



DEFENSORÍA DEL PUEBLO
ESTADO PLURINACIONAL DE BOLIVIA



INFORME
DEFENSORIAL



FALTA DE PROTECCIÓN
REFORZADA DE NACIONES Y PUEBLOS
INDÍGENA ORIGINARIOS
ALTAMENTE VULNERABLES EN BOLIVIA,
DURANTE LA PANDEMIA COVID-19



DEFENSORÍA DEL PUEBLO

ESTADO PLURINACIONAL DE BOLIVIA

Informe Defensorial

**“FALTA DE PROTECCIÓN REFORZADA
DE NACIONES Y PUEBLOS INDÍGENA
ORIGINARIOS ALTAMENTE VULNERABLES EN
BOLIVIA, DURANTE LA PANDEMIA COVID-19”**

UNIDAD DE DERECHOS HUMANOS DE LAS
NACIONES Y PUEBLOS INDÍGENA ORIGINARIO
CAMPEÑINOS Y PUEBLO AFROBOLIVIANO

2020



DEFENSORÍA DEL PUEBLO
ESTADO PLURINACIONAL DE BOLIVIA

Resolución Defensorial N° DP/AVEDH/03/2021 La Paz, 19 de enero de 2021

VISTOS:

El informe referente a la investigación Defensorial sobre la “**FALTA DE PROTECCIÓN REFORZADA DE NACIONES Y PUEBLOS INDIGENA ORIGINARIOS ALTAMENTE VULNERABLES EN BOLIVIA, DURANTE LA PANDEMIA COVID-19**”, realizado en el marco de una intervención integral, la información recolectada, los resultados obtenidos, verificaciones in situ, entrevistas, el análisis y la posición institucional al respecto.

CONSIDERANDO:

Que, el párrafo I del Artículo 218 de la Constitución Política del Estado establece que la Defensoría del Pueblo es la institución encargada de velar por la vigencia, promoción, difusión y cumplimiento de los derechos humanos, individuales y colectivos, que se consagran en la Constitución, las leyes y los instrumentos internacionales.

Que, el numeral 3 del Artículo 222, de la Constitución Política del Estado establece como una atribución de la Defensoría del Pueblo el investigar, de oficio o a solicitud de parte, los actos u omisiones que impliquen violación de los derechos, individuales y colectivos, que se establecen en la Constitución, las leyes y los instrumentos internacionales, e instar al Ministerio Público al inicio de las acciones legales que correspondan.

Que, por su parte, el numeral 5 del citado Artículo, faculta a la Defensoría del Pueblo a formular, recomendaciones, recordatorios de deberes legales y sugerencias para la inmediata adopción de correctivos y medidas a todos los órganos e instituciones del Estado y emitir censura pública por actos o comportamientos contrarios a dichas formulaciones.

Que, el párrafo I del Artículo 24, de la Ley N° 870, de 13 de diciembre de 2016, Ley del Defensor del Pueblo, establece que concluida la investigación y comprobadas las vulneraciones de derechos, la Defensoría del Pueblo podrá emitir Resoluciones fundamentadas que contengan según sea el caso, recomendaciones, recordatorios,



Imprime
anverso
y reverso



 @DPBolivia

 Defensoría del Pueblo Bolivia

OFICINA NACIONAL (La Paz) C. Colombia N° 440 San Pedro • Tel: 2113600 – 2112600

www.defensoria.gob.bo

LÍNEA GRATUITA 800 10 8004

sugerencias o correctivos y censura pública. El parágrafo III, establece que emitida la Resolución, esta será puesta a conocimiento de la autoridad o servidor público. Que, mediante Resolución de la Asamblea Legislativa Plurinacional del Estado Plurinacional de Bolivia R.A.L.P. N° 001/2019-2020 de fecha 30 de enero de 2019, se nombra como Defensora del Pueblo interina a Nadia Alejandra Cruz Tarifa.

POR TANTO:

La Defensora del Pueblo a.i. del Estado Plurinacional de Bolivia, en uso de las atribuciones conferidas por la Constitución Política del Estado y la Ley N° 870, de 13 de diciembre de 2016.

RESUELVE:

PRIMERO: Aprobar el Informe Defensorial “**FALTA DE PROTECCIÓN REFORZADA DE NACIONES Y PUEBLOS INDIGENA ORIGINARIOS ALTAMENTE VULNERABLES EN BOLIVIA, DURANTE LA PANDEMIA COVID-19**”.

SEGUNDO: Notificar a las autoridades correspondientes los recordatorios de deberes legales y las recomendaciones defensoriales señaladas en el Informe, para su correspondiente pronunciamiento en el plazo de treinta días.

Regístrese y Archívese.


Abg. Nadia Alejandra Cruz Tarifa
DEFENSORA DEL PUEBLO a.i.

ABREVIATURAS

AJAM	Autoridad Jurisdiccional Administrativa Minera
APG	Asamblea del Pueblo Guaraní
CABI	Capitanía del Alto y Bajo Izozog
CANOB	Central Ayorea Nativa del Oriente Boliviano
CCGT	Consejo de Capitanía Guaraní de Tarija
CEPA	Centro de Ecología y Pueblos Andinos
CPESC	Coordinadora de Pueblos Étnicos de Santa Cruz
CIDH	Comisión Interamericana de Derechos Humanos
CIDOB	Confederación de Pueblos Indígenas del Oriente Boliviano
CIPTA	Consejo Indígena del Pueblo Tacana
CIPOAP	Central Indígena de Pueblos Amazónicos de Pando
CIRABO	Central Indígena de la Región Amazónica de Bolivia
CIRI	Consejo Indígena del Río Ichilo
CRTMPL	Central Regional Tsimane-Mosetén de Pílon Lajas
CODERADE	Comité Departamental de Reducción de Riesgo y Atención de Desastres
CNMCIQB "BS"	Confederación Nacional de Mujeres Campesinas Indígenas Originarias de Bolivia "Bartolina Sisa"
COMURADE	Comité Municipal de Reducción de Riesgo y Atención de Desastres
COED	Comité de Operaciones de Emergencia Departamental
COEM	Comité de Operaciones de Emergencia Municipal
COEN	Comité de Operaciones de Emergencia Nacional
CONAMAQ	Consejo Nacional de Ayllus y Markas del Qullasuyu
CONARADE	Consejo Nacional para la Reducción de Riesgos y Atención de Desastres y/o Emergencias
COVID-19	Coronavirus 2019
CPE	Constitución Política del Estado
CPITCO	Central de Pueblos Indígenas del Trópico de Cochabamba
CPILAP	Central de Pueblos Indígenas de La Paz
CSCIOB	Confederación Sindical de Comunidades Interculturales Originarias de Bolivia
CSUTCB	Confederación Sindical Única de Trabajadores Campesinos de Bolivia

DESCA	Derechos Económicos, Sociales, Culturales y Ambientales
DNUDPI	Declaración de las Naciones Unidas Sobre los Derechos de los Pueblos Indígenas
ERAS	Enfermedades Respiratorias Agudas
FENAMAD	Federación Nativa del Río Madre de Dios y Afluyente
GCT	Gran Consejo Tsimane
INRA	Instituto Nacional de Reforma Agraria
IRAS	Infecciones Respiratorias Agudas
OEP	Órgano Electoral Plurinacional
ORCAWETA	Organización de Capitanías Weenhayeks de Tarija
MAE	Máxima Autoridad Ejecutiva
MCDD	Ministerio de Culturas, Descolonización y Despatriarcalización
MH	Ministerio de Hidrocarburos
MJyTI	Ministerio de Justicia y Transparencia Institucional
MMAyA	Ministerio de Medio Ambiente y Agua
MMyM	Ministerio de Minería y Metalurgia
OEA	Organización de Estados Americanos
MS	Ministerio de Salud
OIT	Organización Internacional del Trabajo
OMS	Organización Mundial de la Salud
OPIM	Organización del Pueblo Indígena Mosestén
OTB	Organización Territorial de Base
OTCA	Organización del Tratado de Cooperación Amazónica
PAPIAV	Programa de Atención a los Pueblos Indígenas Altamente Vulnerables
PIACI	Pueblos Indígenas Aislados y Contacto Inicial
SAE	Subsecretaría de Asuntos Étnicos
SAFCI	Salud Familiar Comunitaria Intercultural
SCP	Sentencia Constitucional Plurinacional
SEDES	Servicio Departamental de Salud
SERNAP	Servicio Nacional de Áreas Protegidas
SNISVE	Sistema Nacional de Información en Salud y Vigilancia Epidemiológica
SUS	Sistema Único de Salud
SUSAT	Seguro Universal de Salud Autónomo de Tarija
TIOC	Territorio Indígena Originario Campesino
TCO	Tierra Comunitaria de Origen
TCP	Tribunal Constitucional Plurinacional
TIM II	Territorio Indígena Multiétnico
VD	Viceministerio de Descolonización

ÍNDICE

	pág.
PRIMERA PARTE.....	15
ASPECTOS GENERALES.....	15
I. ANTECEDENTES.....	15
II. JUSTIFICACIÓN.....	18
III. OBJETIVOS Y ALCANCES.....	19
3.1. OBJETIVOS.....	19
3.1.1. Objetivo General.....	19
3.1.2. Objetivos Específicos.....	19
3.2. ALCANCE.....	20
3.2.1. Territorial.....	20
3.2.2. Competencial.....	20
IV. MECANISMOS DE INTERVENCIÓN.....	22
4.1. REQUERIMIENTO DE INFORMACIÓN ESCRITA.....	22
4.2. VERIFICACIÓN DEFENSORIAL.....	23
4.3. ENTREVISTAS SEMIESTRUCTURADAS.....	23
4.4. REVISIÓN DOCUMENTAL.....	24
SEGUNDA PARTE.....	27
MARCO CONCEPTUAL.....	27
I. DEFINICIONES.....	27
1.1. NACIONES Y PUEBLOS INDÍGENA ORIGINARIO CAMPESINOS.....	27
1.1.1. Naciones y Pueblos Indígena Originarios en Situación de Alta Vulnerabilidad.....	27
1.2. SITUACIONES DE ALTA VULNERABILIDAD.....	31
1.2.1. Pueblo Indígena Yuqui.....	33
1.2.1.1. Segmento del pueblo Yuqui en aislamiento.....	36
1.2.2. Nación Originaria Uru.....	36
1.2.3. Pueblo Indígena Ayoreo.....	37
1.2.3.1. Segmento del pueblo indígena Ayoreo en aislamiento.....	39
1.2.4. Pueblo Indígena Ese Eja.....	39
1.2.5. Pueblo Indígena Yaminawa.....	40
1.2.6. Pueblo Indígena Machineri.....	41
1.2.7. Pueblo Indígena Weenhayek.....	42
1.2.8. Pueblo Indígena Tapieté.....	43
1.2.9. Pueblo Indígena Araona.....	44

1.2.10. Pueblo Indígena Toromona no contactado.....	45
1.3. ENFOQUE BASADO EN DERECHOS HUMANOS	45
1.3.1. Enfoque Diferencial Indígena	46
1.3.2. El enfoque diferencial e interseccional respecto a los derechos de las naciones y pueblos indígenas.....	46
1.3.3. Protección reforzada a grupos vulnerables	47
1.4. PRINCIPIOS Y DIRECTRICES PARA LA PROTECCIÓN DE LOS PUEBLOS INDÍGENAS EN AISLAMIENTO VOLUNTARIO Y NO CONTACTADOS	47
1.4.1. Principios	47
1.4.2. Directrices.....	48
TERCERA PARTE.....	51
MARCO NORMATIVO	51
I. INSTRUMENTOS INTERNACIONALES.....	51
1.1. Convenio 169 de la OIT sobre Pueblos Indígenas y Tribales en Países Independientes.....	51
1.2. Declaración de las Naciones Unidas sobre los Derechos de los Pueblos Indígenas.....	51
1.3. Declaración Americana sobre los Derechos de los Pueblos Indígenas.....	52
II. MARCO NORMATIVO INTERNO.....	52
2.1. Constitución Política del Estado.....	53
2.2. Ley N° 450, de Protección a Naciones y Pueblos Indígena Originarios en Situación de Alta Vulnerabilidad	53
CUARTA PARTE	61
RESULTADOS DE LA INTERVENCIÓN.....	61
I. RELEVAMIENTO DE INFORMACIÓN, CONSIDERACIONES ESPECÍFICAS REQUERIMIENTOS DE INFORMACIÓN ESCRITA.....	61
1.1. MEDIDAS ESTATALES PARA LA PROTECCIÓN DE LAS NACIONES Y PUEBLOS INDÍGENA ORIGINARIO EN CONTEXTO DEL COVID-19.....	63
1.1.1. Medidas implementadas por el Gobierno Central	63
1.1.1.1. Ministerio de Salud	63
1.1.1.2. Ministerio de Minería y Metalurgia.....	64
1.1.1.3. Ministerio de Defensa	65
1.1.1.4. Ministerio de Medio Ambiente y Agua	65
1.1.1.4.1. Servicio Nacional de Áreas Protegidas	66
1.1.1.5. Ministerio de Desarrollo Productivo y Economía Plural.....	67
1.1.1.6. Ministerio de Justicia y Transparencia Institucional.....	67
1.1.1.7. Ministerio de Planificación del Desarrollo.....	67
1.1.2. Medidas Implementadas por los Gobiernos Autónomos Departamentales	67
1.1.2.1. Gobierno Autónomo Departamental de Cochabamba.....	67
1.1.2.2. Gobierno Autónomo Departamental de La Paz.....	70
1.1.2.3. Gobierno Autónomo Departamental de Pando	73
1.1.2.4. Gobierno Autónomo Departamental de Oruro.....	74
1.1.2.5. Gobierno Autónomo Departamental de Tarija.....	74
1.1.3. Gobiernos Autónomos Municipales.....	75
1.1.3.1. Gobierno Autónomo Municipal de Yacuiba	75
1.1.3.2. Gobierno Autónomo Municipal de Chimoré	76
1.1.3.3. Gobierno Autónomo Municipal de Puerto Villarroel.....	77

1.2.	GUÍAS Y PROTOCOLOS COVID-19.....	77
1.2.1.	Guía para el Manejo del COVID-19	77
1.2.2.	Protocolo para el Abordaje de Covid-19 en Pueblos Indígena Originario Campesinos y Afrobolivianos.....	79
II.	ESTADO DE SITUACIÓN	80
2.1.	ENTREVISTAS Y VERIFICACIÓN DEFENSORIAL.....	80
2.1.1.	PUEBLO INDÍGENA YUQUI	81
2.1.1.1.	Enfoques de interculturalidad, diferencial, y de pertinencia cultural en las esferas de a) Medidas de Prevención – Vigilancia Comunitaria y b) Detección y manejo.	81
2.1.1.2.	Eliminación de Estigmas y Estereotipos Negativos que puedan surgir sobre los pueblos indígenas en el contexto de pandemia del COVID-19	84
2.1.1.3.	Acceso a la información sobre la pandemia en los idiomas propios de los pueblos indígenas	85
2.1.1.4.	Participación de los pueblos indígenas e inclusión de sus instituciones y autoridades propias en la formulación e implementación de políticas públicas en los COEN, COED y COEM.....	86
2.1.1.5.	Medidas de protección social realizadas por el Estado en todos sus niveles para mitigar los efectos socioeconómicos	86
2.1.2.	NACIÓN ORIGINARIA URU	87
2.1.2.1.	PUEBLO ORIGINARIO URUS QOT ZOÑI	87
2.1.2.1.1.	Enfoques de interculturalidad, diferencial, y de pertinencia cultural en las esferas de a) Medidas de Prevención – Vigilancia Comunitaria y b) Detección y manejo.....	87
2.1.2.1.2.	Eliminación de Estigmas y Estereotipos Negativos que puedan surgir sobre los pueblos indígenas en el contexto de pandemia del COVID-19.....	90
2.1.2.1.3.	Acceso a la información sobre la pandemia en los idiomas propios de los pueblos indígenas	91
2.1.2.1.4.	Participación de los pueblos indígenas e inclusión de sus instituciones y autoridades propias en la formulación e implementación de políticas públicas en los COEN, COED y COEM.....	91
2.1.2.1.5.	Medidas de protección social realizadas por el Estado en todos sus niveles para mitigar los efectos socioeconómicos	92
2.1.2.2.	PUEBLO ORIGINARIO URUS URU ITO	92
2.1.2.2.1.	Enfoques de interculturalidad, diferencial y de pertinencia cultural en las esferas de a) Medidas de Prevención – Vigilancia Comunitaria y b) Detección y manejo	92
2.1.2.2.2.	Eliminación de Estigmas y Estereotipos Negativos que puedan surgir sobre los pueblos indígenas en el contexto de pandemia del COVID-19	96
2.1.2.2.3.	Acceso a la información sobre la pandemia en los idiomas propios de los pueblos indígenas	96
2.1.2.2.4.	Participación de los pueblos indígenas e inclusión de sus instituciones y autoridades propias en la formulación e implementación de políticas públicas en los COEN, COED y COEM.....	96
2.1.2.2.5.	Medidas de protección social realizadas por el Estado en todos sus niveles para mitigar los efectos socioeconómicos	97
2.1.3.	PUEBLO INDÍGENA AYOREO	98

2.1.3.1. Enfoques de interculturalidad, diferencial y de pertinencia cultural en las esferas de a) Medidas de Prevención – Vigilancia Comunitaria y b) Detección y manejo	98
2.1.3.2. Eliminación de Estigmas y Estereotipos Negativos que puedan surgir sobre los pueblos indígenas en el contexto de pandemia del COVID-19	101
2.1.3.3. Acceso a la información sobre la pandemia en los idiomas propios de los pueblos indígenas	102
2.1.3.4. Participación de los pueblos indígenas e inclusión de sus instituciones y autoridades propias en la formulación e implementación de políticas públicas en los COEN, COED y COEM.....	102
2.1.3.5. Medidas de protección social realizadas por el Estado en todos sus niveles para mitigar los efectos socioeconómicos	103
2.1.4. PUEBLO INDÍGENA ESE EJJA	103
2.1.4.1. Enfoques de interculturalidad, diferencial, y de pertinencia cultural en las esferas de a) Medidas de Prevención – Vigilancia Comunitaria y b) Detección y manejo	104
2.1.4.2. Eliminación de Estigmas y Estereotipos Negativos que puedan surgir sobre los pueblos indígenas en el contexto de pandemia del COVID-19	107
2.1.4.3. Acceso a la información sobre la pandemia en los idiomas propios de los pueblos indígenas	108
2.1.4.4. Participación de los pueblos indígenas e inclusión de sus instituciones y autoridades propias en la formulación e implementación de políticas públicas en los COEN, COED y COEM	108
2.1.4.5. Medidas de protección social realizadas por el Estado en todos sus niveles para mitigar los efectos socioeconómicos	109
2.1.5. PUEBLO INDÍGENA YAMINAWA	109
2.1.5.1. Enfoques de interculturalidad, diferencial, y de pertinencia cultural en las esferas de a) Medidas de Prevención – Vigilancia Comunitaria y b) Detección y manejo	110
2.1.5.2. Eliminación de Estigmas y Estereotipos Negativos que puedan surgir sobre los pueblos indígenas en el contexto de pandemia del COVID-19	115
2.1.5.3. Acceso a la información sobre la pandemia en los idiomas propios de los pueblos indígenas	116
2.1.5.4. Participación de los pueblos indígenas e inclusión de sus instituciones y autoridades propias en la formulación e implementación de políticas públicas en los COEN, COED y COEM.....	116
2.1.5.5. Medidas de protección social realizadas por el Estado en todos sus niveles para mitigar los efectos socioeconómicos	116
2.1.6. PUEBLO INDÍGENA MACHINERI	118
2.1.6.1. Enfoques de interculturalidad, diferencial, y de pertinencia cultural en las esferas de a) Medidas de Prevención – Vigilancia Comunitaria y b) Detección y manejo	118
2.1.6.2. Eliminación de Estigmas y Estereotipos Negativos que puedan surgir sobre los pueblos indígenas en el contexto de pandemia del COVID-19	121
2.1.6.3. Acceso a la información sobre la pandemia en los idiomas propios de los pueblos indígenas	122

2.1.6.4. Participación de los pueblos indígenas e inclusión de sus instituciones y autoridades propias en la formulación e implementación de políticas públicas en los COEN, COED y COEM.....	122
2.1.6.5. Medidas de protección social realizadas por el Estado en todos sus niveles para mitigar los efectos socioeconómicos	122
2.1.7. PUEBLO INDÍGENA WEENHAYEK.....	123
2.1.7.1. Enfoques de interculturalidad, diferencial, y de pertinencia cultural en las esferas de a) Medidas de Prevención – Vigilancia Comunitaria y b) Detección y manejo	123
2.1.7.2. Eliminación de Estigmas y Estereotipos Negativos que puedan surgir sobre los pueblos indígenas en el contexto de pandemia del COVID- 19	128
2.1.7.3. Acceso a la información sobre la pandemia en los idiomas propios de los pueblos indígenas	129
2.1.7.4. Participación de los pueblos indígenas e inclusión de sus instituciones y autoridades propias en la formulación e implementación de políticas públicas en los COEN, COED y COEM.....	129
2.1.7.5. Medidas de protección social realizadas por el Estado en todos sus niveles para mitigar los efectos socioeconómicos	130
2.1.8. PUEBLO INDÍGENA TAPIETE	130
2.1.8.1. Enfoques de interculturalidad, diferencial, y de pertinencia cultural en las esferas de a) Medidas de Prevención – Vigilancia Comunitaria y b) Detección y manejo	131
2.1.8.2. Eliminación de Estigmas y Estereotipos Negativos que puedan surgir sobre los pueblos indígenas en el contexto de pandemia del COVID-19	134
2.1.8.3. Acceso a la información sobre la pandemia en los idiomas propios de los pueblos indígenas	134
2.1.8.4. Participación de los pueblos indígenas e inclusión de sus instituciones y autoridades propias en la formulación e implementación de políticas públicas en los COEN, COED y COEM.....	134
2.1.8.5. Medidas de protección social realizadas por el Estado en todos sus niveles para mitigar los efectos socioeconómicos	135
2.1.9. PUEBLO INDÍGENA ARAONA.....	135
2.1.9.1. Enfoques de interculturalidad, diferencial, y de pertinencia cultural en las esferas de a) Medidas de Prevención – Vigilancia Comunitaria y b) Detección y manejo	135
2.1.9.2. Eliminación de Estigmas y Estereotipos Negativos que puedan surgir sobre los pueblos indígenas en el contexto de pandemia del COVID-19	138
2.1.9.3. Acceso a la información sobre la pandemia en los idiomas propios de los pueblos indígenas	138
2.1.9.4. Participación de los pueblos indígenas e inclusión de sus instituciones y autoridades propias en la formulación e implementación de políticas públicas en los COEN, COED y COEM.....	139
2.1.9.5. Medidas de protección social realizadas por el Estado en todos sus niveles para mitigar los efectos socioeconómicos	139
2.2. LIMITACIÓN DE PROYECTOS EXTRACTIVOS DE EXPLOTACIÓN O DESARROLLO EN O ALREDEDOR DE LOS TERRITORIOS DE LOS PUEBLOS INDÍGENA ORIGINARIOS.....	140

2.3. PREVENCIÓN Y PROTECCIÓN DE PUEBLOS INDÍGENAS EN SITUACIÓN DE AISLAMIENTO Y NO CONTACTO	141
---	-----

QUINTA PARTE..... 145

ANÁLISIS..... 145

I. Naciones y Pueblos Indígena Originarios en situación de alta vulnerabilidad como sujetos de protección reforzada de parte del Estado.....	145
II. Medidas de protección de los derechos humanos de los pueblos indígenas insuficientes en el marco de la pandemia del COVID-19	146
2.1. Medidas estatales insuficientes para la prevención, detección y manejo del COVID -19 carentes de los enfoques intercultural, diferencial, y de pertinencia cultural	148
2.1.1. Escasas condiciones materiales para la prevención, detección y manejo del COVID -19 en pueblos indígenas.....	149
2.1.2. Falta de Políticas Públicas con enfoques Intercultural, Diferencial y pertinencia Cultural para el fortalecimiento y desarrollo de la Medicina Tradicional	152
2.1.3. Limitaciones y deficiencias en la prevención y Vigilancia Comunitaria en pueblos indígenas	153
2.2. Ausencia de políticas públicas para la eliminación de la discriminación, estigmas y estereotipos negativos que puedan surgir sobre los pueblos indígenas en el contexto de pandemia del COVID-19	155
2.3. Falta de documentos de identidad y de inscripción al Sistema Único de Salud.....	156
2.4. Derecho al acceso a la información sobre la pandemia en los idiomas propios	158
2.5. Limitada participación de los pueblos indígenas en los COEN, COED y COEM.....	160
2.6. Ausencia de medidas de protección social con enfoque diferencial, frente a los efectos socioeconómicos negativos del COVID-19 y del Estado	161
2.7. Ausencia de limitación de actividades extractivas de recursos renovables en o alrededor de territorios de los pueblos indígenas	164
2.8. Ausencia de medidas para la prevención y protección de pueblos indígenas en situación aislamiento y no contacto.....	165
III. CONCLUSIONES	166
IV. DETERMINACIONES DEFENSORIALES.....	168

1



DEFENSORÍA DEL PUEBLO
ESTADO PLURINACIONAL DE BOLIVIA

PRIMERA PARTE

ASPECTOS GENERALES



PRIMERA PARTE

ASPECTOS GENERALES

I. ANTECEDENTES

El 31 de diciembre de 2019, China informa de una serie de casos de neumonía en la ciudad de Wuhan, en la provincia de Hubei; el 30 de enero 2020, habiéndose vinculado la enfermedad al coronavirus, este hecho se constituye en una emergencia de salud pública de importancia internacional; y el 11 de marzo la Organización Mundial de la Salud (OMS) la cataloga como pandemia del coronavirus 2019 (COVID-19).

El 10 de marzo de 2020, se registran en Bolivia los dos primeros casos de COVID-19, en los departamentos de Oruro y Santa Cruz, hasta 31 de julio se tenía un total acumulado de casos confirmados de 76.789 y 2.977 fallecidos¹ y al 31 de agosto, 116.598 contagios y 5.027 fallecidos².

Posteriormente, en los meses siguientes Bolivia experimentó una disminución de contagios, no obstante, existe un rebrote del COVID-19 donde los contagios nuevamente están en ascenso en varios departamentos, aspecto que ubica nuevamente a los pueblos indígenas en una situación de indefensión y alta vulnerabilidad frente a la pandemia.

De acuerdo al CEJIS, para el 22 mayo de 2020, 46 territorios indígenas en Bolivia fueron registrados en riesgo de contagio por coronavirus, que según reporte del CPTA, 1.101 de estos casos se registraron en municipios cercanos a los territorios indígenas (TIOC) correspondientes a los departamentos de Beni, Santa Cruz, Tarija, Cochabamba y Chuquisaca³.

Al 4 de junio de 2020, el CEJIS registraba de 58 TIOC, 49 Territorios indígenas de tierras bajas (oriente, Chaco y Amazonía) que se encontraban amenazados por la presencia del COVID-19 en municipios cercanos o sobrepuestos, ubicados en los departamentos de La Paz (3), Cochabamba (3), Santa Cruz (19), Beni (16), Chuquisaca (5) y Tarija (3)⁴.

