente en los ejes de equidad y justicia social, fortalecimiento del Estado y respeto a los derechos humanos. El fortalecimiento del derecho a la salud en poblaciones vulnerables forma parte de la agenda legislativa prioritaria y responde a una demanda constante de los pueblos indígenas organizados, que han solicitado en reiteradas ocasiones mayor presencia estatal en sus territorios y acciones eficaces que garanticen su derecho a vivir con dignidad.

Finalmente, desde una perspectiva estratégica e internacional, la aprobación de esta medida permitirá al Perú consolidar su liderazgo regional en materia de protección de pueblos indígenas aislados, reforzando los avances normativos alcanzados con la Ley N° 28736 y demostrando el compromiso del país con los estándares internacionales de derechos humanos. La incorporación de una cláusula de periodicidad y garantía explícita del derecho a la salud no solo mejorará el marco interno, sino que contribuirá a la implementación de las recomendaciones del Sistema Interamericano de Derechos Humanos, así como de las directrices técnicas de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) y la Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos.

En consecuencia, la propuesta es oportuna no solo desde un enfoque normativo y técnico, sino también desde una perspectiva ética y de justicia histórica: representa una acción legislativa concreta que fortalece el Estado de derecho, atiende una necesidad urgente y reafirma el compromiso del Congreso de la República con la protección integral de los pueblos indígenas más vulnerables del país.

5.- BENEFICIOS DE LA PROPUESTA LEGISLATIVA

La modificación del inciso a) del artículo 4° de la Ley N° 28736 generará una serie de beneficios al reforzar de manera puntual y eficaz la protección del derecho a la salud de los pueblos indígenas u originarios en situación de aislamiento y en situación de contacto inicial. La reforma propuesta, al introducir la garantía expresa del derecho a una salud pública, gratuita y de calidad, así como la obligación estatal de realizar acciones preventivas periódicas cada treinta días, contribuirá a la consolidación de un marco normativo más claro, exigible y eficiente. Entre los principales beneficios se destacan los siguientes:

5.1.- Fortalecimiento del contenido normativo del derecho a la salud

La propuesta otorga contenido sustantivo y operativo al derecho a la salud de los pueblos indígenas en aislamiento o contacto inicial, superando la formulación genérica actualmente vigente. Al establecer expresamente que el Estado garantiza el acceso a la salud pública, gratuita y de calidad, se eleva este derecho a la categoría de prestación concreta, vinculante y verificable, reforzando su exigibilidad ante las entidades públicas y los órganos de control. Este reconocimiento explícito permite traducir un derecho constitucional abstracto en una obligación concreta, alineada con el principio de progresividad de los derechos fundamentales.

5.2.- Claridad normativa y mayor seguridad jurídica

La incorporación de una frecuencia mínima (cada treinta días) para las acciones y políticas preventivas contribuye a precisar los alcances de la obligación estatal prevista en la Ley N° 28736, eliminando ambigüedades interpretativas que han dado lugar a vacíos o a intervenciones sanitarias irregulares. Esta claridad normativa fortalece el principio de seguridad jurídica, al permitir a las entidades responsables planificar sus actuaciones con base en un parámetro legal definido, y a las organizaciones indígenas y de derechos humanos, monitorear su cumplimiento.

5.3.- Mejora de la coordinación intergubernamental en materia de salud indígena

La modificación impulsa la articulación funcional entre el Ministerio de Salud y los gobiernos regionales y locales, obligando a una planificación conjunta y sistemática de las intervenciones sanitarias en territorios de presencia PIACI. Este enfoque intergubernamental responde al principio de subsidiariedad y refuerza la gobernanza descentralizada en salud, permitiendo una mejor cobertura, adaptación territorial y sostenibilidad operativa de las medidas preventivas.

5.4.- Prevención eficaz de riesgos sanitarios

La implementación de acciones preventivas periódicas permite una vigilancia sanitaria activa, con impactos directos en la detección oportuna de amenazas epidemiológicas, la inmunización de poblaciones colindantes, y la respuesta inmediata ante emergencias sanitarias. Este enfoque preventivo resulta esencial en el caso de pueblos en aislamiento o contacto inicial, cuya vulnerabilidad inmunológica los convierte en poblaciones de alto riesgo frente a enfermedades infecciosas comunes. El carácter recurrente y obligatorio de las intervenciones reducirá significativamente la exposición a brotes epidémicos y contribuirá a salvar vidas.

5.5.- Fortalecimiento de la función de fiscalización y control

La precisión normativa introducida por la propuesta facilitará el trabajo de entidades como la Contraloría General de la República, la Defensoría del Pueblo y las comisiones del Congreso de la República con competencia en materia de pueblos indígenas y salud pública. Al existir una obligación legal explícita y medible (acciones sanitarias cada treinta días), estas entidades podrán verificar el cumplimiento del mandato, identificar inacciones, y exigir la adopción de correctivos inmediatos. Ello contribuye a una mayor transparencia y rendición de cuentas en la gestión pública vinculada a los derechos de los pueblos indígenas.

5.6.- Promoción de la equidad en el acceso a derechos fundamentales

Finalmente, al enfocarse en una de las poblaciones más excluidas y olvidadas del país, la propuesta legislativa representa un avance sustantivo en la reducción de las desigualdades estructurales que afectan

a los pueblos indígenas. Garantizar su derecho a la salud no solo es una obligación jurídica, sino también un acto de justicia histórica que contribuye a la construcción de un Estado intercultural, inclusivo y respetuoso de la diversidad. Esta medida legislativa concreta un principio fundamental del derecho público: que el mayor nivel de protección debe dirigirse hacia quienes enfrentan el mayor nivel de vulnerabilidad.