En ese contexto, en Bolivia se han desarrollado una serie de medidas para hacer frente al COVID-19; entre ellas, la emisión de la siguiente normativa:

- 1 Ministerio de Salud, reporte epidemiológico nacional N° 138; disponible en: <https://www.minsalud.gob.bo/4461-bolivia-acumula-76-789-contagios-y-2-977-fallecidos-con-coronavirus-hasta-en-mes-de-julio>
- 2 INLASA; <https://www.inlasa.gob.bo/2020/08/reporte-epidemiologico-31-de-agosto-de-2020/>
- 3 Centro de Estudios Jurídicos y Sociales "Aumentan los casos de COVID -19 y también los territorios indígenas amenazados por la pandemia", disponible en: <http://www.cejis.org/aumentan-los-casos-de-covid-19-y-tambien-los-territorios-indigenas-amenazados-por-la-pandemia/>
- 4 *Ibíd.*; Situación de los pueblos indígenas de tierras bajas de Bolivia frente al COVID – 19; disponible en <https://www.cejis.org/situacion-de-los-pueblos-indigenas-de-tierras-bajas-de-bolivia-frente-al-covid-19/>

- **Decreto Supremo N° 4196**, que declara emergencia sanitaria nacional y cuarentena (parcial) en todo el territorio nacional a partir del 17 de marzo de 2020.
- **Decreto Supremo N° 4199**, que declara cuarentena total desde las 00:00 horas del día domingo 22 de marzo y que limita la circulación de vehículos y el movimiento de personas.
- **Decreto Supremo N° 4200** que refuerza y fortalece las medidas en contra del contagio y propagación del coronavirus (COVID-19) en todo el territorio del Estado Plurinacional de Bolivia, a partir de las cero (0) horas del día jueves 26 de marzo de 2020 hasta el día miércoles 15 de abril de 2020 con suspensión de actividades públicas y privadas.
- **Decreto Supremo N° 4214** que amplía el plazo de la cuarentena total dispuesta por el Parágrafo I del Artículo 2 del Decreto Supremo N° 4200, de 25 de marzo de 2020, hasta el día jueves 30 de abril de 2020.
- **Decreto Supremo N° 4229** que amplía la cuarentena y establece la cuarentena condicionada y dinámica.
- **Decreto Supremo N° 4314**, que tiene por objeto establecer la transición de la cuarentena a la fase de posconfinamiento, estableciendo las medidas con vigilancia comunitaria activa de casos de coronavirus (COVID-19), a partir del 1 de septiembre de 2020.

En el ámbito internacional, la Comisión Interamericana de Derechos Humanos (CIDH), el 10 de abril de 2020 aprobó la Resolución N° 1/2020 sobre la Pandemia y Derechos Humanos en las Américas.

La Resolución N° 1/2020 de la CIDH destaca que la pandemia del COVID-19 puede afectar gravemente la plena vigencia de los derechos humanos de la población en virtud de los serios riesgos para la vida, salud e integridad personal que supone el COVID-19; así como sus impactos de inmediato, mediano y largo plazo sobre las sociedades en general, y sobre las personas y grupos en situación de especial vulnerabilidad⁵; aspecto que se refuerza tomando en cuenta que las Américas es la región más desigual del planeta, caracterizada por profundas brechas sociales en que la pobreza y la pobreza extrema constituyen un problema transversal a todos los Estados de la región y por la falta o precariedad en el acceso al agua potable y saneamiento; la inseguridad alimentaria, las situaciones de contaminación ambiental y la falta de viviendas o de hábitat adecuado. A lo que se suman altas tasas de informalidad laboral y de trabajo e ingresos precarios que afectan a un gran número de personas en la región y que hacen aún más preocupante el impacto socioeconómico del COVID-19⁶.

La Resolución N° 1/2020 de la CIDH contiene estándares y recomendaciones para que los Estados en la atención y contención de la pandemia tengan como aspecto medular el pleno respeto de los derechos humanos.

Asimismo, la Resolución N° 1/2020 de la CIDH, entre otros, remarca la obligación de los Estados a brindar y aplicar perspectivas interseccionales y prestar especial atención a las necesidades y al impacto diferenciado de dichas medidas en los derechos humanos de los grupos históricamente excluidos o en especial riesgo, entre los cuales están los pueblos indígenas.

Entre las recomendaciones están:

5 Resolución N° 1/2020 Pandemia y Derechos Humanos en las Américas (Adoptado por la CIDH el 10 de abril de 2020, página 3.

6 *Ibíd.*

Grupos en especial situación de vulnerabilidad

38. Considerar los enfoques diferenciados requeridos al momento de adoptar las medidas necesarias para garantizar los derechos de los grupos en situación de especial vulnerabilidad, al momento de adoptar medidas de atención, tratamiento y contención de la pandemia del COVID-19; así como para mitigar los impactos diferenciados que dichas medidas puedan generar.

39. Promover desde las más altas autoridades la eliminación de estigmas y estereotipos negativos que puedan surgir sobre ciertos grupos de personas a partir del contexto de pandemia.

Pueblos indígenas

“54. Proporcionar información sobre la pandemia de forma en su idioma tradicional, estableciendo cuando sea posible facilitadores interculturales que les permita comprender de manera clara las medidas adoptadas por el Estado y los efectos de la pandemia.” (Sic)

55. Respetar de forma irrestricta el no contacto con los pueblos y segmentos de pueblos indígenas en aislamiento voluntario, dados los gravísimos impactos que el contagio del virus podría representar para su subsistencia y sobrevivencia como pueblo.

56. Extremar las medidas de protección de los derechos humanos de los pueblos indígenas en el marco de la pandemia del COVID-19, tomando en consideración que estos colectivos tienen derecho a recibir una atención de salud **con pertinencia cultural,** que tome en cuenta los cuidados preventivos, las prácticas curativas y las medicinas tradicionales.

57. Abstenerse de promover iniciativas legislativas y/o avances en la implementación de proyectos productivos y/o extractivos en los territorios de los pueblos indígenas durante el tiempo en que dure la pandemia, en virtud de la imposibilidad de llevar **adelante los procesos de consulta previa,** libre e informada (debido a la recomendación de la OMS de adoptar medidas de distanciamiento social) dispuestos en el Convenio 169 de la OIT y otros instrumentos internacionales y nacionales relevantes en la materia.

Además de esto, la CIDH, mediante comunicado de 6 de mayo de 2020, retomando las consideraciones de la Resolución Nro. 1/2020 y las recomendaciones 54 a 57, adiciona las siguientes:

1. Garantizar el derecho a la salud de los pueblos indígenas en el contexto de la pandemia del COVID-19, **desde los enfoques de interculturalidad, género y solidaridad intergeneracional;** tomando en cuenta los cuidados preventivos, las prácticas curativas y las medicinas tradicionales, con especial atención a la situación de los grupos en situación de mayor vulnerabilidad en relación con la pandemia, especialmente personas mayores y/o con condiciones preexistentes, en áreas distantes a centros de salud;

2. Asegurar la participación de los pueblos indígenas, mediante la inclusión de sus entidades representativas, líderes/as y autoridades tradicionales, en la formulación e implementación de políticas públicas orientadas a la prevención y atención médica de esta población.

3. Adoptar medidas, incluyendo políticas sociales, orientadas a mitigar los efectos socioeconómicos que las acciones sanitarias que se implementen para la prevención y atención de la salud en el marco de la pandemia de COVID-19, puedan causar en las formas de vida y el sustento económico de los pueblos indígenas, respetando el principio de igualdad y no discriminación;

4. Abstenerse, en el marco de la pandemia del COVID-19, de promover iniciativas legislativas y/o autorizar proyectos extractivos, de explotación o desarrollo en o alrededor de los territorios de los pueblos indígenas, en virtud de la imposibilidad de llevar adelante los procesos de consulta previa, libre e informada (debido a la recomendación de la OMS de adoptar medidas de distanciamiento social) de conformidad con los estándares internacionales aplicables;

5. Extremar las medidas de protección de los derechos humanos de los pueblos indígenas en situación de aislamiento voluntario y contacto inicial en el marco de la pandemia del COVID-19, procurando especialmente resguardar su salud y sus formas de vida, de acuerdo a su autodeterminación y a los principios que rigen la actuación estatal en relación con estos grupos.

Ahora bien, en el caso boliviano, las recomendaciones emitidas por la CIDH cobran mayor relevancia para el Estado en virtud de la existencia de pueblos indígenas en situación de alta vulnerabilidad, los cuales respecto a la pandemia del COVID-19 estarían en riesgo de extinción física y cultural, como los siguientes: Weenhayek, Ayoreo, Cavineño, Mosestén, Cayubaba, Chacobo, Baure, Ese Ejja, Canichana, Sirionó, Yaminawa, Machineri, Yuki (Mbya), Moré, Araona, Tapieté, Pacahuara, Guarasugwe y Uru; pueblos indígenas en situación de aislamiento voluntario y no contactados de los segmentos Toromona, Araona, Ese Ejja, Yuqui, Ayoreo y Pacahuara.

II. JUSTIFICACIÓN

Como ha señalado la CIDH en su Resolución N° 1/2020, enfrentar al COVID-19 para los Estados supone una serie de desafíos, tanto en términos de políticas y medidas sanitarias, como en capacidades económicas, que permitan poner en marcha medidas de atención y contención que resultan urgentes y necesarias para proteger efectivamente a sus poblaciones, acorde al Derecho Internacional de los Derechos Humanos.

Además, que la acción de los Estados contra el COVID-19 genera impactos diferenciados e interseccionales sobre la realización de los derechos económicos, sociales, culturales y ambientales (DESCA) para ciertos colectivos y poblaciones en especial situación de vulnerabilidad; principalmente el derecho a la vida, la salud e integridad personal se ven seriamente afectados conjuntamente al derecho al trabajo, a la seguridad social, a la educación, a la alimentación adecuada, al agua y a la vivienda, entre otros.

En el caso de los pueblos indígenas, estas afectaciones pueden enfatizarse más aún, tomando en cuenta la histórica discriminación que han sufrido y que se ha traducido en una vulneración estructural y sistemática de sus derechos humanos, especialmente los DESCAs; por lo que la CIDH ha manifestado que en el contexto de la pandemia del COVID-19, los pueblos indígenas tienen derecho en forma colectiva e individual al disfrute del más alto nivel posible de salud física, mental y espiritual⁷; consiguientemente, se debe poner en consulta y coordinación con los pueblos indígenas, la promoción de sistemas o prácticas interculturales en los servicios médicos y sanitarios que se provean en las comunidades indígenas, incluyendo la formación de técnicos y

7 La CIDH señala que es necesario que se formulen e implementen políticas públicas que garanticen el derecho a la salud de los pueblos indígenas, incluyendo la accesibilidad de los servicios y la disponibilidad de insumos (incluyendo exámenes para el diagnóstico del COVID-19); la elaboración e implementación de protocolos de prevención y contingencia especializados y culturalmente apropiados, que incluyen el diseño de estrategias de capacitación destinadas a los/as agentes de salud indígena (como cuidadores/as y curanderos/as tradicionales), y que se les brinden los elementos necesarios para su protección (máscaras, guantes, desinfectantes, entre otros); así como la adecuación cultural de la atención médica, que deberá respetar las cosmovisiones de estas comunidades. Estas políticas públicas deben incorporar los principios fundamentales del enfoque de derechos humanos, como los de participación social, igualdad y no discriminación.

profesionales indígenas de salud. La CIDH, con base en el derecho de autodeterminación, enfatiza, entre otros, en la obligación de incluir a representantes, líderes/as y autoridades tradicionales en la organización de las respuestas y en la implementación de las medidas, en el marco de la pandemia.

Por lo expuesto, en el marco del mandato constitucional de velar por la defensa, vigencia y ejercicio de los derechos humanos, la Defensoría del Pueblo ha visto como prioridad realizar una investigación defensorial a objeto de evidenciar el cumplimiento de estándares y recomendaciones de la Comisión Interamericana de Derechos Humanos (CIDH), sobre medidas adoptadas en la atención y contención de la pandemia en territorio de las naciones y pueblos indígena originario Uru, Yuqui, Ayoreo, Ese Ejja, Yaminawa, Machineri, Weenhayek, Tapiete, Toromona y Araona.

III. OBJETIVOS Y ALCANCES

3.1. OBJETIVOS

3.1.1. Objetivo General

- Determinar el grado de cumplimiento de las recomendaciones de la Resolución N° 1/2020 sobre la Pandemia y Derechos Humanos en las Américas y sus complementaciones, emitida por la Comisión Interamericana de Derechos Humanos (CIDH) en cuanto a la protección de las naciones y pueblos indígena originario Uru, Yuqui, Ayoreo, Ese Ejja, Yaminawa, Machineri, Weenhayek, Tapiete, Toromona y Araona para contribuir en su atención y protección efectiva.

3.1.2. Objetivos Específicos

- Determinar si las medidas de prevención, detección y manejo de pacientes indígenas con COVID-19, desarrolladas por el Estado en todos sus niveles, consideró los enfoques de: interculturalidad, diferencial y de pertinencia cultural.
- Determinar las acciones realizadas por las autoridades nacionales y departamentales para eliminar estigmas y estereotipos negativos que puedan surgir sobre los pueblos indígenas en el contexto de pandemia del COVID-19.
- Identificar las acciones realizadas por el Estado en el nivel central, departamental y municipal para facilitar información sobre la pandemia en los idiomas propios de los pueblos indígenas.
- Determinar las acciones desarrolladas por el Estado en el nivel central, departamental y municipal, para garantizar de forma irrestricta el no contacto con los pueblos y segmentos de pueblos indígenas en aislamiento voluntario y no contactados.
- Establecer las medidas desarrolladas por el Estado en todos sus niveles, para asegurar la participación de los pueblos indígenas, mediante la inclusión de sus instituciones y autoridades propias en la formulación e implementación de políticas públicas orientadas a la prevención y atención frente al COVID-19.
- Determinar las acciones realizadas por el Estado en todos sus niveles para mitigar los efectos socioeconómicos, causadas por las medidas sanitarias y de cuarentena por el COVID-19.
- Identificar, en el contexto de la pandemia, las acciones desarrolladas por el Estado para limitar los proyectos extractivos de explotación o desarrollo en o alrededor de los territorios de los pueblos indígenas, ante la imposibilidad de llevar adelante procesos de consulta previa, libre e informada.

3.2. ALCANCE

La investigación fue realizada a nivel nacional, considerando a los pueblos indígenas originarios altamente vulnerables: Uru, Yuqui, Ayoreo, Ese Ejja, Yaminawa, Machineri, Weenhayek, Tapiete, Toromona y Araona; los cuales forman parte de los pueblos indígenas que se encuentran en situación de alto riesgo de extinción física y cultural, por las condiciones de asimetría estructural con las sociedades mayoritarias.

3.2.1. Territorial

Pueblo Indígena - Originario	Nivel Departamental	Nivel Municipal	Comunidad	Delegación y Coordinación Regional de la Defensoría del Pueblo
YUQUI	Cochabamba	Puerto Villarroel Chimoré	1) Vía Recuate Pachinu	Cochabamba - Chapare
URUS	Oruro	Popoó	2) Puñaca Tinta María	Oruro
	La Paz	Jesús de Machaca	3) Comunidad Irohito Urus	El Alto - Desaguadero
AYOREO	Santa Cruz	Roboré	4) Tobité	Santa Cruz- Puerto Suárez
ESE EJJA	La Paz	San Buenaventura	5) Eiyokuibo	La Paz – Oficina Nacional
YAMINAWA	Pando	Bolpebra	6) Puerto Yaminawa	Pando
MACHINERI	Pando	Bolpebra	7) San Miguel	Pando
WEENHAYEK	Tarija	Yacuiba	9) Crevaux	Tarija – Yacuiba
		Villa Montes	10) (B. Avaroa)	
TAPIETE	Tarija	Villa Montes	11) Samaguete	Tarija – Yacuiba
TOROMONA (No Contactado)	La Paz	Ixiamas	Parque Nacional y Área Natural de Manejo Integrado Madidi	Oficina Nacional - Sin ingreso
ARAONA	La Paz	Ixiamas	12) Puerto Araona - Río Manupare	La Paz – Oficina Nacional

3.2.2. Competencial

La presente investigación defensorial contempla los siguientes ámbitos de intervención de acuerdo a cada objetivo planteado.

Ámbito	Nivel Nacional	Nivel Departamental	Nivel Municipal
Adopción de medidas de prevención, detección y manejo de pacientes indígenas con COVID-19	Ministerio de Salud (MS)	Servicio Departamental de Salud (Sedes)	Máxima Autoridad Ejecutiva (MAE) Mesa Municipal de Salud Consejo Social Municipal de Salud

Eliminación de estigmas y estereotipos negativos	Ministerio de Culturas Descolonización y Despatrilialización – Viceministerio de Descolonización (VD)	Comité departamental de lucha contra el racismo y toda forma de discriminación	Máxima Autoridad Ejecutiva (MAE) Mesa Municipal de Salud Consejo Social Municipal de Salud Dirección de Comunicación Social
Brindar información sobre la pandemia en los idiomas propios de los pueblos indígenas	Ministerio de la Presidencia (MP) Ministerio de Salud (MS)	Dirección de Comunicación Social Servicio Departamental de Salud (SEDES)	Máxima Autoridad Ejecutiva (MAE) Mesa Municipal de Salud Consejo Social Municipal de Salud Dirección de Comunicación Social
Prevención y protección de pueblos indígenas en situación de aislamiento voluntario y no contactados	Ministerio de Justicia y Transparencia Institucional (MJyTI) Ministerio de Medio Ambiente y Agua (MMAyA) Servicio Nacional de Áreas Protegidas (SER-NAP)	Ninguna	Ninguna
Participación e inclusión de las instituciones y autoridades propias de los pueblos indígenas en la formulación e implementación de políticas públicas orientadas a la prevención y atención frente al COVID-19	Consejo Nacional para la Reducción de Riesgos y Atención de Desastres y/o Emergencias (CONARADE)	Comités Departamentales de Reducción de Riesgo y Atención de Desastres (CODERADE)	Comités Municipales de Reducción de Riesgo y Atención de Desastres – (COMURADE) Mesa Municipal de Salud Consejo Social Municipal de Salud
Mitigación de los efectos socioeconómicos que las tareas sanitarias que se implementen para la prevención y atención de la salud en el marco de la pandemia del COVID-19, puedan provocar	Consejo Nacional para la Reducción de Riesgos y Atención de Desastres y/o Emergencias (CONARADE)	Comités Departamentales de Reducción de Riesgo y Atención de Desastres (CODERADE)	Comités Municipales de Reducción de Riesgo y Atención de Desastres – (COMURADE)

Limitar los proyectos extractivos de explotación o desarrollo en o alrededor de los territorios de los pueblos indígenas, ante la imposibilidad de llevar adelante procesos de consulta previa, libre e informada	Ministerio de Minería y Metalurgia (MMyM) Autoridad Jurisdiccional Minera (AJAM) Ministerio de Hidrocarburos (MH)	Ninguna	Ninguna
--	--	---------	---------

IV. MECANISMOS DE INTERVENCIÓN

4.1. REQUERIMIENTO DE INFORMACIÓN ESCRITA

Para el relevamiento de información se utilizaron requerimientos de informe escrito, dirigidos a autoridades nacionales, departamentales y municipales, según el siguiente detalle:

Nivel central

- Ministerio de Salud (MS)
- Ministerio de la Presidencia (MP) – Viceministerio de Comunicación (VC)
- Ministerio de Justicia y Transparencia Institucional (MJyTI)
- Ministerio de Medio Ambiente y Agua (MMAyA)
- Servicio Nacional de Áreas Protegidas (SERNAP)
- Consejo Nacional para la Reducción de Riesgos y Atención de Desastres y/o Emergencias (CONARADE)
- Ministerio de Minería y Metalurgia (MMyM)
- Autoridad Jurisdiccional Minera (AJAM)
- Ministerio de Hidrocarburos (MH)

A la fecha de la culminación del presente informe, pese a las comunicaciones reiterativas, no fueron respondidas las solicitudes efectuadas al Ministerio de la Presidencia, Consejo Nacional para la Reducción de Riesgos y Atención de Desastres y/o Emergencias y Ministerio de Hidrocarburos.

Nivel departamental

- Servicios Departamentales de Salud (SEDES) de La Paz, Oruro, Cochabamba, Santa Cruz, Pando y Tarija.

Nivel municipal

- Comités Municipales de Reducción de Riesgo y Atención de Desastres – (**COMURADE**) de Popoó, Jesús de Machaca, Roboré, San Buenaventura, Bolpebra, Yacuiba, Villamontes, Chimoré, Puerto Villarroel e Ixiamas.

4.2. VERIFICACIÓN DEFENSORIAL

Las Delegaciones Defensoriales Departamentales de Oruro, Cochabamba, Santa Cruz y Pando y las Coordinaciones Regionales de Chapare, Desaguadero, Puerto Suárez, Yungas y Yacuiba, realizaron verificaciones defensoriales *in situ* y mediante el uso TIC's en los establecimientos de salud del nivel municipal que prestan servicios a los pueblos indígenas Yuqui, Uru, Ayoreo, Ese Eja, Yaminawa, Machineri, Weenhayek, Tapiete y Araona, conforme el siguiente detalle:

Pueblo Indígena - Originario	Delegación Defensorial Departamental- Coordinación Regional	Establecimiento de Salud
YUQUI	Cochabamba - CR Chapare	Puesto de Salud Bia Recuate
URU	Oruro	Centro de Salud con Internación San Juan de Dios
	La Paz – CR Desaguadero	Centro de Salud Ambulatorio Jankohaque (Janq'u Jaq'i)
AYOREO	Santa Cruz – CR Puerto Suárez	Centro de Salud Ambulatorio – “Santa Lucía”
ESE EJJA	La Paz – CR Yungas	Centro de Salud Integral San Buenaventura
YAMINAWA	Pando	Puesto de Salud Integral del municipio de Bolpebra
MACHINERI	Pando	
WEEN-HAYEK	Tarija– CR Yacuiba	Centro de Salud Ambulatorio “La Misión”.
		Centro de Salud con Internación “Crevaux”
TAPIETE	Tarija CR Yacuiba	Centro de Salud Ambulatorio – Consultorio Vecinal Samaiguate
ARAONA	La Paz – CR Yungas	Puesto de Salud Manurimi

La Verificación Defensorial fue desarrollada conforme a una guía con la finalidad de recolectar datos sobre las características principales para la prevención, detección y manejo de pacientes del COVID -19, en los establecimientos de salud.

4.3. ENTREVISTAS SEMIESTRUCTURADAS

A través de una guía de entrevistas semiestructuradas, la intervención contempló entrevistas conforme al siguiente detalle:

CANTIDAD	DIRIGIDA
11 entrevistas	Efectuadas a autoridades indígenas de la comunidad
10 entrevistas	Efectuadas a i) máximas autoridades del Sedes y/o director, o encargado de medicina tradicional del Sedes y/o ii) responsables de los servicio de salud que prestan atención al pueblo indígena
10 entrevistas	Efectuadas a la MAE del municipio o funcionario municipal delegado

Las entrevistas semiestructuradas abarcaron los ámbitos: datos generales, acceso a servicios de salud, prevención –vigilancia comunitaria– detección y manejo, eliminación de estigmas y estereotipos negativos, acceso a la información, prevención y protección de Pueblos Indígenas en situación de no contacto, participación en el COEN, COED y COEM, medidas de protección social y limitación de proyectos extractivos.

4.4. REVISIÓN DOCUMENTAL

Se efectuó una revisión de informes, notas de prensa, pronunciamientos u otros documentos relativos al objetivo de intervención.

2



DEFENSORÍA DEL PUEBLO
ESTADO PLURINACIONAL DE BOLIVIA

SEGUNDA PARTE

MARCO CONCEPTUAL



SEGUNDA PARTE

MARCO CONCEPTUAL

I. DEFINICIONES

1.1. NACIONES Y PUEBLOS INDÍGENA ORIGINARIO CAMPESINOS

El concepto de Naciones y Pueblos Indígena Originario Campesinos se define en la Constitución Política del Estado (CPE), en el Artículo 30, como: "(...) toda la colectividad humana que comparta identidad cultural, idioma, tradición histórica, instituciones, territorialidad y cosmovisión, cuya existencia es anterior a la invasión colonial española"; concordante con el Artículo 2, que reconoce: "(...) la existencia precolonial de las naciones y pueblos indígena originario campesinos y su dominio ancestral sobre sus territorios, se garantiza su libre determinación en el marco de la unidad del Estado (...)".

Asimismo, la Ley N° 031 Marco de Autonomías y Descentralización "Andrés Bólvarez", en su Artículo 6, Parágrafo III, define a las Naciones y Pueblos Indígena Originario Campesinos como: "(...) pueblos y naciones que existen con anterioridad a la invasión o colonización, constituyen una unidad sociopolítica, históricamente desarrollada, con organización, cultura, instituciones, derecho, ritualidad, religión, idioma y otras características comunes e integradas. Se encuentran asentados en un territorio ancestral determinado y mediante sus instituciones propias, en tierras altas son los suyus conformados por markas, ayllus y otras formas de organización, y en tierras bajas con las características propias de cada pueblo indígena, de acuerdo a lo establecido en el Artículo 2, el Parágrafo I del Artículo 30 y el Artículo 32 de la Constitución Política del Estado".

La CPE, en su Artículo 31, señala: "Las naciones y pueblos indígena originarios en peligro de extinción, en situación de aislamiento voluntario y no contactados, serán protegidos y respetados en sus formas de vida individual y colectiva. Igualmente que las naciones y pueblos indígenas en aislamiento y no contactados gozan del derecho a mantenerse en esa condición, a la delimitación y consolidación legal del territorio que ocupan y habitan".

En ese sentido, de manera específica el Artículo 31 de la CPE reconoce a:

- Las naciones y pueblos indígena originarios en peligro de extinción.
- Las naciones y pueblos indígena originarios en situación de aislamiento voluntario.
- Las naciones y pueblos indígena originarios no contactados.

1.1.1. Naciones y Pueblos Indígena Originarios en Situación de Alta Vulnerabilidad

En el caso boliviano, los Artículos 1 y 2 de la Ley N° 450 establecen que las naciones y pueblos indígena originarios en situación de alta vulnerabilidad son aquellos cuya sobrevivencia física y cultural está extremadamente amenazada.

En Bolivia, varios pueblos indígena originarios se encuentran en una situación de alta vulnerabilidad, tanto en términos de supervivencia física como cultural, éstos son:

PUEBLO INDÍGENA ORIGINARIO	DEPARTAMENTO	PROVINCIA	MUNICIPIO	COMUNIDAD
1-Araona	La Paz	Iturralde	Ixiamas	-Puerto Araona Río Manupare Río Manurimi
2-Ese Ejja	La Paz	Iturralde	San Buenaventura	-Eiyoquibo Río Beni
3-Mosetene	La Paz	Sud Yungas	Palos Blancos	-Muchanes -Poponado -Inicua Río Beni
4-Tsimane / Mosetenes	La Paz / Beni	Franz Tamayo / Ballivián	Apolo / Rurrenabaque	-Asunción, -San Luis Río Quiquibey
5-Yaminawa	Pando	Nicolás Suárez	Bolpebra	-PuertoYaminawa Río Acre
6-Machineri	Pando	Nicolás Suárez	Bolpebra	-San Miguel Río Acre
7. Moré	Beni	Mamoré	Puerto Siles	-Monte Azul -Vuelta Grande Ríos Mamoré e Iténez
8-Chacobo	Beni	Vaca Díez	Riberalta	-Alto Ivon Río Ivon
9-Pacahuara	Beni	Vaca Díez	Riberalta	-Tujuré Arroyo Tujuré
10-Ayoreo	Santa Cruz	Germán Busch	Puerto Suárez	-Rincón del Tigre - Guaje
11-Canichana	Beni	Cercado	San Javier	-S.Pedro Nuevo
12-Cayubaba	Beni	Yacuma	Exaltación	-Piraquinal Lago Rogoaguado
13-Itonama	Beni	Iténez	Magdalena	-Orobayaya Río Blanco

14-Yuracaré -Mojeño Trinitario -Tsimanes	Beni	Mojos	San Ignacio de Mojos	-TIPNIS 58 comunidades -Ríos Isiboro, Ichoa, Sézure
15-Tsimane	Beni	Ballivián	San Borja	-Patsene, Emey Cosincho, Vuñi -Río Maniqui Alto San Antonio, Chaco Brasil -Río Maniqui Bajo
16-Mbya Yuqui	Cochabamba	Carrasco	Puerto Villarroel	-Mbya Recuaté Río Chimoré
17-Guarayos	Santa Cruz	Guarayos	Urubichá	-Yaguarú Ríos Blanco y Negro
18-Ayoreode	Santa Cruz	Chiquitos	Roboré	-Tobité Línea ferrocarril Santa Cruz - Corumbá
19-Weenhayek	Tarija	Gran Chaco	Yacuiba Villa Montes	-Crevaux Río Pilcomayo -Viscacheral
20-Tapiete	Tarija	Gran Chaco	Villa Montes	-Samaguete Río Pilcomayo
21-Uru	Oruro La Paz	Sebastián Pagador Eduardo Abaroa Poopó Ingavi	Huari Challapata Poopó Jesús de Machaca	Villa Ñeque Llapa Llapani Puñaca Tinta María Comunidad Irohito Urus

Fuente: Compendio de etnias indígenas y Ecorregiones

Los pueblos indígenas en situación de aislamiento voluntario o no contactados, se resumen en el siguiente cuadro:

Pueblo Indígena	UBICACIÓN			
	Departamento	Provincia	Área	Fuente
Toromona (Aislado)	La Paz	Iturralde	-Parque Nacional y Área Natural de Manejo Integrado Madidi (PNANMIM): -Ríos Heath, Colorado y Enhajehua: Zona de Reserva Absoluta Toromona. Municipio de Ixiamas.	-Cingolani -Díez Astete -WCS
Araona II			-Río Manurimi, cerca del Alto Manupare. Municipio de Ixiamas.	-Michaël Brohan
Ese Ejja			-Río Heath: Zona de frontera binacional Perú-Bolivia. Localidad Sonene (Perú) y margen derecha del Río Heath (Bolivia). Municipio de Ixiamas.	FENAMAD -CPILAP -CIPTA -Alexiades
Mosetene		Franz Tamayo	-Territorio Indígena y Reserva de la Biosfera Pilon Lajas (TIRB-PL). Río Pariquia, afluente del río Quiquibey. Municipio de Apolo.	-CPILAP -OPIM
		Sud Yungas	-Río Beni, Puesto Poponado y Muchanes Municipio de Palos Blancos	
Tsimane		Franz Tamayo	-TIRB-PL. Río San Luis, afluente del río Quiquibey. Localidad San Luis y familias dispersas. Municipio de Apolo.	-CPILAP -OPIM -CRTMPL
Ayoreo (Aislado)	Santa Cruz	Cordillera	-Parque Nacional y Área Natural de Manejo Integrado Kaa Iya del Gran Chaco (PNKI) Municipio de Charagua.	-CIDOB -CABI Fischermann
Chácobo (Aislado)	Beni	Vaca Díez	-TCO Chácobo-Pacahuara, Río Yata, Sureste; Municipio de Riberalta	-CIDOB -Rabi Ortiz -CIRABO
Tsimane	Beni	Ballivián	-Al sur de la TCO Tsimane, en el Maniqui Arriba sobre el río Patsene, entre los ríos Cosincho y Chimanes.	GCT

Yuracaré	Cochabamba	Carrasco	-Parque Nacional Carrasco (PNC) Río Chapare. Municipio de Chimoré.	-CPITCO -V.Hirtzel
Yuqui (Aislado)	Cochabamba	Carrasco	TCO Yuqui, Río Usehuta. Municipio de Puerto Villarroel	-CPITCO Fischermann -Díez Astete
Pacahuara (Aislado – Extinguido)	Pando	Federico Román	Arroyo Cuyuvín, afluente del Río Negro Cantón Río Negro, Municipio Nueva Manoa	-Díez Astete -Cingolani

Fuente: Compendio de etnias indígenas y Ecorregiones

1.2. SITUACIONES DE ALTA VULNERABILIDAD

La definición en el proyecto de Decreto Supremo reglamentario a la Ley N° 450 es la siguiente: "Son las diferentes situaciones internas, externas, o ambas, que ponen en peligro sus sistemas de vida, y su sobrevivencia física y cultural de una nación o pueblo indígena originario, o segmento de ellos, llevándolos a reducción demográfica, al genocidio o desaparición de sus prácticas culturales, fragmentando sus factores de reproducción y regeneración de patrones culturales o manteniéndolos en condición de extrema pobreza"⁸.

Las situaciones de alta vulnerabilidad establecidas en la Ley N° 450 son: el peligro de extinción, aislamiento voluntario, aislamiento forzado, no contactados, en contacto inicial, la forma de vida transfronteriza, además de otras situaciones de alta vulnerabilidad que sean identificadas por la instancia estatal competente.

Asimismo, Cingolani, Díez y Soliz, al respecto, señalan: "los pueblos que se encuentran en extrema vulnerabilidad son aquellos que están sobreviviendo en la situación de soportar la mayoría de las graves carencias y amenazas, hacia su subsistencia, y su existencia toda, que los han puesto al borde de la extinción biológica o sociocultural"⁹.

El Artículo 13 de la Ley N° 450 señala que las situaciones de alta vulnerabilidad comprenden desfavorables tendencias demográficas al crecimiento poblacional; limitación de acceso a los principales componentes de su alimentación; creciente población sin acceso a servicios básicos, salud y educación; situaciones permanentes y sistemáticas de intolerancia, racismo y discriminación, entre otras que puedan ser determinadas.

Algunas definiciones

A continuación, se presenta algunas definiciones relevantes a la investigación defensorial.

- **Aislamiento voluntario**

"Son estrategias de sobrevivencia de naciones y pueblos indígena originarios, o segmentos de ellos, que se encuentren en situación de alta vulnerabilidad, para no desarrollar relaciones sociales sostenidas con la población mayoritaria; o habiéndolo hecho optan por discontinuarlas."¹⁰

8 Definición tomada del Proyecto de Reglamento a la Ley N° 450, página 1.

9 Pablo Cingolani, Alvaro Díez Astete y Ricardo Soliz, "Conceptos fundamentales sobre pueblos indígenas aislados, en contacto inicial y en situación de extrema vulnerabilidad", FOBOMADE, 2011- Expedición Madidi, 2011, página 17.

10 Definición tomada del Proyecto de Reglamento a la Ley N° 450, p. 1.

- **No contactados**

“Son circunstancias por las cuales las naciones y pueblos indígena originarios, o segmentos de ellos, que se encuentren en situación de alta vulnerabilidad, no han establecido contacto con la población mayoritaria, teniéndose conocimiento de su existencia por medio de la historia oral y vestigios que dejan en su recorrido.”¹¹

- **Alta Vulnerabilidad**

“Son las diferentes situaciones internas, externas, o ambas, que ponen en peligro sus sistemas de vida, y su sobrevivencia física y cultural de una nación o pueblo indígena originario, o segmento de ellos, llevándolos a reducción demográfica, al genocidio o desaparición de sus prácticas culturales, fragmentando sus factores de reproducción y regeneración de patrones culturales o manteniéndolos en condición de extrema pobreza.”¹²

- **Peligro de extinción**

“Son circunstancias históricas, estructurales, políticas, ambientales, entre otras, que conllevan riesgo inminente a la existencia física y cultural, de las naciones y pueblos indígena originarios, o segmentos de ellos, que se encuentren en situación de alta vulnerabilidad.”¹³

- **Características de las naciones y pueblos indígena originarios en situación de aislamiento y no contactados**

Las Directrices de Protección para los Pueblos Indígenas en Aislamiento y en Contacto Inicial¹⁴ (DPPIACI), respecto a las características generales y comunes a los pueblos no contactados y en contacto inicial, señalan que:

- a) “Son pueblos altamente integrados en los ecosistemas en los que habitan y de los cuales forman parte, manteniendo una estrecha relación de interdependencia con el medio ambiente en el que desarrollan sus vidas y su cultura. Poseen un profundo conocimiento de su medio ambiente lo que les permite vivir de manera autosuficiente generación tras generación, razón por la cual el mantenimiento de sus territorios es de vital importancia para todos ellos.
- b) Son pueblos que no conocen el funcionamiento de la sociedad mayoritaria, y que por lo tanto se encuentran en una situación de indefensión y extrema vulnerabilidad ante los diversos actores que tratan de acercarse a ellos (...).
- c) Son pueblos altamente vulnerables, que en la mayoría de los casos se encuentran en grave peligro de extinción. Su extremada vulnerabilidad se agrava ante las amenazas y agresiones que sufren sus territorios que ponen en peligro directamente el mantenimiento de sus culturas y de sus formas de vida, debido a que generalmente, los procesos de contacto vienen acompañados de impactos drásticos en sus territorios que alteran irremediamente sus relaciones con su medio ambiente y modifican, a menudo radicalmente, las formas de vida y las prácticas culturales de estos pueblos. La

11 Ibid.

12 Definición tomada del Proyecto de Reglamento a la Ley N° 450, p. 1.

13 Ibid.

14 Las directrices tienen como objetivo servir como guía de referencia para los diferentes actores que trabajan con pueblos indígenas en aislamiento y en contacto inicial en América del Sur. Estas directrices pretenden ser un instrumento que ayude a una mejor contextualización del derecho internacional de los derechos humanos para proteger a estos pueblos ante su situación de extremada vulnerabilidad y el elevado riesgo de desaparición a que están expuestos. Se encuentra disponible en: <http://acnudh.org/wp-content/uploads/2012/03/Final-version-Guidelines-on-isolated-indigenous-peoples-february-2012.pdf>

vulnerabilidad se agrava, aún más, ante las violaciones de derechos humanos que sufren habitualmente por actores que buscan explotar los recursos naturales presentes en sus territorios y ante la impunidad que generalmente rodea a las agresiones que sufren estos pueblos y sus ecosistemas.”

Asimismo, las DPPIACI al hacer una distinción entre los pueblos en aislamiento voluntario y los que nunca tuvieron contacto con la población mayoritaria, señalan: “el nivel de vulnerabilidad de los grupos que no han sido nunca contactados es mayor al de aquéllos que si bien han desarrollado relaciones sociales con la sociedad mayoritaria, han decidido volver a su situación de aislamiento. Asimismo, y por dicha razón, la necesidad de protección es mayor en el caso de los no contactados”¹⁵.

Pruebas de existencia

Las DPPIACI, respecto a este punto, señalan:

“En aquellas situaciones en las que se requiera identificar la existencia de estos pueblos, como por ejemplo la demarcación de tierras o la delimitación de zonas de amortiguamiento, las únicas acciones que deben ser emprendidas para su identificación son las acciones indirectas. Los Estados deberán realizar estudios previos de reconocimiento, que incluirán un análisis antropológico que contenga estudios sobre la tradición oral en la zona de influencia, las relaciones de parentesco con posibles comunidades cercanas y las evidencias físicas con un período de registro no mayor de tres años encontradas por un equipo técnico de trabajo de campo que sustenten la existencia de un pueblo en situación de aislamiento o en situación de contacto inicial. Asimismo, el estudio previo de reconocimiento debe identificar al pueblo e indicar un estimado de su población y de las tierras que habitan. Para la realización de estos estudios previos de reconocimiento, los Estados deberán contar con la participación de las organizaciones indígenas nacionales y regionales y locales y de las organizaciones de la sociedad civil que trabajan por la protección de los pueblos en aislamiento. El principio de no contacto ha de ser siempre asumido como una condición fundamental al realizar estas acciones.

El no contacto no deberá ser en ningún caso considerado como prueba de la inexistencia de estos pueblos”¹⁶.

1.2.1. Pueblo Indígena Yuqui

El pueblo indígena Yuqui, antes de su contacto con las sociedades mayoritarias, vivía en sus bosques sin las restricciones impuestas por su traslado forzado; la caza, la pesca y la recolección (principalmente de miel) eran el eje central de su vida: actualmente tendría menos acceso a esos recursos de sobrevivencia tradicionales¹⁷. Los contactos directos con los Yuqui datan de 1967¹⁸, 1986¹⁹ y 1989²⁰ por la Misión Nuevas Tribus.

15 Directrices de Protección para los Pueblos Indígenas en Aislamiento y En Contacto Inicial de la Región Amazónica, El Gran Chaco y La Región Oriental De Paraguay, Pág. 5.

16 *Ibid.*, Pág. 6.

17 Álvaro Díez Astete; “Compendio de etnias indígenas y ecorregiones Amazonía, Oriente y Chaco”; página 308.

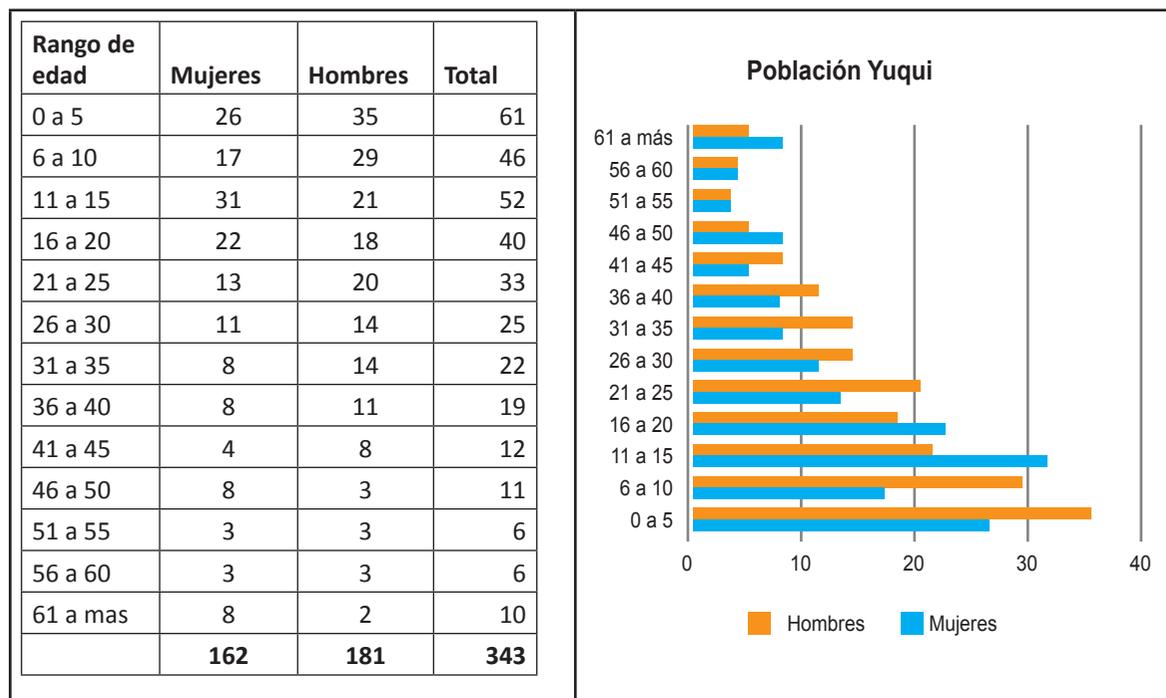
18 Este primer contacto con esta organización se produjo en 1967, después de 15 intentos frustrados desde 1950.

19 En 1986 se estableció contacto más permanente con dos grupos, uno entre los ríos Chimoré y Chapare, y otro sobre el río Víbora al desembocar en el río Ichilo (Tres Cruces).

20 En 1989 se produjo un último contacto entre el río Yapacaní (zona de Puerto Grether), río Ichilo y el río Grande, en la zona denominada El Chore. En este contacto, por una reacción de temor a la invasión de su territorio y en defensa del mismo.

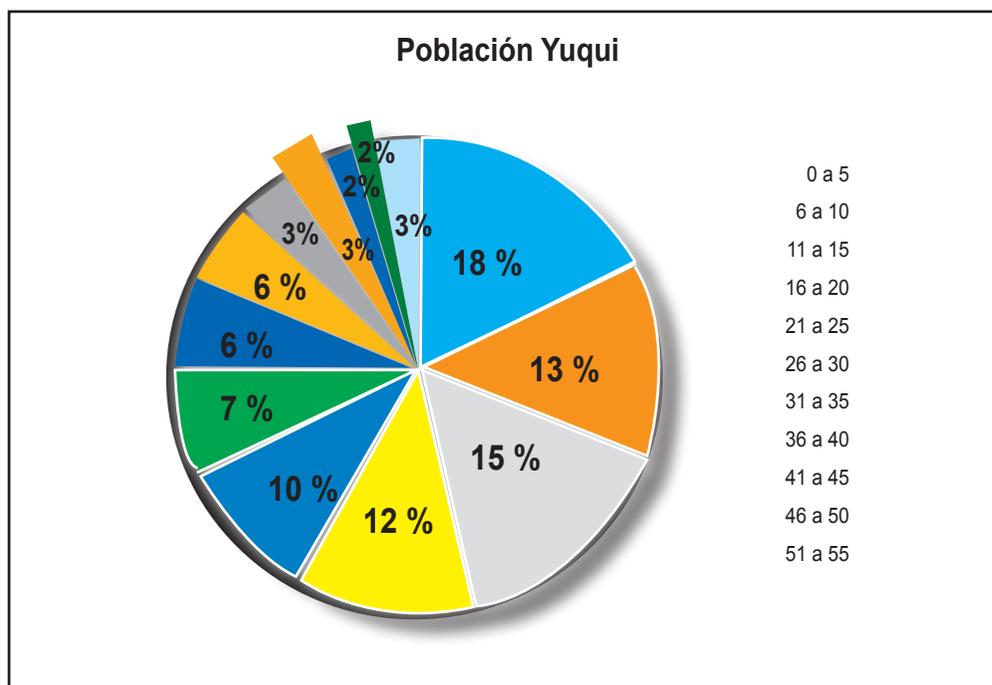
Las familias Yuqui habitaban dos comunidades, Pasinu y Bia Recuaté, en el municipio de Puerto Villarroel, de la provincia Carrasco del departamento de Cochabamba, en el trópico de Cochabamba, en la Tierra Comunitaria de Origen (TCO) titulada Yuqui Bia Recuaté Concejo Indígena Rio Ichilo - CIRI con una superficie de 115.924 hectáreas que comparten los pueblos indígenas Yuracaré y Trinitario.

En la actualidad, de acuerdo con datos del pueblo Yuqui, éste cuenta con 115 familias, con un total de 343 personas (162 mujeres y 181 hombres), que conservan prácticas de itinerancia entre sus comunidades a Ivirgarzama, Chimoré y Villa Tunari. La itinerancia o nomadismo permanente los coloca en situación de discriminación y marginación intercultural e institucionalizada, en los centros poblados de la región, a lo que se suman aspectos propios que caracterizan a la pobreza.



Fuente: Elaboración propia con base en información proporcionada por Ely Linares, técnico del Consejo Indígena Yuqui.

A continuación se detalla gráficamente datos demográficos relacionados al Pueblo Indígena Yuqui, de donde se concluye que el 18% está entre 0 y 5 años, 13% está entre 6 y 10 años, 15% entre 11 y 15 años, 12% entre 16 y 20 años, 10% entre 21 y 25 años, 7% entre 26 y 30 años, 7% entre 26 y 30 años, 6% entre 31 y 35 años y 35 y 40 años, 3% entre 41 y 45 años y 46 y 50 años y 3% entre 51 y 55 años y entre 56 y 60 años.



Culturalmente, los Yuqui sufren procesos de aculturación que han comprometido su identidad cultural, idioma, costumbres, tradiciones y cosmovisión, iniciados a partir del trabajo de la Misión Nuevas Tribus, en la evangelización, educación bilingüe y la castellanización, la sedentarización que implicó la construcción del campamento con casas de madera, una posta, escuela y la pista de aterrizaje, la intención de capacitarlos para que se vuelvan agricultores, para mejorar sus artesanías y sus posibilidades de comercialización²¹.

Por otro lado, la situación del pueblo Yuqui es preocupante por la incidencia histórica de casos de tuberculosis y micosis pulmonar, además de otras como las infecciones respiratorias agudas IRAS y enfermedades respiratorias agudas ERAS. Una causa fundamental del deterioro de su salud es la anemia producida por la mala alimentación y la inseguridad alimentaria.

A pesar de que no existen estadísticas actualizadas, la precaria salud de los Yuquis es una amenaza real para su existencia ya que, como se pudo apreciar en las características culturales y poblacionales, los coloca en situación de alta vulnerabilidad.

Los aspectos señalados evidencian la vulnerabilidad demográfica, inmunológica y exclusión social del pueblo Yuqui en situación de contacto.

Asimismo, en el territorio Yuqui existe un Plan General de Manejo Forestal (PGMF) que establece el aprovechamiento legal de los recursos forestales del territorio a través de mecanismos y procedimientos técnicos y legales avalados por la Autoridad de Control Social y Fiscalización de Bosques y Tierras (ABT)²².

21 Defensor del Pueblo - Ministerio de Desarrollo Rural, Agropecuario y Medio Ambiente - Ministerio de Justicia 2008; "Estado de Situación del Pueblo Yuqui"; página 22.

22 Organización Panamericana y Mundial de la Salud (OPS/OMS) "CHERASIAM VISION YUQUI DE BIENESTAR" 2013; página 46.

1.2.1.1. Segmento del pueblo Yuqui en aislamiento

Históricamente el pueblo Yuqui afirma que existe todavía un segmento pequeño de su pueblo deambulando por lo más espeso de la selva entre esa región y el río Ichilo, como al norte de su TCO²³. En los últimos años, se ha tenido conocimiento de tres incidentes, que determinan la existencia de segmentos del pueblo Yuqui en situación de aislamiento voluntario en el bosque, aunque también se cuenta con relatos de años anteriores, con tres avistamientos entre 2008 y 2012²⁴.

1.2.2. Nación Originaria Uru

Los Urus aparecen culturalmente caracterizados en oposición a los pobladores agropastoriles del altiplano, es decir, a los quechuas y aymaras. Esta identificación encubriría procesos de dominación de larga data que han dado origen a la discriminación y exclusión del pueblo Uru; todo parte de circunscribir su desarrollo a las fuentes hídricas altiplánicas (lagos)²⁵.

En la colonia, toda la región de Challacollo, el territorio situado al Norte del lago Poopó, incluso la propia ciudad de Oruro, tenía una población mayoritariamente Uru, el 67% hasta los censos de la visita toledana²⁶.

En la república, existía una suerte de proteccionismo de parte del Estado para las comunidades con relación a la tenencia de sus tierras, esto es, porque a partir de su tributo sostenían la economía estatal. Los que tributaban se sentían con mayores derechos sobre la tierra, derechos amparados en las leyes bolivianas. En este contexto, los Urus por no ser pastores ni agricultores no estarían sujetos a la tenencia de tierras y, por tanto, no tendrían la protección legal estatal²⁷.

Entre 1997 y 2003, se desarrolla el Programa de Atención a los Pueblos Indígenas Altamente Vulnerables (PAPIAV), a impulso de la Subsecretaría de Asuntos Étnicos (SAE), dependiente del Ministerio de Desarrollo Humano²⁸; dicho programa identifica, entre otros, a población Uru – Irohito, Uru- Chipayás y Uru- Qot Zoñi como pueblos indígenas más vulnerables.

Asimismo, el PAPIAV identifica como factores que determinan la vulnerabilidad de los Urus²⁹ a:

- a) La inseguridad sobre el hábitat tradicional y derechos casi inexistentes sobre la tierra. El ordenamiento jurídico boliviano, en relación al medio acuático, determina que los Urus no puedan ejercer acciones de tipo legal en torno a la propiedad y uso exclusivo de los recursos en su hábitat tradicional. La precariedad en torno a la tenencia de tierra entre

23 Álvaro Díez Astete; “Compendio de etnias indígenas y ecorregiones Amazonía, Oriente y Chaco”; página 310.

24 Organización Panamericana y Mundial de la Salud (OPS/OMS); “Cherasiam Vision Yuqui de Bienestar”; páginas 85 a 87.

25 Barra Saavedra, Lara Barrientos y Coca Cru, PIEB, 2011, “Exclusión y subalternidad de los urus del lago Poopó - Discriminación en la relación mayorías y minorías étnicas”, p 31.

26 *Ibíd.*, p 38.

27 *Ibíd.*, p 40.

28 Esta iniciativa fue tomada con interés por la Secretaría Técnica del Fondo para el Desarrollo de los Pueblos Indígenas de América Latina y el Caribe, con sede en la ciudad de La Paz, a quienes fue presentada. Durante algún tiempo, la Subsecretaría de Asuntos Étnicos, la Confederación Indígena del Oriente, Chaco y Amazonia de Bolivia, la Secretaría Técnica del Fondo Indígena y la Oficina de la Cooperación Belga en La Paz, intercambiaron criterios acerca de la forma de utilizar estos recursos en un esfuerzo conjunto para atender de modo sostenido y consistente los complejos y urgentes problemas de los pueblos indígenas más necesitados del país.

29 Esto puede apreciarse en el documento pueblos indígenas en Bolivia, pagina 18 disponible en: <http://www.bivica.org/upload/pueblos-indigenas-bolivia.pdf>

los Urus tiene sus causas en varios factores, entre los que conviene destacar la herencia histórica de mayor ocupación del espacio acuático. La mayor importancia de los recursos acuáticos en su subsistencia hizo que las comunidades Urus no se preocuparan tanto por una ocupación permanente de un territorio terrestre determinado, más aún las características de las actividades de caza y pesca influyeron bastante en una forma de ocupación estacionaria del litoral.