En conjunto, los beneficios derivados de la presente propuesta legislativa exceden el plano normativo, ya que permiten avanzar hacia un modelo de Estado que no solo reconoce formalmente los derechos de los pueblos indígenas en aislamiento y contacto inicial, sino que los garantiza mediante mecanismos específicos, permanentes y efectivos de protección.

6.- ANÁLISIS COSTO — BENEFICIO

La modificación del inciso a) del artículo 4° de la Ley N° 28736, que introduce la garantía expresa del derecho a la salud pública, gratuita y de calidad para los pueblos indígenas en situación de aislamiento y contacto inicial, así como la obligación estatal de realizar acciones preventivas periódicas cada treinta días, constituye una medida normativa de alto impacto en la protección de derechos fundamentales, que no irroga costos significativos al erario público y, por el contrario, genera beneficios estructurales en términos de eficiencia estatal, prevención sanitaria y fortalecimiento de la institucionalidad pública.

Desde el punto de vista económico, la propuesta no implica la creación de nuevas entidades ni la asignación de recursos adicionales, ya que las acciones preventivas en salud forman parte de las competencias regulares del Ministerio de Salud y de los gobiernos regionales y locales. La implementación de una periodicidad mínima para estas acciones permitirá una planificación más eficiente y una mejor coordinación interinstitucional, optimizando el uso de los recursos existentes.

En términos de beneficios, la medida contribuirá a la reducción de la morbilidad y mortalidad en comunidades en contacto inicial, al permitir una presencia constante del Estado en las zonas de aislamiento, asegurando un monitoreo sanitario permanente y la detección temprana de enfermedades transmisibles. Esto no solo mejora la calidad de vida de estas poblaciones, sino que también reduce los costos asociados a intervenciones de emergencia y tratamientos médicos intensivos.

Además, la propuesta fortalece la función de fiscalización y control, al establecer una obligación legal explícita y medible, facilitando el trabajo de entidades como la Contraloría General de la República y la Defensoría del Pueblo. También mejora la imagen del país ante la comunidad internacional en materia de cumplimiento de derechos humanos, particularmente de los pueblos indígenas, al alinear el marco jurídico nacional con las recomendaciones del Sistema Interamericano de Derechos Humanos y de la Organización Panamericana de la Salud.

En conclusión, la modificación propuesta representa una inversión normativa de alta rentabilidad social, al fortalecer la protección de los pueblos indígenas en situación de aislamiento y contacto inicial, sin generar costos adicionales significativos para el Estado, y al promover una gestión pública más eficiente y coordinada en el ámbito de la salud intercultural.

7.- RELACIÓN DE LA PROPUESTA LEGISLATIVA CON LAS POLÍTICAS DE ESTADO DEL ACUERDO NACIONAL

La modificación del inciso a) del artículo 4° de la Ley N° 28736, que establece la garantía del derecho a la salud pública, gratuita y de calidad para los pueblos indígenas en situación de aislamiento y contacto inicial, así como la obligación estatal de realizar acciones preventivas periódicas, se alinea con varias Políticas de Estado del Acuerdo Nacional, particularmente en los siguientes ámbitos:

- **Política de Estado N° 13: Acceso universal a los servicios de salud y a la seguridad social:** Esta política promueve el acceso universal, equitativo y de calidad a los servicios de salud y seguridad social. La propuesta legislativa refuerza este compromiso al establecer la obligación del Estado de garantizar servicios de salud adecuados para poblaciones altamente vulnerables, como los pueblos indígenas en aislamiento y contacto inicial, asegurando así su derecho fundamental a la salud.
- **Política de Estado N° 11: Promoción de la igualdad de oportunidades sin discriminación:** Al enfocarse en poblaciones históricamente marginadas, la iniciativa legislativa contribuye a reducir las desigualdades y a promover la equidad en el acceso a servicios básicos. Establecer acciones preventivas periódicas en salud para los pueblos indígenas en aislamiento y contacto inicial es un

paso hacia la eliminación de barreras estructurales que han perpetuado la exclusión de estos grupos.

- **Política de Estado N.º 24: Afirmación de un Estado eficiente y transparente:** La propuesta fomenta la eficiencia y transparencia del Estado al establecer una periodicidad clara para las acciones preventivas en salud y al promover la coordinación entre el Ministerio de Salud y los gobiernos regionales y locales. Esto fortalece la capacidad del Estado para responder de manera oportuna y eficaz a las necesidades de las poblaciones en situación de aislamiento y contacto inicial.
- **Política de Estado N.º 19: Desarrollo sostenible y gestión ambiental:** La salud de los pueblos indígenas en aislamiento y contacto inicial está estrechamente vinculada a la conservación de sus territorios y al equilibrio ambiental. Al garantizar su derecho a la salud, la propuesta legislativa también contribuye a la protección de los ecosistemas que habitan, promoviendo un desarrollo sostenible que respete la diversidad cultural y ambiental del país.
- **Política de Estado N.º 28: Plena vigencia de la Constitución y de los derechos humanos y acceso a la justicia e independencia judicial:** Al fortalecer el marco legal que protege los derechos fundamentales de los pueblos indígenas en aislamiento y contacto inicial, la iniciativa legislativa reafirma el compromiso del Estado peruano con la plena vigencia de la Constitución y de los derechos humanos, asegurando que estos grupos puedan ejercer sus derechos en condiciones de igualdad y dignidad.

En conjunto, la propuesta legislativa se inscribe en el marco de las Políticas de Estado del Acuerdo Nacional, orientadas a construir un país más justo, inclusivo y respetuoso de la diversidad cultural y ambiental, mediante la garantía efectiva de los derechos fundamentales de todos sus ciudadanos.