- b) Otro elemento importante en este problema es la llegada de grupos aymaras y quechuas predominantemente agricultores y pastores a estas zonas ribereñas, quienes ocuparon con mayor intensidad y extensión las tierras, además se caracterizaron por una organización sociopolítica más sólida en términos de aglutinar a todo el grupo étnico. Esta ocupación posterior del espacio trajo consigo profundos choques entre estas culturas, logrando al final el marginamiento de los Urus a zonas inhóspitas y de bajo rendimiento agrícola y el desarrollo de una concepción prejuiciosa por parte de las culturas dominantes hacia los Urus, como una raza inferior y atrasada.
- c) El deterioro ambiental y las limitaciones ecológicas productivas. Las limitaciones ecológicas son mayores en la zona sur del hábitat Uru (lago Poopó y zona del salar de Coipasa en Oruro), son el resultado de la disminución de las precipitaciones fluviales en relación a la zona norte del Altiplano, aridez y creciente salinización de las aguas y tierra. En cuanto al deterioro ambiental, éste se debe principalmente a la contaminación de las aguas por las minas, este deterioro ha alcanzado grados alarmantes en el Lago Poopó. Ambos factores han determinado la pérdida de las especies animales y vegetales aprovechadas por los Urus en el Lago Poopó, quedando actualmente solamente las pariwanas como único recurso aprovechable.

Actualmente, los Urus forman 3 grupos: los Iruitos o Irohito que habitan la naciente del río Desaguadero, los Chipayas habitan la cuenca del río Lauca, y los Muratos o Qot Zoñi que habitan la desembocadura del río Desaguadero en el lago Poopó y la cuenca del Poopó.

Un segmento de estas naciones y pueblos indígena originarios en peligro de extinción son los Urus Qot Zoñi del lago Poopó, ubicados en las comunidades de Puñaca Tinta María, Villa Ñeque y Llapallapani, en el departamento de Oruro, que forman parte de la Nación Originaria Uru- Qhas qut suñi urus, conformada también por los Uru Chipaya del departamento de Oruro, Uru Iruhito del departamento de La Paz y los Urus Chulluni en la República del Perú.

De acuerdo con el censo 2012, los “muratos”, refiriéndose a los urus del lago, son 143 habitantes. Sin embargo, el Centro de Ecología y Pueblos Andinos (CEPA) en un diagnóstico comunitario en 2012 ha señalado que en las tres comunidades Urus, Puñaca Tinta María, Vilañeque y Llapallapani, se ha registrado una población aproximada de 636 habitantes.

Las comunidades Urus del lago Poopó basan su economía en la actividad pesquera, todavía con una actividad artesanal precaria, no por su riqueza, sino por la poca actividad exclusiva en este rubro. Sin embargo, desde 2017 cuando se agudizó la disminución del lago Poopó por la sequía en más del 50 % de su caudal y sobre esta realidad la permanente actividad minera de Huanuni, Antequera, Cooperativas Mineras de Poopó, prácticamente han sentenciado a muerte al Lago fuente de vida de esta milenaria cultura. Por lo mismo, su actividad económica es sumamente pobre donde existen niveles de subsistencia y supervivencia por tanto un futuro muy incierto para los Urus Qot Zoñi.

1.2.3. Pueblo Indígena Ayoreo

Según datos del censo 2012, la población de los Ayoreo, por declaración de pertenencia a nación o pueblo indígena a nivel nacional, son 2.189 personas, encontrándose en el nivel departamental en Santa Cruz a 1.944 personas ayoreas.

Los ayoreos habitan en las regiones del chaco septentrional boliviano, chaco boreal paraguayo y argentino, así como en la zona preamazónica de la selva chiquitana. En Bolivia, se encuentran ubicados en las Provincias Germán Bush, Ñuflo de Chávez y Chiquitos del departamento de Santa Cruz, en las comunidades de Zapocó, Poza Verde, Puesto Paz, Guidai Ichai, Tobité, Urucú, Motacú, Santa Teresita, Rincón del Tigre, Belén (Santiago de Chiquitos).

Actualmente, cuentan con tierras obtenidas bajo las gestiones de las misiones Nuevas Tribus y Sudamericana y también del Vicariato de Chiquitos³⁰. En el marco de la Ley INRA, los ayoreos han sido dotados de Tierras Comunitarias de Origen en cuatro comunidades: Zapocó, Rincón del Tigre, Santa Teresita y Tobité, las mismas que actualmente se encuentran tituladas y demarcadas. A través de los procesos de saneamiento y titulación, se han consolidado cuatro territorios ayoreos: TCO Santa Teresita con 77.545 hectáreas (1999), TCO Rincón del Tigre con 97.742 hectáreas (1999), TCO Zapocó con 43.344 hectáreas (1999), y TCO Tobité II con 26.103 hectáreas (1999)³¹.

Superficie del Territorio Ayoreo

Cuadro de Superficies de Territorios (en hectáreas)						
Pueblo Indígena	Demandada	Determinada	Mensurada	TCO		TERCEROS
				Titulada	En Proceso	Titulados y en Proceso
Ayoreo	22.373,3734	22.373,0000	26.103,9089	26.103,9089	-----	

Fuente: Instituto Nacional de Estadística 2011.

De la familia lingüística zamuco, lengua ayoreo, el nombre "Ayoreode" significa "personas", también conocidos como zamucos, ninaguila, yanaguas y empelotos (por su desnudez): eran pueblos nómadas de cazadores y recolectores³².

La mayoría de las comunidades forman parte de la Central Ayorea Nativa del Oriente Boliviano (CANOB), fundada en 1987, afiliada a la Coordinadora de Pueblos Étnicos de Santa Cruz (CPESC).

Los ayoreo son el único pueblo indígena que en Bolivia pertenece a la familia lingüística Zamuco, antiguamente llamada Chamacoco y de la que son parte las lenguas Caipotorade, Morotoco y Uaraño, ya extinguidas. El choque de culturas tuvo consecuencias psíquicas que se materializaron posteriormente, teniendo como resultado: a) una fuerte descomposición de la sociedad ayorea b) el éxodo a las ciudades en busca de la sobrevivencia, sea esto como trabajadores eventuales, mendigos o prostitutas³³.

La etnicidad de los ayoreos tiene tendencia a una pérdida cultural, en algunos aspectos irreversibles, aunque conservan un monolingüismo nativo, superior al bilingüismo con el castellano. Tradicionalmente, los ayoreo poseían una amplia mitología y fiestas religiosas propias, relacionadas con sus creencias en determinadas aves como divinidades tutelares; su cosmogonía se desplazaba en una constelación compleja y altamente estructurada de sistemas simbólicos, cultura ideológica que contrastaba con la escasez de material en la que vivían y el estado de nomadismo tribal. Se tenía al chamanismo como fuerza centralizadora del clan, paralelo al papel del decasuté (jefe): ahora ello ya no existe³⁴.

30 http://www.amazonia.bo/indigena_completa.php?codigo=enviado=uJX9miBFiQ3DcpO7WJIAh5USfdeQl6IWjAyFUqjbP4Q= (13-03-2019).

31 INRA: Breve Historia del Reparto de Tierras en Bolivia, p. 98 disponible en <https://docplayer.es/21319564-Breve-historia-del-reparto-de-tierras-en-bolivia.html>

32 Díez Astete, Alvaro "Compendio de etnias indígenas y ecoregiones: Amazonía, Oriente y Chaco", CESA-Plural, 2011, p. 405.

33 *Ibid.* P. 412.

34 *Ibid.*

1.2.3.1. Segmento del pueblo indígena Ayoreo en aislamiento

Ubicados en el Parque Nacional y Área Natural de Manejo Integrado Kaa Iya del Gran Chaco y su periferia, Médanos del Chaco, Palmar, Chovoreca, Patrimonio Totobiegosode, en la provincia Iturralde del departamento de Santa Cruz.

Bernd Fischermann cita algunas noticias sobre los Ayoreo aislados en Bolivia, indicando que “las noticias sobre grupos en aislamiento se centran en cuatro, grupos locales. Se trata de dos grupos cuyo nombre está conocido y probablemente de dos grupos de familias aisladas, expulsados tiempo atrás de sus grupos locales originales (...) en lo que se refiere a los dos grupos cuyos nombres son conocidos, se trata en el primer caso del grupo local de los Atétadie-gosode. Este grupo recorre la región fronteriza entre Bolivia y Paraguay, los parques Médanos y Kaa Iya. Parte de este grupo tuvo en tiempos anteriores contacto con la sociedad envolvente, pero opta para vivir alejado de esta sociedad (...), en el segundo caso se trata del grupo local de los Tachei-gosode. La gente de la región donde abunda el aguti, que salió del bosque en 1972, pero se quedaron algunas familias en el bosque. Su hábitat tradicional era la región al sur de la línea férrea, entre San José de Chiquitos y Roboré. Datos recogidos por la Iniciativa Amotocodie les ubican en la zona fronteriza al este del Palmar de las Islas (...) los Atétadie-gosode aparecen frecuentemente en el lado boliviano, en el parque Kaa Iya. Los guardaparques y otros grupos que entran en el parque, encuentran frecuentemente huellas (...)”³⁵.

En 2009, los gobiernos de Bolivia y Paraguay firmaron una Declaración Conjunta en la cual expresan la necesidad de incorporar la temática de los pueblos indígenas (caso Ayoreos fronterizos “cuyas tierras ancestrales se localizan a ambos lados de la frontera para que los dos Estados actúen coordinadamente para asegurar el respeto a su modo de vida”) en la agenda bilateral.³⁶

1.2.4. Pueblo Indígena Ese Ejja

Los Ese Ejja, de la familia lingüística Tacanaengua, de la Amazonía Norte, ocupan un extenso territorio amazónico entre Bolivia y Perú. Se dividen en diferentes grandes clanes a ambos lados de la frontera binacional que marca el río Heath: en el lado peruano los “sonene” en las comunidades “Sonene” (río Heath) y Palma Real (río Madre de Dios), y los “bahuájja” de la comunidad de Infierno sobre el río Tambopata; en el lado boliviano los “sonene” y “equijáti” del bajo río Beni (TIM II), y los “epáwatewe” del alto río Beni, de la comunidad “Eiyoquibo” en las cercanías de San Borja y Rurrenabaque³⁷.

Por ser un pueblo ribereño y navegante, siempre han mantenido una profunda relación con los ríos y con la pesca. Esta actividad no sólo les sirve para la alimentación, sino para procurarse un excedente que comercializan en Riberalta y Rurrenabaque, además de vender pescado en sus embarcaderos comunitarios.

Los Ese Ejja aún no han llegado a organizarse en una subcentral u otra forma de estructuración sociopolítica para sus relaciones con la sociedad nacional, por el peso que sienten con la actual misión que los regenta (Misión Nuevas Tribus), pero están afiliados como pueblo indígena a la CIRABO y por tanto forman parte de la CIDOB³⁸.

35 CIDH; “Pueblos Indígenas en Aislamiento Voluntario y Contacto Inicial en las Américas: Recomendaciones para el pleno respeto a sus Derechos Humanos” OEA/Ser.L/V/II. Doc. 47/13; IWGIA 2013, p. 124.

36 DIEZ Astete, Álvaro; “Etnocidio y Alta Vulnerabilidad en las tierras bajas de Bolivia” FOBOMADE, 2015, p. 115.

37 *Ibíd.* p. 150.

38 *Ibíd.* p. 154.

Los mayores problemas se deben a la reducción de su territorio y porque sus recursos naturales disponibles son insuficientes. En general, todas las tierras que ellos habitan dentro y fuera del TIM II no cuentan con recursos suficientes para la subsistencia, sólo Villanueva y Portachuelo Alto tienen algunas reservas de goma y castaña, Portachuelo Bajo no tiene ningún tipo de recursos. Por otra parte, las tierras para uso agrícola están agotadas y además grandes porciones de la tierra que poseen son muy inundadizas³⁹. Por último, son notorios los cambios drásticos y supresiones de prácticas ancestrales que los misioneros han producido en la música, danza, ritualidad, creencias y cosmogonía de una mitología de enorme valor⁴⁰.

La comunidad Ese Ejja de Eyiyoquibo se encuentra en el municipio de San Buenaventura en la provincia Abel Iturralde del departamento de La Paz, la comunidad está aproximadamente a 5 kilómetros sobre la Carretera San Buenaventura–Ixiamas. El municipio de San Buenaventura es la segunda sección de la Provincia Abel Iturralde y se encuentra en el norte del departamento de La Paz. La capital San Buenaventura se encuentra a 481 kilómetros de la ciudad de La Paz y tiene una superficie de 3.748,11 km²⁴¹.

La comunidad Eyiyoquibo de los Ese Ejja es una Organización Territorial de Base OTB conformada el año 2000, tiene un presidente y un vicepresidente que los representan principalmente ante el municipio, también hay un corregidor. Dada su reciente conformación como comunidad y una vida comunal de dos décadas, tiempo en el que la población no ha logrado consolidar una visión de colectividad “visión comunitaria”⁴².

El pueblo Ese Ejja en general y la comunidad Eyiyoquibo en particular se consideran como vulnerables al etnocidio por sus condiciones de asimetría estructural con la sociedad nacional.

1.2.5. Pueblo Indígena Yaminawa

Según datos del censo 2012, la población por declaración de pertenencia a nación o pueblo indígena Yaminawa a nivel nacional es de 259 personas, existiendo en el departamento de Pando 243 personas y 177 en el municipio de Bolpebra; se trata entonces de un grupo reducido que cuentan como matriz lingüística la Pano⁴³.

De acuerdo con el “Plan de Desarrollo Integral CIPOAP” 2013, la población Yaminawa y Machineri comparten la Tierra Comunitaria de Origen TCO con alrededor de 25.675 hectáreas.

El nombre “Yaminawa” significaría “hombres de la selva”. Su territorio ancestral puede ubicarse en las cabeceras de los ríos Yurúa y Purús de la Amazonía peruana, y en el territorio brasileño y boliviano, por lo que su área de dispersión es trinacional; un número importante de ellos lleva una vida itinerante entre Bolivia, Perú y Brasil.

La región de Yurúa y Purús antiguamente permaneció inexplorada, hasta que con el auge de la explotación de la goma toda esa región se llenó de siringueros y los Yaminawa, Matsinahua, Cashinahua y Marinahua, de pronto, vieron su vida fracturada casi hasta el exterminio total: en la actualidad solo sobreviven los Yaminawa.

Su más importante asentamiento está en el Puerto Yaminawa, situado sobre el río Acre, a 90 km de Cobija, ocupado desde 1974, cuando la Iglesia Evangélica de Cobija hizo trámites ante

39 Ibid. p. 151.

40 Ibid. p. 156.

41 <http://documentos.bancomundial.org/curated/es/558531468011094366/text/SFG1174-IPP-SPANISH-P122007-Box391501B-PUBLIC-Discovered-6-30-2015.txt>

42 Ibid.

43 Que tiene una vasta población indígena en la Amazonía sur del Perú y menor proporción en el sur amazónico brasileño.

Reforma Agraria para que se dote a los Yaminawa con 2.500 hectáreas; antes de ello, caminaban deambulando semidesnudos por toda la región. En 1984, la Misión Evangélica Suiza (Riberalta) se hizo cargo de la atención en educación, se construyó una escuela, y en salud, con una posta sanitaria, lo que facilitó la comunicación del grupo con la sociedad externa para posteriormente proceder a su evangelización. Sobre el río Tahuamanu están los pequeños asentamientos de dos a cinco familias de Santa Rosa, cerca de la población de Porvenir, Nueva Esperanza, Puerto Mulatos. Otras poblaciones Yaminawas en Brasil están en Assis Brasil, Ovo o Sama Uma, Río Yaco, San Lorenzo, río Purús, Sena Madureira, río Curanja. Durante la época de lluvias, los Yaminawa permanecen en sus asentamientos; en la seca se trasladan a otras comunidades o a las ciudades de Cobija, Porvenir o Sama Uma y Brasilea⁴⁴.

Su principal problemática es la defensa de su TCO, de la constante invasión de madereros y cazadores ilegales, tanto bolivianos como brasileños, que pone en riesgo su alimentación y dieta. También está el debilitamiento de su cultura y creencias, que aún sobreviven pero bajo la nebulosa de un pasado que se ha escapado poco a poco de la memoria colectiva, dejando sólo algunos elementos básicos; además de existir un debilitamiento cultural por la división religiosa (evangelistas y no evangelistas, creyentes y no creyentes, bautizados y no bautizados)⁴⁵.

1.2.6. Pueblo Indígena Machineri

Según datos del censo 2012, la población por declaración de pertenencia a nación o pueblo indígena a nivel nacional del pueblo indígena Machineri es de 52 personas; en el nivel departamental en Pando son 37 personas.

Según el "Plan de Desarrollo Integral CIPOAP" 2013, los Yaminawa y Machineri comparten la Tierra Comunitaria de Origen - TCO Yaminawa Machineri, con 25.675 hectáreas.

Los Machineri⁴⁶ son de la familia etnolingüística arawak, provienen del Estado del Acre en el Brasil, llegaron a territorio boliviano alrededor de 1950; aunque permanecían desconocidos hasta comienzo de los años 80. Están asentados en el siringal San Miguel, del municipio de Bolpebra, en la provincia Nicolás Suárez de Pando, sobre el río Acre. San Miguel es su única comunidad en el lado boliviano, que está situada a pocos kilómetros de Puerto Yaminawa⁴⁷.

En la etnología brasileña, los machineri son denominados "manchinri", "maniteneri", "matxineri" o "maxineri"; en Brasil tienen un territorio propio (3.136 km² en el Estado Acre (frontera con Perú) en los municipios de Sena y Assis, sobre el río Yacu)⁴⁸.

En Bolivia, fueron contactados por primera vez durante la época del caucho y desde entonces se desestructuró su pueblo numeroso que se asentaba a lo largo del río Purús en Brasil, quedando un grupo aislado en el lado boliviano sobre el río Acre, recontactado formalmente en las cercanías de Bolpebra⁴⁹.

Los Machineri autoidentificados en el departamento de Pando son 37 personas, en el municipio de Bolpebra son 34, constituyéndose en un grupo casi extinto; más aún cuando en visita a la

44 Díez Astete Álvaro. "Compendio de etnias indígenas y ecorregiones Amazonía, Oriente y Chaco". CESA-Plural, 2011, p. 138.

45 *Ibíd.*, p. 141.

46 Sobre ellos no se tiene en nuestro país absolutamente ningún estudio, ni ha sido referenciado por cronistas o religiosos coloniales, ni por exploradores y naturalistas del siglo pasado ni en el presente, ni siquiera por bibliógrafos especializados

47 Díez Astete Álvaro. "Compendio de etnias indígenas y ecorregiones Amazonía, Oriente y Chaco". CESA-Plural, 2011. Página 145.

48 *Ibíd.*

49 *Ibíd.*

comunidad de San Miguel, realizada por la Defensoría del Pueblo el 21 de marzo de 2019, se ha observado que sólo viven 17 personas, de las cuales sólo una persona habla su idioma.

Los Machineri comparten con los Yaminawa la TCO Yaminawa-Machineri de 25.675,0166 hectáreas tituladas; que son invadidas por madereros, cazadores comerciantes y recolectores de castaña, mayormente brasileños. Las actividades económicas se basan en la agricultura incipiente, de subsistencia: cultivan porciones mínimas de arroz, maíz, yuca, plátano, en forma itinerante. Los asentamientos machineri –excepto el de San Miguel, donde hay más población– no tienen mucha estabilidad en el tiempo, pues de un momento a otro deciden cambiarlos, a veces regresando donde sus parientes brasileños por temporadas, de donde también la caza y la pesca son seminómadas. También recolectan castaña para venderla en pequeñas cantidades en el lado brasileño⁵⁰.

1.2.7. Pueblo Indígena Weenhayek

Según datos del censo 2012, a nivel nacional la población por declaración de pertenencia a nación o pueblo indígena Weenhayek es de 5.315 personas, contando el departamento de Tarija con 5.118 personas, de las cuales 2.296 se encontrarían en el municipio de Yacuiba y 2.738 en Villamontes.

El Decreto Supremo N° 23500 de 19 de mayo de 1992 otorgó nominalmente a los Weenhayek la propiedad sobre 195.659 hectáreas, repartidas de la siguiente manera: Área 1, provincia Gran Chaco, secciones Villamontes, Crevaux, D’Orbigny, Villa Ingavi, con una superficie de 194.435 hectáreas; Área 2, sección Palmar Grande, con una superficie de 1.200 hectáreas⁵¹.

De la familia Matakó–Mataguayo, el Pueblo Weenhayek se encuentra asentado en la Provincia Gran Chaco del Departamento de Tarija, en los municipios de Villamontes y Yacuiba. Su población se encuentra dispersa en 22 comunidades que se extienden de norte a sur, a lo largo del margen derecho del Río Pilcomayo⁵². Los Weenhayek tienen otros nombres atribuidos como ser: Matakó, Matakó–Noctene, el denominativo refiere una interpretación de “los que son distintos”.

La organización social básica de los Weenhayek está estructurada sobre las relaciones de parentesco, dentro de la etnia son endógamos⁵³, de modo que casi todos son parientes en algún grado. La familia como unidad básica está conformada por los padres, los hijos solteros y los casados con sus cónyuges.

Los Weenhayek adoptaron el sistema de la Capitanía de los ava-guaraní⁵⁴, para no quedar al margen de instancias superiores de organización; actualmente se encuentran organizados a nivel regional en la Organización de Capitanías Weenhayeks de Tarija (ORCAWETA) y éstos afiliados a nivel nacional a la CIDOB.

La escasez de peces en el río Pilcomayo (recurso del cual dependían casi totalmente para vivir en los últimos tiempos) ha provocado que los Weenhayek se hayan volcado a cultivar pequeñas parcelas de frijol y maíz para su subsistencia. La causa es que en zonas paraguayas y argentinas de este río construyeron represas y desvíos artificiales; en Potosí la contaminación química y los

50 Ibid., p. 143.

51 Decreto Supremo N° 23500 de 19 de mayo de 1992, presidencia de Jaime Paz Zamora, disponible en <http://gacetaoficialdebolivia.gob.bo/index.php/normas/descargar/17443>

52 Saberes y conocimientos del Pueblo Weenhayek – Industrias Gráficas SIRENAS Santa Cruz, Diciembre 2008.

53 Matrimonio, unión conyugal o reproducción entre personas de ascendencia común (de la misma familia, linaje o grupo).

54 Biblioteca Virtual de Pueblos Indígenas disponible en <http://pueblosindigenas.bvsp.org.bo/php/level.php?lang=es&component=50&item=35>

desechos mineros en aguas bajas aumentan la alta sedimentación, impidiendo que los peces penetren aguas arriba, disminuyendo enormemente la capacidad reproductiva⁵⁵.

Actualmente, los niños, adolescentes y jóvenes tienen que recorrer largas distancias para llegar a los Centros Educativos, no poseen una buena alimentación, la pobreza y la falta de trabajo son factores que ahondan más su vulnerabilidad; por lo que deben remar contra la corriente para acceder a sus derechos⁵⁶.

La realidad etnocultural de los Weenhayek, en el aspecto ideológico-religioso, se ha empobrecido desde que han sido forzados a cambiar su mitología y creencias ancestrales por el cristianismo, sin alcanzar un espacio espiritual de sincretismo y convivencia de ambas tradiciones religiosas⁵⁷.

1.2.8. Pueblo Indígena Tapieté

Según datos del Censo 2012, a nivel nacional, la población por declaración de pertenencia a nación o pueblo indígena Tapieté alcanza a 144 personas; constituyendo en el nivel departamental de Tarija 117 personas, de los cuales 23 se encontrarían en el municipio de Yacuiba y 66 en Villamontes.

Los Tapieté, en el marco de la Ley N° 1715 del Servicio Nacional de Reforma Agraria, demandaron a instancias gubernamentales la dotación de una Tierra Comunitaria de Origen por 51.366 hectáreas, en una zona que el INRA inmovilizó para su estudio y saneamiento, no obstante, sólo se les habría otorgado la TCO que tiene 24.840,0000 hectáreas tituladas (Título Ejecutorial de 28.02.01)⁵⁸.

De la familia lingüística Tupi-Guaraní, los Tapieté habitan originariamente en la región conocida como Gran Chaco, que se extiende entre Bolivia, Paraguay y Argentina, asentados a orillas del río Pilcomayo, se dedican a la pesca durante seis meses del año, actividad que constituye una importante fuente de alimento y de ingreso económico⁵⁹.

La principal organización social del Pueblo Indígena Tapieté fue la familia extensa, formada por los padres y las familias de las hijas casadas; varias familias con las que mantuvieron relaciones de parentesco formaron aldeas o campamentos durante el tiempo en el que dominaba la caza y la recolección⁶⁰.

Debido a su poca población, para no romper la prohibición del incesto, buscaban esposa entre los Weenhayek (o casos de matrimonio con mujer Chiriguana o Choroti)⁶¹.

Asimismo, debido a la falta de una estructura jerarquizada para representar al pueblo Tapieté, en instancias externas del Chaco, tuvieron que adaptarse a la forma de organización de la Capitanía

55 Díez Astete, Álvaro ob. cit, p. 478.

56 Véase nota de prensa EL PAIS: “Marihuana y “olvido”, un cáncer en la educación weenhayek” de 10/09/2018 disponible en <https://elpais.bo/marihuana-y-olvido-un-cancer-en-la-educacion-weenhayek/>

57 Díez Astete, Álvaro ob. cit, p. 483.

58 Díez Astete, Álvaro “Compendio de etnias indígenas y ecorregiones: Amazonía, Oriente y Chaco”,. CESA-Plural, 2011, p. 486.

59 Ibíd p 485. Véase también Consejo Interamericano sobre Espiritualidad Indígena (CISEI) – Los Tapieté disponible en <https://ciseiweb.wordpress.com/2014/03/25/los-tapiete/>

60 Biblioteca Virtual de Pueblos Indígenas disponible en <http://pueblosindigenas.bvsp.org.bo/php/level.php?lang=es&component=50&item=35>

61 Díez Astete, Álvaro ob. cit, p. 490.

guaraní⁶². Actualmente, a nivel departamental se encuentran representados por el Consejo de Capitanía Guaraní de Tarija (CCGT), y a nivel nacional afiliados a la APG⁶³ y CIDOB⁶⁴.

Los problemas de bilingüismo y trilingüismo, y al poco o escaso apoyo de las autoridades nacionales, limitaron en intento de los Tapiete (Sumawate) de sistematizar la lengua, la cultura y desarrollar una currícula más acorde a las necesidades culturales y lingüísticas de la región⁶⁵

1.2.9. Pueblo Indígena Araona

Según datos del censo 2012, a nivel nacional la población por declaración de pertenencia a nación o pueblo indígena Araona cuenta con 228 personas; 98 personas en el departamento de La Paz y 45 personas en el municipio de Ixiamas.

El pueblo Araona fue favorecido con la dotación de un territorio mediante Decreto Supremo N° 23108 de fecha 9 de abril de 1992 (entre las dotaciones de tierra emergentes de los resultados de la Marcha por el Territorio y la Dignidad), con una extensión de 95.036 hectáreas, cuya titulación como Tierra Comunitaria de Origen (TCO) finalmente culminó el año 2007 con 77.714,99 hectáreas tituladas (SAN-TCO de 28.07.04)⁶⁶.

Además de los Araona que habitan su Tierra Comunitaria de Origen, es posible que existan algunas "familias sin contacto" en la selva en las proximidades del río Manurimi, en las cercanías de Puerto Araona⁶⁷.

Los Araona, de la Familia lingüística Tacana, de la Amazonía Norte, se encuentran ubicados en un solo sitio, la comunidad Puerto Araona, en la parte alta del río Manupare, en el municipio de Ixiamas, provincia Iturrealde del departamento de La Paz⁶⁸.

Las actividades económicas de los Araona quedan circunscritas en lo principal a la caza, pesca y recolección, complementadas con la siembra de maíz, yuca, frejol, zapallo, hualuza, plátano y papaya⁶⁹.

El pueblo Araona recibe la solidaridad de las organizaciones indígenas mayores, como CIRABO, a la que estaba inicialmente afiliada y actualmente de la Central de Pueblos Indígenas de La Paz (CPILAP), organización de segundo nivel entre las organizaciones regionales afiliadas a la CIDOB, junto con CIRABO, que sigue representando a los Araona por mayor proximidad geográfica⁷⁰.

Debido a la biodiversidad elevada, tanto vegetal como animal de los Araona, su habitat está siendo amenazada por las compañías de Santa Cruz, Pando y Riberalta de extracción de la madera, explotación de nueces por compañías de Brasil y colonos procedentes de Riberalta y

62 Biblioteca Virtual de Pueblos Indígenas disponible en <http://pueblosindigenas.bvsp.org.bo/php/level.php?lang=es&component=50&item=35>

63 APG: Asamblea del Pueblo Guaraní de Bolivia, creada el 7 de febrero de 1987, como organización representativa del pueblo guaraní.

64 La Confederación de Pueblos Indígenas de Bolivia (CIDOB) se fundó formalmente en octubre de 1982, en Santa Cruz de la Sierra.

65 Estrategias de sobrevivencia entre los Tapietés del Gran Chaco/ Eddy Arce Birbueth; Ramiro Gutiérrez Condori; Iván Gutiérrez Condori, Ramiro Veliz López. La Paz: FUNDACIÓN PIEB, Abril 2003; p 97.

66 Díez Astete, Álvaro "Compendio de etnias indígenas y ecorregiones: Amazonía, Oriente y Chaco", CESA-Plural, 2011, p. 204.

67 IWGIA – IPES; Ob. Cit., p. 119-120

68 Díez Astete Álvaro. "Compendio de etnias indígenas y ecorregiones Amazonía, Oriente y Chaco". CESA-Plural, 2011. p. 203

69 Ibid. p. 206.

70 Ibid. p. 206.

Pando⁷¹. Asimismo, los Araona sufrieron fuertes embates de aculturación, sin embargo decidieron recuperar y preservar su identidad cultural⁷².

1.2.10. Pueblo Indígena Toromona no contactado

El Pueblo Indígena Toromona se encuentra al norte del Departamento de La Paz, en el Parque Nacional y Área Natural de Manejo Integrado Madidi: Zona de Reserva Absoluta Toromona. Ríos Colorado y Enhajehua, municipio de Ixiamas, se trata del último grupo indígena de Bolivia no contactado por la sociedad nacional y se presume que viven en la selva amazónica aún desconocida de la provincia Iturralde del departamento de La Paz, región del Parque Nacional Madidi (1.895.740 hectáreas)⁷³.

Distintas fuentes indican que los Toromonas deambulan entre las cabeceras del río Colorado (Pukamayu) y las cabeceras del río Heath (Sonene). Se supone que los Toromonas fueron diezmados durante el auge del caucho y que se replegaron a esa zona selvática donde han sido avistados por Araonas y otros indígenas⁷⁴.

Los Toromona se ven sacudidos por la presencia de madereros que llevan adelante una desesperada búsqueda de nuevos árboles para su explotación, por lo que es importante preservar a estos últimos pueblos indígenas aislados que resisten en la Amazonía boliviana⁷⁵.

A la fecha no se ha saneado y titulado ningún territorio, conforme a la Ley N° 1715, por el Instituto Nacional de Reforma Agraria (INRA).⁷⁶ Sin embargo, el SERNAP mediante Resolución Administrativa N° 48/2006, de 15 de agosto de 2006 declaró Reserva Natural Toromona al territorio ubicado en el Parque Nacional Madidi como zona intangible y de protección integral. (Parque Nacional y Área Natural de Manejo Integrado Madidi: Zona de Reserva Absoluta Toromona. Ríos Colorado y Enhajehua. Municipio de Ixiamas).

1.3. ENFOQUE BASADO EN DERECHOS HUMANOS

Como ha señalado la Organización de Estados Americanos (OEA), todas las políticas, estrategias y respuestas estatales deben tener como objetivo avanzar en el ejercicio pleno de los derechos humanos, conforme lo dispuesto en los tratados interamericanos e internacionales en la materia; principalmente los derechos humanos de grupos en situación de vulnerabilidad y la eliminación de todas las formas de discriminación e intolerancia.

En ese sentido, los principios de un enfoque de derechos humanos son:

No discriminación

Disponibilidad: de bienes, servicios, espacios.

Accesibilidad: física, de información y comunicaciones, de movilidad, económica (asequibilidad), de infraestructura, etc.

Aceptabilidad: consentimiento libre e informado, resguardo de la ética y respeto de la

71 Información Disponible en <http://etniasdelmundo.com/c-bolivia/araona/>

72 *Ibíd.* p. 207.

73 Pablo Cingolani, Alvaro Díez Astete y Vincent Brackelaire, *Toromonas La lucha por la defensa de los Pueblos Indígenas Aislados en Bolivia*, FOBOMADE, 2008, p. 33.

74 IWGIA; "Pueblos indígenas en aislamiento voluntario y contacto inicial en la Amazonía y el Gran Chaco", Copenhague 2007; p. 48

75 Pablo Cingolani, Alvaro Díez Astete y Vincent Brackelaire; "Toromonas: La lucha por la defensa de los Pueblos Indígenas Aislados en Bolivia", FOBOMADE, 2008, p 64.

76 IWGIA, *ob. cit.*, p. 278.

integridad humana, y de factores culturales, lingüísticos, de género, bio-psico-sociales, y de edad⁷⁷.

1.3.1. Enfoque Diferencial Indígena

El enfoque diferencial indígena es aquél que identifica y actúa sobre las necesidades diferenciales de atención y protección que deben tener las políticas públicas y el accionar estatal en su conjunto para la protección de los derechos individuales y colectivos.

1.3.2. El enfoque diferencial e interseccional respecto a los derechos de las naciones y pueblos indígenas

El Tribunal Constitucional Plurinacional (TCP) desarrolló el enfoque diferencial e interseccional⁷⁸ en las Sentencias Constitucionales Plurinacionales 0010/2018-S2 de 28 de febrero y 0394/2018-S2 de 3 de agosto⁷⁹, señalando que es un instrumento y herramienta útil para analizar la vulneración de los derechos, cuando se presentan múltiples factores de discriminación que se entrecruzan y que influyen en el ejercicio y goce de los derechos de las personas; a partir de ello, es posible tener una mirada plural de la discriminación por distintos factores.

*“(...) se constituye en una herramienta útil para **analizar la vulneración de los derechos, en especial de la igualdad, cuando se presentan múltiples factores de discriminación que se entrecruzan y que influyen en el ejercicio y goce de los derechos de las personas.** A partir de ello, es posible **tener una mirada plural de la discriminación y violencia hacia diversas categorías** biológicas, **sociales y culturales**, como el sexo, el género, la clase, la discapacidad, la orientación sexual, la religión, la edad, **la nacionalidad y otros** ejes de identidad que se interaccionan en múltiples, y a menudo, en simultáneos niveles de discriminación y violencia, comprendiendo las desigualdades y necesidades de esta población en los casos concretos, las cuales pueden estar atravesadas por diversas identidades u otros factores, que las coloquen en situaciones mayores de subordinación, violencia o discriminación.*

Asimismo, el Voto Disidente de la Sentencia Constitucional Plurinacional (SCP) 0268/2018-S2 de 25 de junio, señaló:

*“(...) **el enfoque diferencial e interseccional con relación a los miembros de naciones y pueblos indígena originario campesinos (...) analiza estos dos factores de discriminación y sus interacciones, entendiendo que los derechos deben conectarse permanentemente con la finalidad de identificar y contrarrestar las situaciones concurrentes de vulnerabilidad y sistemas de opresión respecto a algunas colectividades y personas. Este análisis además, permite que a través de la justicia, se generen respuestas a situaciones de discriminación y segregación estructural, otorgando una respuesta transformadora y reparadora.***

En ese marco, el abordaje de la problemática de las situaciones de exclusión e inequidad, que afectan a los pueblos indígenas, debe ocurrir en la intersección de muchos temas, entre ellos los derechos humanos, el desarrollo, la comprensión de la cultura, identidad y cosmovisión de estos pueblos a partir de una nueva aproximación a la historia.

La OEA respecto al enfoque interseccional señala que el mismo aborda las respuestas políticas, de manera simultánea e integral, los efectos complejos, irreductibles, variados y variables que resultan cuando múltiples ejes de desigualdad y estigmatización de la diferencia —económica,

77 OEA “Guía Práctica de Respuestas Inclusivas y con Enfoque de Derechos ante el COVID-19 en las Américas”; p. 8.

78

79 En las SCP analizó la situación de la persona adulta mayor; la niña, niño y adolescente; y la mujer víctimas de violencia.

política, cultural, bio-psico-social, racial, de género, de etnia, identidades y experiencias—se intersectan en contextos históricos específicos, produciendo afectaciones únicas e indivisibles⁸⁰.

1.3.3. Protección reforzada a grupos vulnerables

El TCP, en la SCP 1564/2014 de 1 de agosto, en un razonamiento, señala:

“La amplia jurisprudencia constitucional ha establecido excepciones, en consideración a la vulneración de derechos fundamentales, vinculados a personas que requieren de una protección inmediata, abstrayendo exigencias procesales, por formar parte de lo que la doctrina, los instrumentos internacionales y la jurisprudencia constitucional, ha denominado como grupos vulnerables, que comprende a los niños, niñas y adolescentes, personas con capacidades diferentes, mujeres embarazadas, minorías étnicas o raciales y personas adultas de la tercera edad, personas que se encuentran en situaciones de debilidad manifiesta, que requieren de una protección inmediata, (...).”

En ese entendido, se abre su ámbito de protección, al tratarse de personas altamente vulnerables, que por su condición indefensa, requieren de una atención y protección inmediata, motivo por el que gozan de la protección del Estado...”

1.4. PRINCIPIOS Y DIRECTRICES PARA LA PROTECCIÓN DE LOS PUEBLOS INDÍGENAS EN AISLAMIENTO VOLUNTARIO Y NO CONTACTADOS

1.4.1. Principios

Como señala la Organización del Tratado de Cooperación Amazónica (OTCA), los principios básicos que deben guiar el accionar de los Estados para la protección de Pueblos Indígenas en Aislamiento Voluntario, No Contactados y Contacto Inicial son:

Principio de alta vulnerabilidad. El contacto significa, para los PIACI, un riesgo muy alto de enfermar y morir debido a que no han desarrollado una respuesta inmunológica adecuada para gérmenes comunes. Constituye una emergencia para estos pueblos y debemos estar preparados para afrontarla y mitigar sus efectos negativos en sus vidas y salud. Las dolencias afectan al pueblo entero y no solamente al individuo.

Principio de prevención. Este principio debe aplicarse teniendo en cuenta que no son posibles intervenciones directas de salud en los PIACI. En este sentido, las acciones deben tener como objetivo el monitoreo de la salud de todos los actores que viven cerca de los territorios de los pueblos aislados. También es importante trabajar a partir de la creación de “cordones de protección sanitaria”, para garantizar la salud de los pueblos en aislamiento y que no sufran las consecuencias de las eventuales epidemias y enfermedades en las regiones alrededor de sus territorios.

Principio de la autodeterminación. Respeto y garantía del derecho a la autodeterminación. Para los pueblos indígenas en aislamiento la garantía del derecho a la autodeterminación se traduce en el respeto a su decisión de mantenerse en aislamiento, sin que esto haga presuponer que la situación de estos pueblos no pueda evolucionar en el tiempo según su deseo o necesidad de establecer contacto.

Principio de participación, consulta y consentimiento previo, libre e informado. Este principio general debe aplicarse teniendo en cuenta las realidades específicas de los pueblos indígenas en aislamiento y en contacto inicial, considerando particularmente

80 OEA “Guía Práctica de Respuestas Inclusivas y con Enfoque de Derechos ante el COVID-19 en las Américas”; p. 9.

el respeto del derecho a la salud, garantizando el derecho a la participación, consulta y consentimiento previo, libre e informado de los pueblos afectados.

Principio de respeto y garantía del derecho a la salud. El respeto y garantía del derecho a la salud de las personas y pueblos presenta complejidades de aplicación en relación con los pueblos indígenas tanto en aislamiento voluntario como en contacto inicial. En el caso de los pueblos indígenas en aislamiento voluntario, la garantía del derecho a la salud debe ser interpretada de manera que tome en cuenta el deseo de estos pueblos de mantenerse en aislamiento y la necesidad de mayor protección de estos pueblos dada su situación de vulnerabilidad.

1.4.2. Directrices

Como señala la OTCA, las directrices que deben guiar el accionar de los Estados para la protección de Pueblos Indígenas en Altamente Vulnerables, son:

- a) evitar la transmisión de enfermedades a las personas pertenecientes a estos pueblos;
- b) garantizar su acceso y uso tanto de sus medicinas tradicionales como del sistema biomédico en los casos de contacto inicial.

Para eso, los Estados deberían definir e implementar sus programas de protección y atención de la salud teniendo en cuenta los siguientes criterios:

Responsabilidad profesional. Es importante que toda la atención en ámbito de la salud sea prestada siempre por personal especializado tanto en cuestiones de salud como en cuestiones indígenas y que puedan establecer una relación culturalmente apropiada. Sólo un personal con conocimientos especializados en salud para pueblos indígenas en aislamiento y contacto inicial y en el establecimiento de relaciones interculturales con pueblos indígenas puede garantizar la salud de sus miembros, al tiempo que garantizar el respeto de los derechos de los que son titulares y principios de los pueblos indígenas en contacto inicial.

Tratamiento de salud diferenciado. Promover y tratar la salud de grupos aislados en caso de contacto forzado o casual, y de contacto inicial, llevándose en consideración cada cultura de forma particularizada y contextualizada. Esto supone que las actividades de capacitación, deben contribuir y apoyar la definición de políticas públicas específicas de salud para los pueblos indígenas en aislamiento voluntario y contacto inicial.

Financiación. Los responsables de la atención sanitaria de los PIACI deben justificar ante sus respectivos ministerios la inclusión de partidas en los presupuestos anuales para garantizar los recursos y el personal necesarios para este propósito. Asimismo, deben apoyar a las autoridades de salud, regionales y locales para que tomen las previsiones necesarias para atender a los PIACI en su jurisdicción, de acuerdo con sus competencias y responsabilidades.

Monitoreo. Cada Estado deberá establecer mecanismos de monitoreo de la implementación de las políticas y planes de acción, y mantener estrecha comunicación con las organizaciones indígenas de cada país, a lo largo de todo este proceso.

Sensibilización. Se considera relevante un mayor involucramiento de los Estados en la protección y garantía de la salud de los pueblos indígenas en aislamiento y en contacto inicial.

Capacitación. Los procesos de capacitación deben incluir un amplio espectro de actores. Con respecto al cuidado de los PIACI, teniendo en cuenta la rotación interna, entre otros.

3



DEFENSORÍA DEL PUEBLO
ESTADO PLURINACIONAL DE BOLIVIA

TERCERA PARTE

MARCO NORMATIVO



TERCERA PARTE

MARCO NORMATIVO

I. INSTRUMENTOS INTERNACIONALES

1.1. Convenio 169 de la OIT sobre Pueblos Indígenas y Tribales en Países Independientes

El Convenio 169, de la Organización Internacional del Trabajo (OIT), reconoce derechos específicos como el derecho a la cultura y formas de vida, a la consulta, la participación, la tierra y territorio, y la protección en salud, como se detalla a continuación:

- Respeto a su cultura y forma de vida, establecidos en los Artículos 2, 3, 4 y 5.
- Derecho a la consulta previa libre e informada, establecido en el Artículo 6.
- Derecho a la participación, establecido en el Artículo 7.
- Derecho a las tierras y territorios, y recursos naturales, establecidos en los Artículos 13, 14, 15, 16, 17, 18 y 19.
- Derecho a la protección en salud, establecido en el Artículo 25.

Además, establece obligaciones concretas con el fin de garantizar los derechos reconocidos en el Convenio 169, en relación al respeto a las culturas y las formas de vida de los pueblos indígenas, a la adopción de las medidas especiales necesarias para salvaguardar a las personas y a las instituciones indígenas, como se puede apreciar en los Artículos 2, 3, 4 y 5.

1.2. Declaración de las Naciones Unidas sobre los Derechos de los Pueblos Indígenas

La Declaración de las Naciones Unidas sobre los Derechos de los Pueblos Indígenas (DNUDPI) constituye otro referente normativo importante ya que desarrolla el:

- Derecho a la autodeterminación, establecido en el Artículo 3.
- Derecho a la autonomía y el autogobierno, establecido en el Artículo 4.
- Derecho a mantener sus propias instituciones, establecido en el Artículo 5.
- Derecho a la vida, la integridad física, la libertad, la seguridad de las personas y a vivir colectivamente en libertad, paz y seguridad, establecido en el Artículo 7.
- Derecho a que no se destruyan las culturas y sufran procesos de asimilación forzosa, establecido en el Artículo 8.
- Derecho a mantener sus costumbres y tradiciones, establecido en el Artículo 11.
- Derecho a desarrollar, practicar y enseñar sus tradiciones y costumbres, establecido en el Artículo 12.

- Derecho a transmitir sus culturas y creencias a las generaciones futuras, establecido en el Artículo 13.
- Derecho de participación, establecido en los Artículos 18, 27, 30 y 31.
- Derecho a la consulta y el consentimiento previo, libre e informado, establecido en el Artículo 19.
- Derecho a mantener sus prácticas de salud y a sus medicinas tradicionales, establecido en el Artículo 24.
- Derechos sobre las tierras, territorios y recursos, establecidos en los Artículos 25 a 32.
- Obligaciones para los Estados, órganos y organismos especializados de las Naciones Unidas, establecidos en los Artículos 38 y 42.

De los derechos consagrados en la DNUDPI, quizás los más relevantes desde el punto de vista de los pueblos en situación de no contactados, se sitúan en los Artículos 3, 7 y 8.

1.3. Declaración Americana sobre los Derechos de los Pueblos Indígenas

La Declaración Americana sobre los Derechos de los Pueblos Indígenas⁸¹ constituye el primer instrumento internacional de derechos humanos de la región, que incorpora disposiciones relativas a los “pueblos indígenas en aislamiento voluntario o contacto inicial”. Así, dentro de la sección quinta: Derechos sociales, económicos y de propiedad, el Artículo XXVI. (Pueblos indígenas en aislamiento voluntario o en contacto inicial) dispone que:

1. Los pueblos indígenas en aislamiento voluntario⁸² o en contacto inicial tienen derecho a permanecer en dicha condición y a vivir libremente y de acuerdo con sus culturas.
2. Los Estados adoptarán políticas y medidas adecuadas, con conocimiento y participación de los pueblos y las organizaciones indígenas, para reconocer, respetar y proteger las tierras, territorios, medio ambiente y culturas de estos pueblos, así como su vida e integridad individual y colectiva.

El Convenio 169 de la OIT, la Declaración de las Naciones Unidas sobre los Derechos de los Pueblos Indígenas y la Declaración Americana sobre los Derechos de los Pueblos Indígenas, reconoce el derecho individual y colectivo de los pueblos indígenas a disfrutar del nivel más alto de salud física, mental y espiritual. Los tres instrumentos coinciden en señalar como parte de este derecho fundamental su derecho a mantener sus propios sistemas y prácticas de salud, a acceder sin discriminación a todos los servicios sociales y sanitarios, y a que éstos deban administrarse en coordinación con los pueblos interesados y ser culturalmente apropiados.

II. MARCO NORMATIVO INTERNO

El marco normativo aplicable al presente informe cuenta con los siguientes instrumentos normativos:

81 Aprobada en la segunda sesión plenaria, celebrada el 14 de junio de 2016.

82 La nomenclatura de “aislamiento voluntario” empleada en la “Declaración Americana de los Derechos de los Pueblos Indígenas” a la luz del art. 31 de la CPE, debe entenderse que refiere a los que se encuentran en situación de no contactados.

2.1. Constitución Política del Estado

La protección a las naciones y pueblos indígena originario campesinos se funda en diferentes artículos de la Constitución Política del Estado, principalmente podemos señalar:

“Artículo 30 parágrafo III, determina: “el Estado garantiza, respeta y protege los derechos individuales y colectivos de los pueblos indígena originario campesinos consagrados en esta Constitución y la Ley”.

“Artículo 31.I, señala: “Las naciones y pueblos indígenas originarios en peligro de extinción, en situación de aislamiento voluntario y no contactados, serán protegidos y respetados en sus formas de vida individual y colectiva.”

“Artículo 256. I. Los tratados e instrumentos internacionales en materia de derechos humanos que hayan sido firmados, ratificados o a los que se hubiera adherido el Estado, que declaren derechos más favorables a los contenidos en la Constitución, se aplicarán de manera preferente sobre ésta.(...)”

2.2. Ley N° 450, de Protección a Naciones y Pueblos Indígena Originarios en Situación de Alta Vulnerabilidad

Artículo 1. (Objeto y finalidad). “Establecer los mecanismos y políticas sectoriales e intersectoriales de prevención, protección y fortalecimiento, para salvaguardar los sistemas y formas de vida individual y colectiva, de las naciones y pueblos indígena originarios en situación de alta vulnerabilidad, cuya sobrevivencia física y cultural esté extremadamente amenazada”.

Artículo 2. (Titulares de derechos)

“V. Los servidores públicos del nivel central del Estado, de las entidades territoriales autónomas y la sociedad civil, tienen el deber de hacer cumplir los derechos de los titulares de la presente Ley, bajo responsabilidad administrativa, civil y penal”.

Para la implementación de medidas de protección para los pueblos en situación de alta vulnerabilidad, la normativa crea la Dirección General de Protección a Naciones y Pueblos Indígena Originarios (DIGEPIO), estableciendo entre algunas de sus atribuciones:

“Artículo 4, Parágrafo II:

2. Formular y ejecutar de manera coordinada con las entidades territoriales autónomas, en el marco de sus competencias, y con organizaciones de las naciones y pueblos indígena originarios, planes, programas, proyectos y estrategias de prevención, protección y fortalecimiento para salvaguardar los sistemas de vida”.

7. Diseñar y establecer protocolos y planes diferenciados de actuación para la aplicación de mecanismos de prevención, protección y fortalecimiento, coordinando su implementación con las instituciones públicas vinculadas y las organizaciones de las naciones y pueblos indígena originarios.

8. Gestionar mediante Resolución Suprema, la declaratoria de emergencia de sistemas de vida en alta vulnerabilidad.

12. Promover ante las instituciones públicas que correspondan, la emisión de los instrumentos legales y administrativos que sean necesarios para la aplicación de los mecanismos de prevención, protección y fortalecimiento.

14. Desarrollar indicadores de monitoreo para evaluar las situaciones de alta vulnerabilidad de las naciones y pueblos indígena originarios o segmento de ellos, para la aplicación de mecanismos de prevención, protección y fortalecimiento.”

Igualmente, el citado Artículo establece que la Dirección General de Protección a Naciones y Pueblos Indígena Originarios DIGEPIO, para el cumplimiento de sus atribuciones:

III. “Tendrá la obligación de coordinar e incluir la participación de las poblaciones involucradas.

IV. Aplicará y desarrollará mecanismos específicos de prevención, protección y fortalecimiento de forma diferenciada, de acuerdo a la realidad de cada nación y pueblo indígena originario o segmento de ellos.”

Artículo 5. (Mecanismos de prevención).

“I. Los mecanismos de prevención de los sistemas de vida se desarrollarán en el nivel central del Estado y en las entidades territoriales autónomas, en el marco de sus competencias, en los siguientes ámbitos:

Territorial.

Salud.

Difusión y sensibilización”.

Artículo 8. (Ámbito de difusión y sensibilización).

“1. Ejecutar de manera coordinada con el nivel central del Estado y con las entidades territoriales autónomas, en el marco de sus competencias, estrategias y proyectos de sensibilización dirigidos a las poblaciones mayoritarias, sobre la situación y derechos de los titulares de la presente Ley”.

Artículo 9. (Mecanismos de protección).

I. Los mecanismos de protección de los sistemas de vida se desarrollarán en el nivel central del Estado y en las entidades territoriales autónomas, en el marco de sus competencias, en los siguientes ámbitos:

1. Territorial.

2. Salud.

3. Monitoreo”.

II. La DIGEPIO y las entidades territoriales autónomas, en el marco de sus competencias, podrán aplicar los mecanismos de protección a otros ámbitos de acuerdo a la situación de alta vulnerabilidad de los titulares de la presente Ley”.

Artículo 10. (Ámbito territorial).

I. Ante acciones de agresión que sufran en sus territorios o zonas de influencia, que pongan en peligro directamente el mantenimiento de las culturas y sistemas de vida de los titulares de la presente ley, se activarán los siguientes mecanismos de protección:

1. Gestionar mediante Resolución Suprema, la declaración de emergencia de sistemas de vida en alta vulnerabilidad, que contengan acciones de atención inmediata, conforme las recomendaciones de la DIGEPIO, situación que deberá ser evaluada y monitoreada periódicamente bajo responsabilidad.

3. Gestionar la dotación de tierras fiscales, de manera prioritaria, para el traslado, asentamiento, ampliación y gestión territorial integral, para los titulares de la presente Ley, de acuerdo a los protocolos y planes de actuación.

5. Planificar con la participación de los titulares de la presente Ley, el desarrollo integral de sus sistemas de vida, fortaleciendo sus usos y costumbres.

III. La declaración de emergencia de sistemas de vida en alta vulnerabilidad, quedará sin efecto cuando:

1. Los indicadores de monitoreo demuestren tendencias favorables a la superación de la situación de alta vulnerabilidad.
2. Los sistemas de vida de la nación o pueblo indígena originario, hayan sufrido deterioro o transformación, que comprometa su identidad, provocado por sus propios miembros.

IV. La declaratoria de emergencia de sistemas de vida en alta vulnerabilidad, se levantará mediante Resolución Suprema, previa coordinación y aprobación con las organizaciones de las naciones y pueblos indígena originarios involucrados”.

Artículo 12, parágrafo I

“I. La DIGEPIO en coordinación con instituciones del nivel central del Estado y de las entidades territoriales autónomas, en el marco de sus competencias, implementará un Sistema Integral de Monitoreo-SIM, para proteger a los titulares de la presente Ley.”

“Artículo 14. (Mecanismos de Fortalecimiento). Los mecanismos de fortalecimiento de los sistemas de vida se desarrollarán en el nivel central del Estado y en las entidades territoriales autónomas, en el marco de sus competencias, en los siguientes ámbitos:

1. Recuperación y regeneración de sistemas de vida.
2. Institucionalidad del Estado”.

Sobre los mecanismos de fortalecimiento se establece lo siguiente:

“Artículo 15. (Ámbito de Recuperación y Regeneración de Sistemas de Vida). Ante las diferentes situaciones de alta vulnerabilidad que debiliten las capacidades de regeneración y reproducción de los sistemas de vida de los titulares de la presente Ley, se activarán los siguientes mecanismos de fortalecimiento:(..”).

1. Ejecutar estrategias y acciones para mantener y fortalecer las identidades culturales propias, la vitalidad lingüística de los idiomas, cosmovisiones, religiones, creencias y cultos, así como lugares sagrados.
2. Ejecutar y apoyar estrategias y acciones propias, para la posible rearticulación sociocultural y reagrupamiento.
3. Fortalecer en el marco de sus sistemas de vida, los patrones culturales para la revalorización de los conocimientos y saberes ancestrales.

4. Fortalecer el ejercicio de sus sistemas políticos, jurídicos y económicos acorde a su cosmovisión.
5. Promover la cohesión y el equilibrio armónico en comunidad, a través de la revalorización del derecho propio, y de las formas de autorregulación de sus sistemas de vida.
6. Impulsar el desarrollo integral con identidad, respetando el equilibrio de sus sistemas de vida, para contribuir a la satisfacción armónica de las necesidades colectivas de sus miembros.
7. Promover la generación de iniciativas comunitarias de aprovechamiento sustentable de los recursos naturales renovables, facilitando la rehabilitación de la seguridad alimentaria, el acceso a los satisfactores y servicios básicos, de acuerdo a los planes comunales o de manejo y gestión territorial indígena originario.
8. Impulsar el acceso a programas especiales de capacitación, asistencia técnica y financiera para el fortalecimiento de sus actividades económicas, que tomen en cuenta los usos, costumbres, tecnologías propias y evite la emigración de su población joven.
9. Desarrollar acciones de conservación, restauración y custodia de todo el patrimonio material e inmaterial.
10. Promover la interculturalidad e intraculturalidad, como instrumento de desarrollo que genere expresiones culturales compartidas en base al respeto mutuo y la convivencia social armónica.
11. Promover el rescate de las costumbres milenarias vinculadas a la ritualidad, la medicina tradicional, las expresiones religiosas y festivas, apoyando su conservación y difusión como estrategia del "Vivir Bien".

"Artículo 16. (Ámbito de la Institucionalidad del Estado). Ante las diferentes situaciones de alta vulnerabilidad que deriven en la posible extinción física y cultural de los sistemas de vida de los titulares de la presente ley, las instituciones del nivel central del Estado y de las entidades territoriales autónomas, en el marco de sus competencias, activarán los siguientes mecanismos de fortalecimiento:

1. Respetar a la institucionalidad de las naciones y pueblos indígena originarios, y de sus representantes legítimos en el nivel que les corresponda.
2. Realizar una reingeniería institucional, tomando en cuenta las provisiones en recursos económicos y humanos que se requieran, de acuerdo a las necesidades y características que demanden las acciones de prevención, protección y fortalecimiento.
3. Establecer y ejecutar compromisos a nivel de las máximas autoridades de los Órganos del Estado, respecto a la generación de políticas públicas articuladas sectorial e intersectorialmente.
4. Definir e implementar sistemas de coordinación y monitoreo entre las diferentes instituciones públicas competentes, en la ejecución de acciones de prevención, protección y fortalecimiento.
5. El Órgano Judicial y el Ministerio Público en coordinación con la Policía Boliviana y las Fuerzas Armadas, deberán generar condiciones, capacidades, técnicas,

protocolos y planes de actuación con celeridad y eficacia, en los procesos judiciales contra quienes atenten los derechos de las naciones y pueblos indígena originarios, o segmentos de ellos, en situación de alta vulnerabilidad, cuya sobrevivencia física y cultural esté extremadamente amenazada.

6. Ejecutar políticas de protección de las riquezas culturales, religiosas, históricas y documentales, de los titulares de la presente ley, promoviendo su custodia y conservación.
7. Ejecutar acciones estratégicas para el mejoramiento de ecosistemas o zonas degradadas, para mitigar los efectos de las inclemencias y riesgos climáticos en los territorios de los titulares de la presente ley.
8. Facilitar el acceso a herramientas, maquinarias, equipos, insumos, apoyo técnico y otros, que estén acordes a su visión propia de desarrollo; para acciones de rehabilitación de los sistemas de vida de los titulares de la presente Ley”.

Sobre la reglamentación, la Disposición Final Única de la Ley N° 450, establece:

Artículo Único La presente Ley será reglamentada por el Ministerio de Justicia en el plazo de ciento ochenta (180) días a partir de su promulgación.

4



DEFENSORÍA DEL PUEBLO
ESTADO PLURINACIONAL DE BOLIVIA

CUARTA PARTE

RESULTADOS DE LA INTERVENCIÓN

CUARTA PARTE

RESULTADOS DE LA INTERVENCIÓN

RESULTADOS DE LA INTERVENCIÓN

En esta parte, se describen los resultados de la aplicación de los mecanismos de intervención, consistentes en las respuestas a los requerimientos de información escrita, verificaciones defensoriales, entrevistas y revisión documental.

I. RELEVAMIENTO DE INFORMACIÓN, CONSIDERACIONES ESPECÍFICAS REQUERIMIENTOS DE INFORMACIÓN ESCRITA

En este acápite, se tratan los resultados de los requerimientos de informe escrito, conforme al siguiente detalle:

CUADRO: REQUERIMIENTOS DE INFORME AL GOBIERNO CENTRAL

ENTIDAD	CITE	RESPUESTA
Ministerio de Salud	DP/AVEDH/128/2020	MS/DPCH/CE/947/2020
	Reiterativa DP/ AVEDH/172/2020	MS/VMTI/CE/135/2020
Ministerio de la Presidencia	DP/AVEDH/115/2020	Mediante nota:
	DP/AVEDH/130/2020	MP-VCSSC-CITE N°185/2020
	Reiterativa DP/ AVEDH/173/2020	Rechazó responder los RIEs de la Defensoría del Pueblo
Ministerio de Justicia y Transparencia Institucional	DP/AVEDH/131/2020	
	Reiterativa DP/ AVEDH/174/2020	MJTI-DESP N° 413/20
Ministerio de Medio Ambiente y Agua	DP/AVEDH/118/2020	MMAY/DESPACHO/N°0416/2020
Servicio Nacional de Áreas Protegidas (SERNAP)	DP/AVEDH/132/2020	CAR/DPN°0107/2020-SERNAP/2020-02904
Presidenta Transitoria	DP/AVEDH/133/2020	Sin repuesta
CONARADE	Reiterativa DP/ AVEDH/175/2020	
Autoridad AJAM	DP/AVEDH/134/2020	Sin respuesta
	Reiterativa DP/ AVEDH/176/2020	

Ministerio de Hidrocarburos	DP/AVEDH/135/2020 Reiterativa DP/AVEDH/153/2020	Mediante notas: MH-02044 DESO-0809 MH-02160 DESO-0865 El Ministerio rechazó y devolvió las notas argumentando que tienen que ser remitidas a través del Ministerio de la Presidencia
Ministerio de Justicia y Transparencia Institucional	DP/AVEDH/140/2020 Reiterativa DP/ AVEDH/177/2020	MJTI-DESP N° 378/20
Ministerio de Minería y Metalurgia	DP/AVEDH/141/2020 Reiterativa DP/ AVEDH/178/2020	MMM-276VPMRF-159/2020 MMM/DS/268-DGP-061/2020
Viceministerio de Política Minera	DP/AVEDH/142/2020	
Ministerio de Defensa	DP/AVEDH/116/2020	MD-SD-VIDECI-DGEA.No1351
Ministerio de Planificación del Desarrollo	DP/AVEDH/214/2020	Mediante nota MPD/DESPA-CHO-NE0068/2020 , negó y devolvió la solicitud de la Defensoría del Pueblo, argumentando que feneció el mandato de la Defensora.

CUADRO: REQUERIMIENTOS DE INFORME A ENTIDADES TERRITORIALES AUTÓNOMAS

Pueblo Indígena - Originario	Nivel Departamental	Respuestas GAD y SEDES	Nivel Municipal	Respuestas GAM's
YUQUI (Comunidades Bía Recuate y Pachinu)	Cochabamba	Se tiene respuesta: ✓ CITE: CE/GC-DESP/1111/2020 ✓ CITE: SEDES DIR No1087/20	Puerto Villarroel	Se tiene informe GAM Puerto Villarroel: CITE/GAMPV/ D.H.I.18/2020
			Chimoré	Se tiene respuesta: GAM Chimoré CITE: GAM N° 208/2020 y GAM N° 209/2020
URUS	Oruro	Se tiene respuesta: ✓ GAD-ORU/GAB. DESP. N° 915/2020	Popoó (Com. Puñaca Tinta María)	X
	La Paz	Se tiene respuesta: ✓ GADLP/AG/NEX-280/2020	Jesús de Machaca (Com. Comunidad Irohito Urus)	X
ARAONA	La Paz	✓ GADLP/SEDES/ DIRECCION/NEX-0166/2020	Ixiamas	X
ESE EJJA	La Paz		San Buenaventura (Com. Eiyuquibo)	X

YAMINAWA	Pando	✓ Se tiene respuesta SEDES Pando N° 545/2020	Bolpebra (Com. Puerto Yaminawa)	X
MACHINERI	Pando		Bolpebra (San Miguel)	
WEENHAYEK	Tarija	✓ Se tiene respuesta SEDES UNID. COORD. CITE N° 78/2020	Yacuiba (B. Avaroa)	Se tiene respuesta GAM Yacuiba: Cite. Stria. Desp. Mpal. N° 911/2020
			Villamontes (Com. Viscacheral)	X
TAPIETE	Tarija		Villa Montes (Com. Samaguete)	X
AYOREO	Santa Cruz	X	Roboré (Com. Tobité)	X

1.1. MEDIDAS ESTATALES PARA LA PROTECCIÓN DE LAS NACIONES Y PUEBLOS INDÍGENA ORIGINARIO EN CONTEXTO DE LA COVID-19

1.1.1. Medidas implementadas por el Gobierno Central

1.1.1.1 .Ministerio de Salud

Medidas Estatales de Atención en Salud para el tratamiento de la COVID-19

Mediante notas **MS/DOCH/CE/947/2020** de 26 de junio y **MS/VMTI/CE/135/2020** de 24 de junio, el Ministerio de Salud a través del entonces Viceministerio de Medicina Tradicional e Interculturalidad (VMTI) señala la implementación de acciones, planes, proyectos, protocolos, instructivos y otras medidas para la prevención, contención y tratamiento de la COVID-19. Respecto a la prevención, indica que han implementado, en las diferentes ciudades capitales de departamentos, cámaras de baños a base de eucalipto, wira wira y manzanilla; de acuerdo a los documentos adjuntos en el informe **MS/VMTI/CE/135/2020**, se habrían realizado en zonas y barrios de la ciudad de El Alto y La Paz.

Asimismo, informan la elaboración de: i) Protocolo de atención en salud para pueblos indígena originario campesinos y pueblo afroboliviano ante la Covid-19, ii) Plan de contingencia intersectorial ante la COVID-19 para pueblos indígena originario campesinos y pueblo afroboliviano, iii) Plan de contingencia de medicina tradicional como coadyuvante en la prevención de enfermedades respiratorias y coronavirus (COVID-19), iv) Adecuación a la guía, para el manejo y disposición de cadáveres de casos de COVID-19, para pueblos indígena originario campesinos y pueblo afroboliviano; y la realización de v) Acciones de coordinación y articulación del proyecto de Ley departamental de implementación de la medicina tradicional, para fortalecer la lucha contra la COVID-19. Al respecto, cabe señalar que el informe **MS/VMTI/CE/135/2020** consigna diferentes etapas de desarrollo de las propuestas sin hacer referencia a su estado de implementación.

Igualmente, el Ministerio de Salud señala la existencia del “Programa Nacional de Salud Intercultural”, enfocado en contribuir a la articulación de la medicina tradicional ancestral al Sistema Nacional de Salud, en ese marco informan de la realización del curso taller “Actualización

permanente en la atención de salud intercultural materno/neonatal de medicina en tiempos de COVID-19”, dirigido a parteras y parteros.

Acceso a la información sobre COVID-19

En cuanto al acceso a la información, el Ministerio de Salud a través del entonces Viceministerio de Medicina Tradicional e Interculturalidad informó, a través de las **notas MS/DOCH/CE/947/2020** de 26 de junio y **MS/VMTI/CE/135/2020** de 24 de junio, que ha procedido a la difusión y socialización de forma directa respecto a las causas, efectos, consecuencias, como prevenir y mitigar los efectos de la COVID-19 con la medicina tradicional, en cada una de las comunidades y territorios indígena originarios campesinos y con las diversas organizaciones de medicina tradicional; sin embargo se advierte que esta información sólo habría sido difundida en internet, redes sociales y medios radiales, por lo que su alcance habría sido limitado.

Medidas adoptadas en pueblos indígenas en Situación de Alta Vulnerabilidad

Respecto a medidas para evitar la propagación de la pandemia en territorios indígenas en situación de alta vulnerabilidad, el entonces Viceministerio de Medicina Tradicional e Interculturalidad informa del trabajo conjunto con la CIDOB y Defensa Civil para la prevención y protección en comunidades del oriente, anunciando la entrega de insumos biomédicos y alimentación seca; además de la implementación del “Proyecto de emergencia de habilitación y equipamiento del Centro de Contingencia a la COVID-19 en la Red de Salud N° 2 Apolobamba”, red que abarca a la cultura Mollo, Kallawaya, Lecos y Tacana, con recursos a ser financiados por “Médicos Mundi”, para la adecuación de infraestructura del Centro de Salud de Charazani, habilitando nueve camas de observación, tres salas de quirófano–terapia intensiva, 17 camas de respiración asistida, entre otros; no obstante, no se cuenta con información de que el anuncio fuese cumplido en su cabalidad.

Al respecto, la respuesta emitida por el Ministerio de Salud no informa acciones específicas para los pueblos indígena originarios en peligro de extinción Weenhayek, Ayoreo, Cavineño, Mositén, Cayubaba, Chacobo, Baure, Esse Eja, Canichana, Sirionó, Yaminawa, Machineri, Yuki (Mbya), Moré, Araona, Tapieté, Pacahuara, Guarasugwe y Uru; además de los pueblos indígenas en situación de aislamiento voluntario de los segmentos Toromona, Araona, Esse Eja, Yuqui, Ayoreo y Pacahuara, que se encuentran en los departamentos de Tarija, Santa Cruz, Beni, Pando Cochabamba, La Paz y Oruro.

Si bien la información utilizada proviene del Viceministerio de Medicina Tradicional e Interculturalidad, cabe hacer notar que mediante Decreto Supremo N° 4257 de 4 de junio de 2020, que modifica el Decreto Supremo N° 29894, de 7 de febrero de 2009, el citado viceministerio se eliminó adhiriéndose la temática al Viceministerio de Promoción y Vigilancia Epidemiológica, dependiente del Ministerio de Salud.

1.1.1.2. Ministerio de Minería y Metalurgia

Paralización de procesos de consulta previa

El Ministerio de Minería y Metalurgia (MMM), a través de nota **MMM-276 VPMRF-159/2020**, señaló que no existen medidas exclusivas para limitar los proyectos extractivos de explotación y desarrollo en territorios de los pueblos indígenas, y que todos los procesos de consulta previa se realizan de acuerdo a la Ley N° 535 de Minería.

Asimismo, mediante nota **MMM/DS/268-DGP-061/2020** de 30 de junio, el Ministerio aclara que los procesos de consulta previa tanto en su fase de deliberación como de mediación se encuentran paralizados como emergencia de los Decretos Supremos N° 4196, 4199, 4200, 4229, 4245 y 4276, ya que los sujetos de consulta, actores mineros, AJAM y el OEP se encuentran imposibilitados a asistir a los actos de consulta.

Respecto a protocolos o lineamientos de bioseguridad aplicados por el sector minero en territorios indígenas, refieren a los establecidos en la Resolución Multi-Ministerial N° 02/2020 de 21 de mayo de 2020, "Protocolo de bioseguridad para actividades del sector minero", que establece medidas generales de cumplimiento obligatorio (prevención, gestión de residuos, productos de desinfección), atención de servicios de salud, información, transporte de personal - minerales y desinfección de ambientes.

Por otro lado, informan que no cuentan con información que detalle casos COVID-19 reportados en proyectos mineros en territorios indígena originario campesinos, por aspectos de competencia del órgano rector en salud.

1.1.1.3. Ministerio de Defensa

Programas de asistencia humanitaria y atención de emergencia

El Ministerio de Defensa, mediante nota **MD-SD-VIDECI-DGEA.No.1351** e informe **DGEA.UR.01/2020**, señala que todos los bolivianos son atendidos ante emergencias y desastres, entre ellos los pueblos indígenas, en el marco de la autonomía municipal; al respecto, se advierte que se omite brindar información específica sobre la participación de los pueblos indígenas.

Participación en los Comité de Operaciones de Emergencia – Nacional, Departamental y Municipal

Asimismo, el precitado informe, respecto a la participación de los pueblos indígenas en los Comité de Operaciones de Emergencia–Nacional, Departamental y Municipal, señala que los pueblos indígenas tienen derecho y libertad a participar en los diferentes programas ante la pandemia COVID-19; sin embargo, no refiere si los COEN, COED y COEM tienen participación de los pueblos indígena originario campesinos o fueron considerados en dichos comités.

1.1.1.4. Ministerio de Medio Ambiente y Agua

Medidas adoptadas para proteger las tierras, los territorios y los recursos de los pueblos indígenas

El Ministerio de Medio Ambiente y Agua, mediante nota **MMAyA/DESPACHO/N°0416/2020** de 16 de junio, informa que en fecha 22 de abril de 2020 el Viceministerio de Medio Ambiente, Biodiversidad, Cambios Climáticos y de Gestión y Desarrollo Forestal (**VMABCCGDF**), aprobó la Resolución Administrativa **VMABCCGDF No 014/2020**, referida a las regulaciones ambientales precautorias para conservar y proteger a los animales silvestres y domésticos, entre otros.

La Resolución VMABCCGDF No 014/2020 prohíbe el uso y aprovechamiento de fauna silvestre, sus partes y derivados para el consumo alimenticio y medicinal en todo el territorio nacional de manera permanente; sin embargo, la caza de subsistencia únicamente está permitida a miembros de pueblos indígenas cuya práctica sea anterior a la invasión colonial española, dentro su territorio y sin fines comerciales. Asimismo, establece la prohibición de comercio de animales domésticos vivos; prohíbe prácticas que atenten contra la vida y bienestar de los animales.

Igualmente, el Ministerio de Medio Ambiente y Agua informa que en fecha 4 de mayo de 2020 se emitieron directrices para la aplicación de la Resolución Administrativa citada, aplicables a Entidades Territoriales Autónomas, Policía Boliviana, Fuerzas Armadas y sociedad civil; recalando que se permite únicamente a los miembros de las naciones y pueblos indígena originario campesinas el ejercicio de la caza con fines de subsistencia, reconociendo el derecho de las naciones y pueblos indígena originario campesinos, con relación al uso de la fauna silvestre para su consumo y medicina tradicional, esto dentro su territorio, sin fines comerciales y en coincidencia a su acervo milenario.

1.1.1.4.1. Servicio Nacional de Áreas Protegidas

Medidas adoptadas en Áreas Protegidas

El Servicio Nacional de Áreas Protegidas (SERNAP), mediante nota **CAR/DP N°0107/2020-SERNAP/2020-02904**, de 15 de junio de 2020, informa que en cumplimiento de los Decretos Supremos 4196, 4200, 4214 y 4229, ha emitido el Instructivo N° **0010/2020-SERNAP/2020-02293** de 15 de abril, respecto a la continuidad del cierre de servicios y atención en las áreas protegidas y colaboración a las comunidades y el **INS/DP N°0014/2020-SERNAP/2020-02051**, de 16 de marzo de 2020, sobre el cierre temporal de ingreso de turistas en las 22 Áreas Protegidas Nacionales, prohibiendo todo tipo de actividad de proyectos u obras.

Asimismo, el SERNAP señala que, en el marco del D.S. 28591 de 17 de enero de 2006, utilizaron el fondo de emergencia⁸³ de las Áreas Protegidas Nacionales y elaboraron "Planes de contingencia para enfrentar la COVID-19"⁸⁴, formulados en coordinación con las organizaciones indígenas que viven en áreas protegidas, mediante los cuales dotaron de insumos de bioseguridad al personal de las áreas protegidas y comunidades indígena originario campesinos; así también, efectuaron la dotación de alimentos a familias y comunidades del Parque Nacional Sajama, Parque Nacional AMNI Madidi, Parque Nacional Indígena Isiboro Sécore TIPNIS, Reserva Nacional de Fauna Andina Eduardo Avaroa, y además desarrollaron un Plan de contingencia de ayuda humanitaria a familias vulnerables de la Reserva Manupiri, otorgando los siguientes insumos:

- Alimentos: Fideos, aceite, sal, harina, carne y azúcar.
- Insumo de bioseguridad: Alcohol, jabón, lavandina y barbijos.
- Facilitación logística: Combustible y aceite para transporte terrestre y fluvial.
- Apoyo a entregas y coordinación con las organizaciones indígenas y campesinas.

Igualmente, informan acciones a iniciativa propia del SERNAP, con aportes de servidores públicos, de personas solidarias y otras instituciones, para realizar donaciones y ayuda humanitaria a comunidades donde ninguna institución del Estado llega o llegan con muchas dificultades por la lejanía y condiciones de accesibilidad.

Respecto a las acciones que ha desarrollado el SERNAP en comunidades, están: la facilitación de información de prevención y medidas de bioseguridad, jingles de prevención en quechua, recolección de apoyos, apoyo en instalación de trancas, facilitar el transporte fluvial y terrestre de víveres, medicamentos e insumos de bioseguridad.

Por otro lado, el SERNAP señala que en la mayoría de las comunidades indígenas vinculadas a las Áreas Protegidas no llegan las instancias de salud, apenas algunas comunidades cuentan con precarias postas médicas, carentes de insumos y sin médicos permanentes; razón por la cual esta institución apoya a instituciones voluntarias de salud, ONG que ayudan a pueblos indígenas, facilitando el transporte de personal médico o de enfermos a centros de salud cercanos.

83 D.S. 28591 de 17 de enero de 2006, Artículo 69 Fondo de Emergencia. El 10 por ciento (10%) del monto total neto anual de las recaudaciones provenientes del régimen de ingresos económicos por actividades de turismo en Áreas Protegidas, deberán ser destinados a un fondo de emergencia. Dichos recursos deberán ser ejecutados sólo cuando se deba efectuar gastos extraordinarios para casos excepcionales tales como contingencias, desastres y otros, para lo cual se requerirá la aprobación de las ANAP o la ADAP, según corresponda.

84 Parque Nacional Sajama, Parque Nacional AMNI Madidi, Parque Nacional Indígena Isiboro Sécore TIPNIS, Reserva Nacional de Fauna Andina Eduardo Avaroa y un Plan de contingencia de ayuda humanitaria a familias vulnerables de la Reserva Manupiri.

1.1.1.5. Ministerio de Desarrollo Productivo y Economía Plural

Acceso a medios de vida y alimentos en el contexto de la COVID-19

El Ministerio de Desarrollo Productivo y Economía Plural, mediante nota **CAR/MDPyEP/DGAJ/UDN N° 0145/2020** de fecha 18 de junio, señala que se encuentra diseñando y ejecutando políticas de producción alimentaria, sin señalar los programas y políticas que benefician a comunidades indígenas.

1.1.1.6. Ministerio de Justicia y Transparencia Institucional

Eliminación de Estigmas y Estereotipos negativos

El Ministerio de Justicia y Transparencia Institucional,⁸⁵ con notas **MJTI-DESP N° 378/20** de 3 de julio de 2020 e informe **MJTI-VJIIOC-INF N° 64/2020** de 2 de julio del Viceministerio de Justicia Indígena Originario Campesina, informó que con el objeto de tener un panorama amplio y poder así eliminar los estigmas y estereotipos de los pueblos indígenas en el contexto de la pandemia de la COVID-19, efectuó solicitudes de informe a Ministerios del Estado⁸⁶ referentes a medidas asumidas para prevenir, combatir, frenar la transmisión del virus y mitigar el impacto de la COVID-19 en las Naciones y Pueblos Indígena Originario Campesinos (NPIOC); asimismo el citado Ministerio menciona haber llevado reuniones con la CSUTCB, CSCIOB, CONAMAQ, CNMCIQB-BS, CIDOB y Presidente nacional Pueblo Afroboliviano; sin embargo no especifican los resultados obtenidos de las reuniones.

1.1.1.7. Ministerio de Planificación del Desarrollo

A través de nota **MPD/DESPACHO-NE 0068/2020** de fecha 27 de julio de 2020, el Ministerio de Planificación del Desarrollo denegó a la Defensoría del Pueblo la solicitud de una copia del “Plan para mitigar efectos de la COVID-19 en pueblos indígenas”, plan que fue anunciado públicamente por la Presidenta transitoria del Estado, en fecha 8 de julio de 2020.

1.1.2. Medidas Implementadas por los Gobiernos Autónomos Departamentales

En este acápite, se expondrán los resultados de los Requerimientos de Informe Escrito enviados a los gobiernos autónomos departamentales de Cochabamba, Pando, La Paz, Oruro y Tarija.

1.1.2.1. Gobierno Autónomo Departamental de Cochabamba

Mediante nota **SEDES DIR N° 1087/20**, de 4 de agosto de 2020, el Servicio Departamental de Salud de Cochabamba remite informe de la Unidad de Promoción de la Salud del Sedes, que en sus partes principales señala: “En cuanto al ingreso de la COVID 19 a las poblaciones indígenas, la patología ha sido detectada desde el 29 de mayo en la población de Biarecuate, a la fecha se ha diseminado por todos los consejos indígenas del área observándose grandes dificultades en el traslado y oportunidad de toma de muestras, pero manteniéndose la atención médica integral y oportuna de acuerdo a cada área de influencia de los establecimientos de salud”.

Número de personas con COVID-19

El informe del Gobierno Autónomo Departamental además señala que se “(...) tiene un total de 41 personas indígenas con casos confirmados por COVID, cinco recursos humanos reportados como positivos dentro de la red de los cuales tres son yuracarés, por otro lado se registran 77 casos sospechosos, además se tiene el 76% del total de enfermos recuperados a la fecha”.

⁸⁵ Se hace notar que el Ministerio de Justicia y Transparencia Institucional tenía bajo dependencia la Viceministerio de Descolonización.

⁸⁶ Ministerios de la Presidencia, Desarrollo Productivo y Economía Plural, Salud, Educación, Defensa, y Desarrollo Rural y Tierras.

Manejo de pacientes con COVID

Consultados sobre el manejo de pacientes indígenas con COVID-19, el Gobierno Autónomo Departamental señaló que las medidas de manejo de COVID-19 para la población indígena se basan en el manual de COVID-19 del Ministerio de Salud, asumidas por cada establecimiento de salud de los territorios indígenas, realizándose la determinación de caso sospechoso, probable y contacto, para la designación de toma de muestra y manejo de acuerdo a capacidad resolutive. Se realiza la determinación de cuadro leve, moderado y grave, quedando en la comunidad sólo los casos leves, siendo referidos los moderados o graves, en las comunidades se han asignado áreas de aislamiento, pero es cada paciente el que decide su aislamiento en estas áreas, en caso de no aceptarse el ingreso en el área de aislamiento de la comunidad, se realiza el seguimiento domiciliario. Los municipios dotan a los establecimientos de salud de medicamentos para el manejo de pacientes COVID-19 positivos de acuerdo a protocolo. Este proceso se ha dificultado por las bajas en el personal de salud, que con eso es insuficiente para mantener los centros de salud con la atención adecuada.

Medidas diseñadas e implementadas para detección y prevención

Respecto a la implementación de medidas para lograr la detección y prevención de la COVID-19, el Gobierno Autónomo Departamental informó los siguientes aspectos: Como Red Indígena de Salud se trabajó en un plan de contingencia para prevenir y detectar de manera oportuna los casos de COVID-19 en las poblaciones indígenas, este plan además fue trabajado con los municipios correspondientes al área de influencia, se determinaron en cuanto a prevención:

- Elaboración de un plan de contingencia al principio de la pandemia y posteriormente con la presencia de casos, una actualización del plan presentado a las GAMS, gobernación e instancias internacionales para apoyo, de acuerdo con las necesidades trabajadas con las autoridades.
- Reuniones intermunicipales para consolidación de cooperación mutua entre Chimoré y Villa Tunari, en relación a la atención médica de la TCO Yuracaré, en cuanto a la pandemia de COVID-19.
- Gestión de Referencia AÉREA (helicóptero) con las fuerzas Armadas Novena División del Ejército.
- Gestión de encapsulamiento del pueblo Yuqui (esta acción fue rechazada por la autoridades yuquis).
- Gestión de medicamentos e insumos de bioseguridad a instancia externa (a la fecha de hoy se ingresará con los equipos).
- Trabajo en coordinación con las GAMS en cuanto a brigadas de rastrillaje, recursos e insumos.
- Información y sensibilización a las organizaciones indígenas (CONIYURA, CIRI, YUQUI y CONISUR TIPNIS).
- Se enviaron notas de recomendación a los diferentes consejos indígenas.
- Se realizaron puntos de control en áreas de ingreso estratégicos, en conjunto con el personal de salud y las autoridades comunales:
 - Tranca de ingreso, control médico y punto de fumigación en Puerto Cochabamba CONIYURA.

- Tranca de ingreso, control médico y punto de fumigación en San José de Angosta CONISUR TIPNIS.
 - Control de ingreso y punto de control médico en Santa Rosa de la Boca del Chapare CONIYURA.
- Se realizaron acciones de educación y sensibilización a la población indígena, por parte del personal médico en las comunidades en visitas familiares y reuniones comunitarias.
 - Elaboración de material de señalización con la población sobre distanciamiento social, medidas de bioseguridad.
 - Se determina con las autoridades hacer cumplir la cuarentena a todas las personas que ingresan a las poblaciones indígenas (14 días).
 - Se han gestionado insumos de bioseguridad con UNICEF y la iglesia evangélica de manera que se complementen con los insumos dotados por los municipios.

En cuanto acciones de detección:

- Se gestionó ante las GAMs el ingreso de los equipos de toma de muestras, éstos no se encuentran disponibles por los tiempos requeridos para el ingreso a comunidades, por las bajas del personal (Chimoré al momento no cuenta con laboratoristas), por los tiempos que se requieren, en los cuales se abandonan las cabeceras de municipio.
- Se ha capacitado a personal médico de la Red Indígena en toma de muestras.
- Los establecimientos de salud han mantenido rastrillajes en sus áreas de influencia, pero por las bajas del personal no ha sido suficiente.
- Se están realizando tres brigadas de rastrillaje exhaustivo en las comunidades indígenas del municipio de Chimoré en la TCO Yuracaré y Yuqui, se tienen programadas dos brigadas para la próxima semana.
- Se han gestionado pruebas rápidas para la toma de muestras a la población Yuqui y Yuracaré (150), las mismas están disponibles en los municipios de Chimoré y Puerto Villarroel.
- En el pueblo Yuqui, se ha ofertado la toma de muestras a todos los casos sospechosos, pero gran parte de la población rechaza el procedimiento.
- El Sedes ha designado los medios de transporte viral a requerimiento de acuerdo a la necesidad para la toma de muestras de población indígena como prioridad.
- Se han gestionado 100 pruebas rápidas a través de la iglesia evangélica para el pueblo Yuqui, que están siendo usadas por el establecimiento de salud.

Acciones para evitar la estigmatización y estereotipos negativos

Por otra parte, el Gobierno Autónomo Departamental señala que "(...) no se han realizado acciones para evitar la estigmatización negativa en el contexto de la pandemia".

Medidas para la prevención, detección y manejo de la COVID-19 con pertinencia cultural

De acuerdo con el informe remitido a la Defensoría del Pueblo, la "(...) atención médica integral en los establecimientos de salud de la Red Indígena se realiza dentro de la Política en Salud Familiar Comunitaria Intercultural, dentro del pilar de la interculturalidad, colocando los saberes ancestrales de la población indígena en la misma posición que la medicina académica, en cuanto

a la atención por COVID-19, se respeta e incentiva los tratamientos con medicina natural en conjunto con los médicos tradicionales, se respetan también los procedimientos espirituales que se realizan, a la fecha en los casos de COVID-19 se están usando ambas medicinas, tradicional y académica, combinadas en el tratamiento de los pacientes”.

Acciones para facilitar información de la pandemia en idioma propio de los pueblos indígenas

En cuanto a medidas preventivas instituidas en el idioma propio de los pueblos indígenas, el Gobierno Autónomo Departamental informó realizar traducciones en idioma Yuqui de la socialización de las medidas preventivas para COVID-19 por parte las autoridades en conjunto a los médicos, de manera verbal, en tres actividades de socialización.

Naciones Indígenas en Situación de no Contacto y Contacto Inicial

Por otra parte, respecto a la situación de las poblaciones indígenas no contactadas o en contacto inicial, el informe señala que se tiene población No Contactada en la TCO YUQUI CIRI y que dicha población no ha entrado en contacto con los pobladores Yuquis hace más de un año, los encuentros ocasionales se dan ante el ingreso de los cazadores Yuquis, sedentarizados por semanas al monte, la población no contactada escapa de ellos por miedo, así que la medida tomada para resguardarla ha sido indicar a la población Yuqui que no ingrese a cazar a áreas muy alejadas para evitar el contacto con la población no contactada. Por otro lado, informaron que conjuntamente a las autoridades Yuquis se han gestionado alimentos de parte de la Gobernación, Defensa Civil, la iglesia y otras instancias, lo cual está permitiendo mantenerse auto encapsulados a los comunarios yuquis, al no necesitar ir a buscar alimento tanto al monte como a las cabeceras de municipio.

Medidas de prevención y/o protección tomando en cuenta la Ley 450 y la pandemia de la COVID-19

Asimismo, el informe citado manifiesta: “(...) se ha desarrollado el plan de contingencia presentado a Gobernación, Sedes, instancias externas, y GAMs para poder hacer frente a la pandemia, pero por falta de recursos a nivel municipal, no se está llevando a cabo”.

Participación de los pueblos indígenas para la inclusión de sus instituciones y autoridades propias en la formulación e implementación de políticas públicas

Por otra parte, el Gobierno Autónomo Departamental señaló en su informe que no se cuenta con inclusión de participación de autoridades e instituciones indígenas a nivel departamental.

Presupuesto

En cuanto al presupuesto, el citado informe señala que “la Red Indígena de Salud presentó los requerimientos a las instancias municipales las cuales han respondido en la medida de sus capacidades, indicando que no cuentan con suficiente recurso económico, se recomienda al nivel central del Estado disponer recursos para fortalecer la atención por COVID-19”.

1.1.2.2. Gobierno Autónomo Departamental de La Paz

Mediante nota **GADLP/SEDES/DIRECCION/NEX-0166/20**, de 2 de agosto de 2020, el Servicio Departamental de Salud de La Paz remite informe **GADLP/SEDESLP/UPSYPE/MTI/INF-018/2020** de la Unidad de Promoción de la Salud y Prevención de Enfermedades, que en sus partes principales señala: “La acciones (...) están enmarcadas a contribuir a mejorar las condiciones de vida y de la población (...) a través de la promoción de la salud, a partir de un enfoque de derechos humanos y determinantes sociales de la salud, tomando como eje fundamental la Política de Salud Familiar Comunitaria Intercultural, en alianza estratégica con los diferentes organizaciones sociales, sociedad civil y cooperación internacional”.

Número de personas con COVID-19

Asimismo, dicho informe señala que de acuerdo "(...) a la ficha epidemiológica CORONAVIRUS COVID-19 del SNIS nacional dependiente del Ministerio de Salud, la misma que se está utilizando para la recopilación de información al respecto, no se cuenta con la variable que indique la autopertenencia, por lo que no es viable realizar la cuantificación de casos positivos COVID-19 de las personas pertenecientes a las naciones y pueblos indígenas. Sin embargo, las redes rurales realizan atenciones en salud a los PIOC de manera general".

Manejo de pacientes con COVID-19

En cuanto al manejo de pacientes, el Gobierno Autónomo Departamental manifiesta que los pacientes diagnosticados con COVID-19 fueron realizados por la Unidad de Epidemiología centro COVID, dependiente del SEDES LP y, por otra parte, que la Unidad de Promoción de la Salud y Prevención de enfermedades a través de la Área de la medicina Tradicional e Interculturalidad ha implementado el "Plan de Desinfección a vapor con plantas medicinales que coadyuvan en la prevención de la enfermedad de COVID-19".

Medidas diseñadas e implementadas para detección y prevención

Por otra parte, el informe señala en "(...) referencia a la prevención, la unidad de Promoción de la Salud y Prevención de enfermedades del Sedes La Paz, a través de la área de la Medicina Tradicional e Interculturalidad, realizó material de difusión audiovisual y cuñas radiales enmarcados en la Pandemia Coronavirus COVID-19" y que la detección de casos sospechosos y confirmados está a cargo de la Unidad Epidemiología del Sedes.

Acciones para evitar la estigmatización y estereotipos negativos

Por otra parte, se señala que se estaría realizando de forma transversal del Plan Departamental de Adecuación y ajuste del Plan de Contingencia COVID-19 con enfoque intercultural y participación social, enmarcado en el Plan Estratégico Departamental COVID-19.

Medidas para la prevención, detección y manejo de la COVID-19 con pertinencia cultural

El Gobierno Autónomo Departamental señala que la unidad de Promoción de la Salud y Prevención de enfermedades del Sedes La Paz, a través del área de Medicina Tradicional e Interculturalidad, ha realizado cuñas radiales, afiches y trípticos en los idiomas aymara y quechua, para la difusión de la información sobre la pandemia Coronavirus COVID-19, que se encuentran en redes sociales y página web del Sedes La Paz.

Acciones para facilitar información de la pandemia en idioma propio de los pueblos indígenas

Respecto a este punto, el Gobierno Autónomo Departamental reiteró lo señalado en el punto anterior.

Naciones Indígenas en Situación de no Contacto y Contacto Inicial

De acuerdo con el informe emitido: "La Unidad de Epidemiología de Sedes fue la encargada de realizar la mencionada actividad"; sin embargo, no menciona qué acciones fueron realizadas.

Medidas de prevención y/o protección tomando en cuenta la Ley 450 y la pandemia de la COVID-19.

En cuanto a este punto, el informe remitido por el Gobierno Autónomo Departamental señala que a la fecha se estaría realizando la adecuación y ajuste del Plan de Contingencia COVID-19 con

enfoque intercultural y participación social, enmarcados en el plan estratégico departamental. Así como señala que los “(...) PIOCs reciben la atención médica sanitaria de acuerdo a los protocolos y medidas del sistema público de salud”.

Participación de los pueblos indígenas para la inclusión de sus instituciones y autoridades propias en la formulación e implementación de políticas públicas

Respecto a este punto, el informe citado no hace referencia a la participación de los pueblos indígenas en específico, señalando únicamente que el área de la Medicina Tradicional realizó una propuesta de prevención, contención de la infección de COVID-19 ante el Viceministerio de la Medicina Tradicional e Interculturalidad.

Mitigación de efectos socioeconómicos

Por otra parte, el informe cita que el “(...) Área de la Medicina Tradicional no tiene competencia en dar respuesta a efectos socioeconómicos causados por las medidas sanitarias y por cuarentena por la COVID-19”.

Proyectos extractivos de exploración o desarrollo

En cuanto a este aspecto, el informe cita que es de responsabilidad de la Secretaría de la Madre Tierra de la Gobernación del Departamento La Paz.

Implementación del Plan Mitigación Pueblos Indígenas

A través de nota **GADLP/AG/NEX-280/2020** de 26 de agosto de 2020, se envía la comunicación escrita **GADLP/SEDES/DIRECCION/NEX-0268/2020** de 25 de agosto de 2020 e informe **GADLP/SEDES-LP/UPSYPE/MTI/INF-29/2020** de 20 de agosto de 2020, por el cual el Sedes La Paz refiere:

“(...) el COEN (Comité de Operaciones de Emergencia Nacional) y el Gobierno Nacional han implementado el Plan de Mitigación sobre los efectos de la COVID-19, sobre los pueblos indígenas, basado en el PROTOCOLO PARA ABORDAJE DE COVID-19 EN PUEBLOS INDÍGENA ORIGINARIO CAMPESINOS Y AFROBOLIVIANOS”.

El Plan de Mitigación tiene el objetivo de desarrollar estrategias y acciones coordinadas interinstitucionalmente para mitigar los efectos de la Pandemia de la COVID-19, mediante la promoción de la salud intercultural, apoyo alimentario, reactivación económico-productiva, y desarrollo de medidas de bioseguridad orientado a los pueblos indígena originario campesinos y afrobolivianos.

Asimismo, los encargados de su ejecución serían:

- Ministerio de Salud:
 - Viceministerio de Medicina Tradicional Interculturalidad
 - Viceministerio de Salud y Promoción
- Ministerio de Presidencia:
 - Viceministerio de Coordinación con Movimientos Sociales y Sociedad Civil
- Ministerio de Defensa:
 - Viceministerio de Defensa Civil
- Ministerio de Desarrollo Rural y Tierras

- Ministerio de Justicia y Transparencia Institucional:
Viceministerio de Justicia Indígena Originaria y Campesina
- Organizaciones Originarias:
CIDOB (Confederación de Pueblos Indígenas del Oriente, Chaco y Amazonia de Bolivia)
CONAMAQ (Consejo Nacional de Ayllus y Marcas del Qullasuyo)
- Organizaciones Internacionales
Sistema de Naciones Unidas
Consortio de Agencias Humanitarias
Cruz Roja Boliviana

Por otra parte, el informe del Sedes refiere que los diferentes ministerios del Estado realizan la implementación del Plan de Mitigación, llevando ayuda humanitaria consistente en alimentación víveres, vituallas; asimismo, refieren que el Gobierno Autónomo Departamental de La Paz a través Sedes La Paz debe apoyar con i) Pruebas rápidas y ii) Recursos Humanos consistente en brigadas médicas (un médico general, un odontólogo y auxiliar de enfermería) y médico tradicional, que entregaría kit de plantas medicinales.

1.1.2.3. Gobierno Autónomo Departamental de Pando

Mediante la nota **SEDES Pando N° 545/2020** de fecha 5 de agosto de 2020, se remite informe **UNI-REDES-N° 180/08/2020** de 13 de agosto de 2020, adjuntando una tabla de información sobre los municipios de Cobija, Porvenir, Filadelfia, Bellaflor y Bolpebra.

A efectos de la presente investigación, se detalla datos del municipio de Bolpebra perteneciente a la Red 1:

- **Número de personas indígenas con COVID:** tres personas (dos de sexo femenino y uno masculino), grupo etario de 40 a 49 años.
- **Manejo de pacientes con COVID:** se realizó el aislamiento y cuarentena de los pacientes COVID-19 positivos y se les inició tratamiento con base en el protocolo departamental aprobado por el Sedes Pando.
- **Medidas diseñadas e implementadas para detección y prevención:** se invitó a la presidenta CIPOAP para hacer la socialización de la enfermedad a los indígenas en su propio idioma y con la toma de muestras.
- **Acciones para evitar la estigmatización y estereotipos negativos:** No tiene acciones.
- **Medidas para la prevención, detección y manejo del COVID con pertinencia cultural:** atenciones en cada establecimiento en la comunidad con la orientación de los cuidados.
- **Acciones para facilitar información de la pandemia en idioma propio de los pueblos indígenas:** no tiene acciones.
- **Naciones Indígenas en Situación de no Contacto y Contacto Inicial:** no tiene acciones.
- **Medidas de prevención y/o protección tomando en cuenta la Ley 450 y la pandemia de la COVID-19:** no tiene acciones.

- **Participación de los pueblos indígenas para la inclusión de sus instituciones y autoridades propias en la formulación e implementación de políticas públicas:** no tiene acciones.
- **Mitigación de efectos socioeconómicos:** no tiene acciones.
- **Proyectos extractivos de exploración o desarrollo:** no tiene acciones.

1.1.2.4. Gobierno Autónomo Departamental de Oruro

Mediante la nota de **CITE: GAD-ORU/GAB.DESP.N°915/2020** de fecha 3 de noviembre de 2020, se remite nota CRS: 364/2020 de 30 de octubre de 2020 emitida por el Sedes Oruro, donde refiere acciones que se habrían realizado en favor de los pueblos indígenas en el contexto de la pandemia:

En coordinación con las autoridades locales de los pueblos indígenas y el personal de salud de los diferentes municipios de nuestro departamento, se tomaron diferentes acciones respecto a la contingencia contra el coronavirus, mediante la activación de los COES municipales y planes de contingencia, en los que se tienen actividades a implementar a través de responsables y comisiones en casos de pacientes sospechosos y positivos COVID-19.

El sector salud no realiza actividades que puedan contribuir en la mejora de los efectos socioeconómicos de los diferentes pueblos indígenas originarios de nuestro departamento, ya que el personal de salud hace trabajos que se limitan a actividades de promoción, prevención, atención integral de menor de cinco años, del adulto mayor, atención médica, etc. Mismos en el marco de la aplicación del Seguro Único de Salud, lo cual no genera ingresos económicos ni cobro alguno.

El personal de salud de los municipios donde se encuentran los pueblos indígenas originarios realiza reuniones con la comunidad en las que se organiza actividades de promoción, prevención, distanciamiento social y manejo de equipos de bioseguridad de la COVID-19 para concientizar a la población para la eliminación de estigmas y estereotipos negativos que algunos pueblos indígenas tienen frente a la COVID-19.

Mediante los profesionales de salud, se realizó actividades de promoción y prevención mediante ferias, papelógrafos, además de programas radiales en el idioma nativo de cada municipio, en coordinación con autoridades de salud, originarios y municipales.

Se realizó actividades de promoción y prevención mediante la visita domiciliaria, ferias de salud, sesiones educativas enfocadas en la prevención de la COVID-19 y aislamiento de pacientes según necesidad. Se realizó la dotación de insumos de bioseguridad (barbijos, alcohol en gel, medicamentos etc.) que permitan la protección de los pobladores de estas comunidades frente a la COVID-19. Todo esto en estrecha coordinación con autoridades de los diferentes municipios de las redes de salud del departamento de Oruro, tomando en cuenta la Ley N° 450 de protección a naciones y pueblos indígena originarios en situación de alta vulnerabilidad.

Asimismo, el Sedes Oruro en su nota adjunta informe de las entidades territoriales autónomas del municipio Santiago de Huari y el Gobierno Autónomo Indígena Originario de Chipaya, que son declarados como naciones y pueblos indígena originarios; sin embargo, omite incorporar a los Urus Qot Zoñi, ubicados a orillas del lago Poopó en el municipio Poopó.

1.1.2.5. Gobierno Autónomo Departamental de Tarija

Mediante comunicación SEDES UNID.COORD.CITE N° 78/2020, de fecha 9 de julio de 2020, el Servicio Departamental de Salud Tarija, dependiente del Gobierno Autónomo Departamental de Tarija, informó:

- En el municipio de Yacuiba, la Red de Salud Yacuiba realizó la búsqueda de pacientes sospechosos; sin embargo, afirman que el pueblo Weenhayek a través de su capitania no permitió el ingreso de personas extrañas a su territorio para evitar la circulación comunitaria de la COVID-19.
- El Centro de Salud con internación transitoria Crevaux cuenta con un plan de contingencia de "Prevención, detección temprana y atención del coronavirus COVID-19", para ser aplicado a personas sospechosas o con sintomatología.
- Respecto al municipio Villamontes, señala que no registraron casos positivos de COVID-19 en pobladores pertenecientes a pueblos indígenas.
- En cuanto a la socialización, refieren realizar charlas en grupos y en forma individual con autoridades o capitanes, respetando sus usos y costumbres; asimismo, las autoridades de la subgobernación en el caso de Villamontes, dando respuesta a la estrategia IEC, elaboraron spots publicitarios sobre la emergencia sanitaria en el idioma nativo Weenhayek.
- En cuanto a manejo de pacientes, el Sedes informó que dan cumplimiento a protocolos establecidos a nivel nacional; además de la implementación de la política nacional en salud SAFCI (Salud Familiar Comunitaria e Intercultural) y que la atención médica es a través del SUSAT y del SUS en los tres niveles de atención con cobertura universal y gratuita.
- Que cuentan con una Ley Departamental N° 407 de emergencia sanitaria de lucha contra el coronavirus, emitido el 20 de marzo del 2020, que tiene por objeto encomendar al Órgano Ejecutivo Departamental asumir todas las acciones y disponer de los recursos necesarios para proteger, prevenir, disminuir el riesgo de transmisión del coronavirus (COVID-19), garantizando el acceso gratuito de la población en general, a insumos de prevención, diagnóstico y atención en todos los servicios del departamento.
- Remiten copia del plan de contingencia para atención de la emergencia sanitaria COVID-19 del centro de salud Crevaux del municipio de Yacuiba, mismo que no considera un enfoque intercultural.

1.1.3. Gobiernos Autónomos Municipales

1.1.3.1. Gobierno Autónomo Municipal de Yacuiba

Mediante nota Cite.Stria.Desp. Mpal. N° 911/2020, de fecha 18 de junio de 2020, el GAM de Yacuiba remite informe técnico N° 110/2020 U.G.R. y C.C. de fecha 17 de junio, que señala:

- Procedieron a realizar los protocolos de bioseguridad con el fin de establecer los procedimientos y medidas de control necesarias para disminuir el riesgo de contagio al reintegro y continuidad de las actividades que se desarrollan dentro del municipio de Yacuiba.
- Que en los distritos del área urbana y rural del municipio, se realizó la dotación de bolsas alimentarias (previo registro y evaluación socioeconómica, con coordinación con los encargados de cada OTB's) a 9.494 familias, abarcando los ocho distritos del municipio, beneficiando a las familias más vulnerables que no percibían ningún tipo de beneficio u apoyo del Estado.
- El fortalecimiento de 91 ollas comunes en los Distritos 1 2, 3, 4, 6, 7, y 8, dotando de alimentos perecederos y no perecederos mediante la coordinación con los encargados de OTB's, según lo enmarca la Ley Municipal 010/2020 y su reglamento aprobado mediante Decreto 012/20220, beneficiando a 80 barrios, 4.597 familias y 18.289 personas.

- Con relación a los pueblos indígenas originarios, el municipio viene apoyando con el transporte de las personas desde sus comunidades a las entidades bancarias para que efectúen el cobro de los distintos bonos (Bono de Discapacidad, Bono Juana Azurduy de Padilla, Renta Dignidad).
- Realizó la elaboración del “Plan de Acciones para el Aprovechamiento Piscícola del Río Pilcomayo”, como una medida de fortalecimiento a las comunidades Weenhayek en la captura y comercialización de las especies piscícolas del Río Pilcomayo, bajo la capacitación, orientación y aplicación de procedimientos que establece el Reglamento de Pesca y Acuicultura del Departamento de Tarija y de las medidas de Bioseguridad que se establecen en los protocolos para evitar la propagación de la COVID-19.

1.1.3.2. Gobierno Autónomo Municipal de Chimoré

Con nota G.A.M.N° 209/2020 de fecha 24 de julio de 2020, el GAM de Chimoré informó que:

- Las autoridades de los Consejos YURACARÉ, YUQUI y CIRI (Caciques mayores, zonales y comunales) además de subalcaldes de los Distritos VII Y VIII, forman parte de las reuniones habituales del COE municipal de Chimoré, en la toma de decisiones y acciones públicas de prevención y atención frente a la COVID-19.
- Antes de la pandemia y el contagio ya tuvo presencia municipal en la atención o servicio de salud a través de las brigadas móviles de personal de salud desplazadas por todas y cada una de las comunidades indígenas.
- No recibieron ni un barbijo, guantes, insumos, uniformes de bioseguridad, equipamiento e ítems de personal médico, como apoyo por parte del Ministerio de Salud ni la Gobernación.
- Son escasos los recursos económicos del municipio, además los recursos comprometidos en el presupuesto nacional aprobado han sido o están siendo desembolsados a cuenta gotas hasta el presente mes de julio.
- Gran parte de la población dudaba de la existencia de esta enfermedad, inclusive nos ha generado muchos conflictos con las centrales, sindicatos, OTBs y organizaciones sociales de base.
- La toma de muestras rápidas para laboratorio son enviadas a los laboratorios de la ciudad de Cochabamba, cuyos resultados tardan de 10 a 20 días calendario.
- La distancia y el transporte fluvial impide una acción oportuna y efectiva al cien por ciento en la atención de los pacientes con coronavirus que se han ido presentando en las comunidades indígenas de nuestro municipio.
- En mitigación de los efectos socioeconómicos, el municipio por los recursos y presupuesto reducido poco o nada ha implementado en las comunidades o poblaciones indígenas a más de la dotación de alimentos gestionados a Defensa Civil y Gobernación Departamental de Cochabamba.
- El municipio ha tenido que intercalar entre la medicina científica y la medicina natural tradicional, recorriendo comunidad por comunidad y casa por casa, por las brigadas móviles de seguimiento y control de los casos de contagio.
- La información se ha reducido a la socialización mediante altavoces y difusión radiofónica y televisiva, además de las asambleas comunales, zonales y generales como congresos y ampliados de las centrales.

1.1.3.3. Gobierno Autónomo Municipal de Puerto Villarroel

El municipio de Puerto Villarroel con informe CITE/GAMPV/D.H.I. 18/2020, de fecha 20 de julio de 2020, señaló que:

- Elaboraron un PLAN MUNICIPAL DE EMERGENCIA PARA LA MITIGACIÓN Y PREVENCIÓN CONTRA LA COVID-19, en el que el personal médico prepara su Protocolo de Atención a pacientes con sospecha de COVID-19, tomando en cuenta distancia, acceso al lugar y la atención en primera instancia, considerando la realización de la referencia y contrarreferencia.
- El Distrito Municipal N° 9, de la comunidad indígena Yuqui, tiene su representación a través de su Subalcaldesa y autoridades de su comunidad.
- Realizaron la entrega de canasta familiar, considerando los sectores vulnerables siendo la parte social la responsable de la coordinación; además, como municipio realizaron gestiones para conseguir ayuda de Defensa Civil y la Gobernación.
- En cuanto a información, la socialización se realizó a través del personal de salud y con apoyo de material audiovisual elaborado por la Unidad de Comunicación, difundido por canales, radios locales y redes sociales.
- El trabajo se ha desarrollado a través del Centro de Salud de Bia Recuaté en coordinación con la Subalcaldesa del distrito para la prevención de la pandemia de COVID-19.
- Se realizó la distribución de insumos de bioseguridad en los 22 Centros de Salud y el Hospital de 2do. Nivel de Ivirgarzama, incluido el Centro de Salud de Bia Recuaté; además, para realizar la referencias se cuenta con una ambulancia del área de salud de Mariposas.

1.2. GUÍAS Y PROTOCOLOS COVID-19

1.2.1. Guía para el Manejo de la COVID-19

Para afrontar la pandemia de la COVID-19, el gobierno central mediante Resolución N° 116, del Ministerio de Salud, aprobó la "Guía para el Manejo de la COVID-19", que contiene los lineamientos, directrices y recomendaciones para el diagnóstico, abordaje clínico y manejo de pacientes; y que está dirigido al personal técnico, administrativo y operativo de todo el Sistema Nacional de Salud, incluyendo al Subsector Público, Seguridad Social a Corto Plazo y Privado.

Respecto a la prevención; la Guía en el punto 13, vigilancia epidemiológica⁸⁷, establece procedimientos de: i) Desarrollo de la vigilancia activa, ii) Vigilancia regular/pasiva, iii) Seguimiento y supervisión a la implementación de la vigilancia, iv) Preparación de la respuesta y v) Acciones de las redes de salud que contempla: a) Fortalecimiento de los recursos humanos de las Redes de Salud para la prevención, diagnóstico y tratamiento de casos⁸⁸; b) Fortalecimiento de la red de laboratorios para el diagnóstico⁸⁹; c) Equipamiento e infraestructura adecuada para la atención

87 Esencialmente, la vigilancia epidemiológica implica la recolección de datos sobre un problema de salud, su análisis y posteriormente la utilización de los mismos en la prevención de enfermedades y en la mejora de las condiciones de salud de la población.

88 Señalándose que: se establecerá contenido y metodología para la capacitación de los profesionales de salud que trabajan en los diferentes niveles de gestión y atención del sistema de salud, así como en la seguridad social y otras instancias que entregan servicios de salud.

89 Señalándose que se estandarizarán procedimientos referidos al manejo del laboratorio; se implementará un plan de capacitación de los recursos humanos de laboratorios seleccionados para fortalecer la capacidad diagnóstico; dotación de equipamiento y de insumos para el diagnóstico; desarrollo del flujograma de diagnóstico del coronavirus y diagnóstico diferencial.

de pacientes⁹⁰; d) Fortalecimiento de la gestión de medicamentos, insumos y reactivos⁹¹; e) Fortalecimiento del sistema de referencia y contrarreferencia⁹²; f) Fortalecimiento de acciones de bioseguridad⁹³; y g) Monitoreo y evaluación de las acciones⁹⁴.

Respecto a la detección y manejo, la Guía en el punto 13.2 contempla actividades de vigilancia epidemiológica, entre ellas la: a) Detección; b) Notificación de casos; c) Definiciones de caso; d) Investigación; e) Atención de brotes; f) Definición de Contacto; y g) Control y prevención. Además de la vigilancia comunitaria, con acciones y actividades específicas⁹⁵.

En ese sentido, se advierte que su contenido no efectúa un abordaje de la situación de los pueblos indígenas, así como omite considerar las desigualdades históricas, el acceso y la calidad de los servicios que reciben, y que les generan una situación de vulnerabilidad diferenciada a los efectos de la pandemia con relación a la población general; con todo ello, la guía no presenta elementos específicos de enfoque de interculturalidad ni diferenciado.

Asimismo, se advierte que no considera aspectos y particularidades de los pueblos indígenas, como su cultura, idioma y ubicación geográfica, constituyéndose como único acercamiento a la participación en la vigilancia comunitaria, establecida en el punto 13.3, al señalar que la misma deba realizarse con organizaciones representativas de la comunidad o barrio; sin embargo, no hace referencia a comunidades pertenecientes a naciones y pueblos indígena originario campesinas, evidenciando que los términos “comunidad o barrio” han sido enfocados simplemente para marcar su aplicabilidad en zonas y barrios de ciudades urbanas e intermedias.

Igualmente, en el procedimiento de notificación de casos sospechosos, establecido en el punto 13.2.2.1. de la guía, se señala que en cumplimiento de la gestión y flujo de información del Sistema Nacional de Información en Salud y Vigilancia Epidemiológica (SNIS-VE), los casos en investigación (sospechosos) de COVID-19 deben ser informados inmediatamente a los responsables de vigilancia epidemiológica del establecimiento a cargo de la atención, que a su vez deben notificarlo, de forma urgente a través de la Red de Salud al SNIS-VE tanto departamental (Sedes) como nacional (Ministerio de Salud), para lo cual el personal de salud deberá completar una ficha de notificación epidemiológica.

90 Con la definición de establecimientos de salud para la atención de casos. En cada departamento/Sedes se identificarán establecimientos de salud que atenderán los pacientes infectados por el coronavirus; dotación de equipamiento para la atención de los pacientes; y la reconversión de servicios.

91 Con la capacitación de los recursos humanos, definición de botiquines de atención, definición de mecanismos administrativos para compra de medicamentos e insumos

92 Con la difusión de la información sobre la conformación de la Red de Establecimientos de Salud y otros vinculados a la vigilancia epidemiológica que identifican y atienden casos sospechosos e infectados por el nuevo coronavirus; establecimiento de la Red de Ambulancia que debe cumplir con protocolos de bioseguridad; comunicación utilizando diversos medios que facilite la referencia y contra referencia; y la capacitación de los recursos humanos.

93 Con la capacitación/actualización sobre de medidas universales sobre bioseguridad; elaboración y difusión de material con información precisa sobre medidas de bioseguridad; compra y entrega de material básico requerido para garantizar la bioseguridad.

Poner en funcionamiento cajas de seguridad; desarrollo de procesos que aseguren la eliminación de residuos; y supervisión y monitoreo del cumplimiento de la norma.

94 A través de reuniones de evaluación; y simulacros y simulaciones en mesa, parciales y general.

95 Las acciones para cumplirse deben ser las siguientes: Planificar actividades de vigilancia comunitaria articulando con el establecimiento de salud o con organizaciones representativas de la comunidad o barrio; organizar el comité local de salud, si no existiera para coordinar las acciones; vigilancia en las comunidades o barrios; vigilancia en las escuelas; vigilancia en las familias; vigilancia en las fronteras;

Las actividades de la vigilancia comunitaria: Capacitar a los representantes de las comunidades o barrios para la difusión y vigilancia comunitaria, así como sobre cómo se debe actuar ante un caso sospechoso; detección; notificación al personal de salud; procedimientos de la notificación de casos sospechosos; referencia al establecimiento de salud coordinada con el personal de salud; transporte coordinado con personal de salud cumpliendo las normas de bioseguridad y protocolos de transporte; establecer un formulario de vigilancia comunitaria y añadir a anexos.

La ficha epidemiológica en su punto 2, identificaciones del paciente, no incorpora un acápite que permita la autoidentificación cultural del paciente, por lo cual se evidencia la imposibilidad que se genere información estadística desagregada sobre la incidencia, tasas de mortalidad y aumento del riesgo de infección en las comunidades indígenas, resultando ello en una exclusión de los pueblos indígenas en las estadísticas nacionales, departamentales y municipales y la formulación de medidas específicas para dicha población.

1.2.2. Protocolo para el Abordaje de Covid-19 en Pueblos Indígena Originario Campesinos y Afrobolivianos

Por otro lado, en fecha, 1 de julio de 2020 mediante Resolución Ministerial N° 334, del Ministerio de Salud, se aprobó el “Protocolo para el Abordaje de Covid-19 en Pueblos Indígena Originario Campesinos y Afrobolivianos”, que tiene el objetivo de “coadyuvar en la mitigación de la propagación de la COVID-19, a través de la atención integral en salud con enfoque intercultural para los pueblos indígenas, originarios, campesinos y afrobolivianos”; igualmente de “realizar acciones de Promoción de la Salud y Prevención de la enfermedad, con criterio de interculturalidad, en coordinación con los pueblos indígenas, originarios campesinos y afrobolivianos”; “apropiar las medidas de bioseguridad de COVID-19 establecidas, para la circulación de la población en los pueblos indígenas originarios campesinos y afrobolivianos”; “determinar las medidas que deben adoptar con referencia a la COVID-19, las autoridades locales, municipales y departamentales en los pueblos indígenas originarios, campesinos y afrobolivianos”; y alcanza a “toda la población indígena originaria campesino y afroboliviano del Estado Plurinacional de Bolivia”.

Del protocolo señalado, se evidencia que sólo abarca acciones de promoción de la salud, prevención y medidas de bioseguridad; y no así acciones y/o medidas que establezcan una atención integral en salud con enfoque intercultural, como señala el objetivo del protocolo; no obstante, que los considerandos de la Resolución Ministerial N° 334, del Ministerio de Salud, que aprueba el protocolo, destacan que el **sistema de salud es único e incluye a la medicina tradicional** de las naciones y pueblos indígena originario campesinos⁹⁶; que ante enfermedades y epidemias que amenacen la salud y existencia de pueblos indígena originario en situación de alta vulnerabilidad, en el marco del modelo plurinacional de salud, **deben adoptarse medidas relacionadas a su situación de alta vulnerabilidad, activándose mecanismos de prevención**⁹⁷; que es **deber de las médicas y los médicos tradicionales, guías espirituales de las naciones y pueblos indígena originario campesinos y afrobolivianos, parteras, parteros y naturistas, participar articulada y complementariamente con el Sistema Nacional de Salud, en caso de epidemias, desastres y emergencias**⁹⁸; y que el informe técnico MS/VTMI/DGMTI/IT/24/2020 de 23 de junio de 2020 hace énfasis en la necesidad de un protocolo. Estos aspectos no son desarrollados en el citado protocolo.

Asimismo, en las acciones de promoción de la salud y prevención de la enfermedad, con criterio de interculturalidad, establecidas en el punto 7 del protocolo, se refiere la conformación del comité local de prevención y lucha contra la COVID-19, (conformado por un representante de: establecimiento de salud, estructura social, prestador del servicio de medicina tradicional, delegado de la comunidad), al cual **delega en su mayoría funciones de gestión** (gestión de toma de muestras; gestión centro de aislamiento; gestión centro de recuperación; gestión alimentación e higiene personal, actualizar registros, dotación de insumos, equipos y material médico).

Asimismo, el Ministerio de Salud con el citado protocolo no precisa acciones específicas de responsabilidad del Estado como la de velar que se pongan a disposición de estos pueblos servicios de salud adecuados, para que puedan gozar el máximo nivel posible de salud, no toma

96 Establecido en el parágrafo II del Artículo 35 de la CPE.

97 Establecido en el parágrafo I de la Ley N° 450.

98 Establecido en el inciso e) del Artículo 9 la Ley N° 459.

en cuenta las condiciones económicas, geográficas, sociales y culturales, no establece vínculos específicos con los diferentes niveles de asistencia sanitaria; aspectos que debieran considerarse en el protocolo⁹⁹.

Igualmente, en cuanto a acciones de información, educación y comunicación establecidas en el punto 7.2., del protocolo, se limita únicamente a una directriz y la delegación de la misma a autoridades locales, municipales y departamentales; sin mencionar la capacitación del personal de salud en interculturalidad, para que las acciones de prevención y la atención que se brinden sean culturalmente apropiadas y libres de todo tipo de discriminación o estigmatización.

Así también, el protocolo se limita a enunciar medidas generales de protección que deben asumir las empresas que desarrollan actividades en alrededores de las comunidades y medidas de prevención que debe tomar la comunidad en el desarrollo de distintas actividades, medidas que carecen de un enfoque intercultural.

Por otra parte, respecto a las medidas de bioseguridad de COVID-19 para pueblos indígenas originarios, establecidas en el punto 8 del protocolo, si bien abarcan medidas para las empresas productivas y económicas circundantes a las comunidades de los pueblos indígenas, medidas generales para la comunidad, medidas generales en actividades domésticas, medidas generales en actividades de caza, pesca, siembra y cosecha, medidas generales del pijcheo, acullico y boleo, medidas generales del poreo (tomar yerba mate); se observa que las mismas se tratarían de recomendaciones generales.

Principalmente, se observa que el protocolo señalado no contiene recomendaciones dirigidas para operadores del sistema de salud y se limita a citar acciones de promoción de salud, prevención de la enfermedad y medidas de bioseguridad.

II. ESTADO DE SITUACIÓN

2.1. ENTREVISTAS Y VERIFICACIÓN DEFENSORIAL

En este acápite, se tratarán los resultados de las entrevistas efectuadas con: a) Autoridades indígenas de las comunidades, b) Las máximas autoridades del Sedes y/o director, o encargado de medicina tradicional del Sedes -responsable del servicio de salud que presta atención al pueblo indígena- y c) Las máximas autoridades del municipio y/o servidor público delegado para el efecto; igualmente, también se muestran los datos de las verificaciones efectuadas a los establecimientos de salud con cobertura a los pueblos indígenas sujetos del informe.

Asimismo, siguiendo los objetivos del informe, la información toma en cuenta distintos ámbitos, los cuales se detallan a continuación.

- **Los enfoques de interculturalidad, diferencial, y de pertinencia cultural** en las esferas de a) Medidas de Prevención – Vigilancia Comunitaria y b) Detección y manejo.
- **La eliminación de estigmas y estereotipos negativos** que puedan surgir sobre los pueblos indígenas en el contexto de pandemia de la COVID-19.
- **El acceso a la información** sobre la pandemia en los idiomas propios de los pueblos indígenas.

99 Con respecto al derecho a la salud de los pueblos indígenas el Convenio N° 169 en su Artículo 25.1. señala que los gobiernos deberán velar por que se pongan a disposición de los pueblos interesados servicios de salud adecuados o proporcionar a dichos pueblos los medios que les permitan organizar y prestar tales servicios bajo su propia responsabilidad y control, a fin de que puedan gozar del máximo nivel posible.

- **La prevención y protección de pueblos indígenas en situación de no contacto** de los pueblos Yuqui, Ayoreo y Araona.
- **La participación de los pueblos indígenas e inclusión de sus instituciones y autoridades** propias en la formulación e implementación de políticas públicas en los COEN, COED y COEM.
- **Las medidas de protección social** realizadas por el Estado en todos sus niveles para mitigar los efectos socioeconómicos.
- **La limitación de proyectos extractivos** de explotación o desarrollo en o alrededor de los territorios de los pueblos indígenas, ante la imposibilidad de llevar adelante procesos de consulta previa, libre e informada, desarrollada en un solo acápite, conforme los resultados de las entrevistas.

Para determinar la existencia de los enfoques de interculturalidad, diferencial y de pertinencia cultural, en las esferas de a) Medidas de Prevención – Vigilancia Comunitaria y b) Detección y manejo, se realizó una Verificación Defensorial a cada establecimiento de salud de primer nivel, al cual deberían acceder los pueblos indígenas originarios sujetos de este informe.

Este aspecto se tomó en cuenta, dado que la Guía del Manejo del COVID-19 en Bolivia establece que los establecimientos de salud tienen obligaciones específicas para la capacitación, educación del personal y los trabajadores de salud, el reconocimiento temprano de la infección, la toma de muestras, el tratamiento, entre otras; por lo cual se verificó sus condiciones de infraestructura, equipamiento, servicios básicos, la cantidad del personal de salud, la atención que realiza, su equipo de protección personal para la detección, manejo y el traslado de casos sospechosos.

2.1.1. PUEBLO INDÍGENA YUQUI

En el caso del pueblo Yuqui, se entrevistó a Jonathan Isategua, Cacique Mayor del Concejo Yuqui (**CMCY**); a la Doctora Keila Helen Ávila Vázquez, Coordinadora de la Red Indígena de Salud XIV (**CRIS**); a nivel municipal se entrevistó a Alberto Morales Moimol, Secretario General del Gobierno Autónomo Municipal de Chimoré (**SGGAMCH**) y Róger Laime Hidalgo, Director de Desarrollo Humano Integral del Gobierno Autónomo Municipal de Puerto Villarroel (**DDHIGAMPV**).

La Verificación Defensorial se realizó en el Puesto de Salud Bia Recuaté, del municipio de Puerto Villarroel.

2.1.1.1. Enfoques de interculturalidad, diferencial, y de pertinencia cultural en las esferas de a) Medidas de Prevención – Vigilancia Comunitaria y b) Detección y manejo

Los servidores públicos entrevistados de los municipios de Chimoré y Puerto Villarroel señalaron que contarían con Consejos Sociales Municipales de Salud¹⁰⁰; según el **DDHIGAMPV** en su municipio existirían: a) 16 puestos de salud, b) Cinco centros de salud con internación, c) un centro de salud ambulatorio y d) Un centro de salud integral; y de acuerdo **SGGAMCH** Chimoré contaría con: a) 14 puestos de salud, b) Un centros de salud con internación, y no tendría centro de salud ambulatorio ni centro de salud integral.

La **CRIS** indicó que las comunidades Yuqui accederían a la salud a través del Puesto de Salud de Bia Recuaté, ubicado en la misma comunidad y una distancia de 10 minutos de la familia más distante¹⁰¹.

100 Entrevista dirigida a servidor público del área de salud del municipio (3C).

101 Entrevista dirigida a servidor público del sedes y/o director, o encargado de medicina tradicional del sedes, y/o responsable del servicio de salud que presta atención al pueblo indígena (3B), pregunta: “2.2.2.

De la misma forma, el **CMCY** señaló que la comunidad tiene un establecimiento de salud¹⁰², de tipo puesto de salud¹⁰³, mismo que tomaría en cuenta su: a) Idioma, b) Medicina Tradicional y c) Cultura¹⁰⁴.

En la Verificación Defensorial, se evidenció que el puesto de salud de Bia Recuaté no cuenta con las condiciones mínimas para un puesto de salud de primer nivel conforme el siguiente detalle:

Características a verificar según norma nacional de caracterización de establecimiento de salud de primer nivel – puesto de salud	Características verificadas
<p>Infraestructura</p> <p>Galería exterior, Hall de ingreso, Baños con ducha, Sala de uso múltiple, Recepción-Archivo-Farmacia, Consultorio DOTS, Enfermería Polivalente (Vacunatorio y Crecimiento y Desarrollo), Sala Internación de Tránsito, Sala de Parto con Adecuación Cultural, Almacén, Depósito, Cuarto de limpieza, Depósito final RGES, Área de Transporte, Vivienda Personal</p>	<p>Cuenta con:</p> <p>Galería exterior, hall de ingreso, baños con ducha, consultorio, DOTS (Sistema de Tratamiento por Observación Directa), enfermería polivalente y depósito.</p>
<p>Equipamiento</p> <p>Estetoscopio doble campana, Linterna de exploración, Estufa tipo radiador, Ventilador de acuerdo a la región (Trópico), Detector ultrasónico de latido fetal, Equipo para ginecología, Estufa esterilizador en seco 30 litros, Cama de plaza y media, Silla apilable, Velador, Sábanas plaza y media (juegos), Sabanillas, Frazadas, Colchón de plaza y media y almohada, Cubrecamas, Portasueros, Casillero de un cuerpo con dos compartimentos</p>	<p>Cuenta con:</p> <p>Estetoscopio doble campana, linterna de exploración, detector de ultra sonido fetal, equipo de ginecología, silla apilable y portasueros.</p>
<p>Servicios básicos</p> <p>a) Sistema de Agua segura b) Energía Eléctrica o alternativa c) Saneamiento Básico</p>	<p>Se verificó que no cuenta con agua segura (el agua que se consume es agua verde de pozo sin tratar), tiene energía eléctrica alternativa (con motor, si no hay gasolina no hay energía eléctrica), cuenta con baño, ducha y pozo séptico.</p>
<p>Personal de salud</p> <p>Técnico: Hasta dos (2) auxiliares de enfermería.</p>	<p>Cuenta con 2 médicos generales y un auxiliar de enfermería.</p>

Por otra parte, el **CMCY**, también indicó que, en caso de que la comunidad necesitara de mayor atención médica por COVID-19, tendrían que trasladarse “al de Ivirgarzama al hospital, al hospital central de Ivirgarzama queda a 2 horas y media en auto”¹⁰⁵, siendo una limitación y/o problema “la distancia, no hay plata”¹⁰⁶. Aspecto corroborado por Verificación Defensorial y que se agrava por factores económicos.

Confirmando la Verificación Defensorial, respecto a las limitaciones y problemas en los establecimientos de salud, el **DDHIGAMPV** señaló que “en muchos casos la falta de recurso humano es el principal problema para brindar la atención permanente a la población y otro factor la infraestructura”; asimismo, el **SGGAMCH** indicó “la falta de personal médico”¹⁰⁷, y la **CRIS** señaló “personal de salud enfermo con COVID- 19, no se podrá mantener abierto el servicio de forma continua”¹⁰⁸

102 Entrevista dirigida a la autoridad indígena de la comunidad (3A), pregunta: “2.3.1.

103 *Ibid.*, pregunta: “2.3.1.1.

104 *Ibid.*, pregunta: “2.3.2.

105 *Ibid.*, pregunta: “2.3. 3.

106 *Ibid.*, pregunta: “2.3.4.

107 Entrevista dirigida a servidor público del área de salud del municipio (3C), pregunta: “2.3.

108 Entrevista dirigida a servidor público del sedes y/o director, o encargado de medicina tradicional del sedes,

Igualmente, el **CMCY** señaló que entre los problemas que tiene su comunidad en la implementación de medidas de prevención, detección y manejo de pacientes indígenas con COVID-19, está que “no tenemos abastecimiento de agua limpia. No nos podemos lavar las manos, no podemos hallar agua limpia, tampoco hay energía eléctrica que ayude con los alimentos, no contamos con comunicación para llamar”¹⁰⁹.

Prevención – Vigilancia Comunitaria

El **CMCY** y la **CRIS** señalaron que la comunidad ha sido capacitada para realizar acciones de vigilancia comunitaria, de acuerdo al **CMCY** el puesto de salud se hubiera encargado de ello; igualmente, el **CMCY** y la **CRIS** han coincidido en señalar que las mismas no hubieran sido en idioma materno sino sólo en castellano¹¹⁰.

El **CMCY** señaló que la capacitación abarcó: a) Planificar actividades de vigilancia comunitaria articulando con el establecimiento de salud o con organizaciones representativas de la comunidad, c) Vigilancia en la comunidad y e) Vigilancia en las familias¹¹¹; por el contrario la **CRIS** señaló que abarcó también la: b) Organización del comité local de salud, para coordinar las acciones¹¹². Igualmente, el **CMCY** y la **CRIS** coinciden señalando que no incluyó la d) Vigilancia en las escuelas.

La **CRIS** indicó que, en el contexto de la COVID-19, la comunidad ha sido capacitada en: a) Cómo se debe actuar ante un caso sospechoso, b) Detección de un caso sospechoso, c) Notificación al personal de salud, d) Procedimientos de la notificación de casos sospechosos, e) Referencia del caso sospechoso al establecimiento de salud, coordinada con el personal de salud, f) Transporte del caso sospechoso, coordinado con personal de salud cumpliendo las normas de bioseguridad y protocolos de transporte, g) Establecer un formulario de vigilancia comunitaria¹¹³; sin embargo el **CMCY** ha señalado que sólo se habría capacitado en c) Notificación al personal de salud y que “sólo fue una explicación de parte del personal de salud, no fue una capacitación”¹¹⁴.

La **CRIS** señaló que las comunidades Yuqui contarían con una planificación de vigilancia comunitaria articulada con el establecimiento de salud de la comunidad; que la misma se traduciría en “(...) planes de acción en conjunto con los municipios y las organizaciones indígenas, se realizaron acciones de prevención conjunta, se realizaron reuniones de capacitación”¹¹⁵.

Detección y manejo

La **CRIS** indicó que el puesto de salud de Bia Recuaté hubiera atendido a indígenas pertenecientes a el pueblo indígena Yuqui, bajo sospecha o con la enfermedad de la COVID-19¹¹⁶; para esto se hubieran utilizado la “Guía de manejo de la COVID-19 del Ministerio de Salud”¹¹⁷, la cual no contendría principios u orientaciones de interculturalidad, enfoque diferencial y/o pertinencia cultural¹¹⁸.

Por otro lado, el **CMCY** ha señalado que la prevención de casos de COVID-19 en la comunidad se efectúa a través de “charlas, proporcionarles barbijos para que salgan, pusimos una tranca sin

y/o responsable del servicio de salud que presta atención al pueblo indígena (3B), pregunta: “2.2.3.

109 Entrevista dirigida a la autoridad indígena de la comunidad (3A), pregunta: “2.2.1.2.

110 *Ibíd.*, preguntas: 2.1.1., 2.1.1.1.; y 2.1.1.2.

111 *Ibíd.*, pregunta: 2.1.1.3.

112 *Ibíd.*, pregunta: 2.1.2.

113 *Ibíd.*, pregunta: 2.1.3

114 *Ibíd.*, pregunta: 2.1.1.4.

115 Entrevista dirigida a servidor público del sedes y/o director, o encargado de medicina tradicional del sedes, y/o responsable del servicio de salud que presta atención al pueblo indígena (3B), pregunta: “2.1.5.

116 *Ibíd.*, pregunta: 2.3.1.

117 *Ibíd.*, pregunta: 2.3.1.2.

118 *Ibíd.*, pregunta: 2.1.5. y pregunta 2.1.5.1.

ayuda del municipio”¹¹⁹; y la detección de casos se realiza “mediante síntomas, eran llevados a la posta de salud, había también faringitis y los que no se recuperaron les hicieron pruebas y salió positivo, también eran enfermos dos médicos y una enfermera están en aislamiento”¹²⁰; igualmente que el manejo de casos en la comunidad “fueron aislados en el colegio y el internado, ahí están aislados porque tiene camas, pero no tiene agua”¹²¹.

El **CMCY** ha señalado que las personas con COVID-19 de su comunidad son atendidas en el establecimiento de salud y también en la comunidad con medicina tradicional¹²²; que no hubieran recibido un tratamiento diferenciado y prioritario en el establecimiento de salud por su condición de indígena¹²³; sin embargo, hace notar que el puesto de salud de Bia Recuaté exclusivamente atiende al pueblo indígena Yuqui.

El **CMCY** también ha señalado que su comunidad cuenta con una planificación de vigilancia comunitaria articulando con el establecimiento de salud¹²⁴; sin embargo, la misma tendría dificultades “hay ciertas dificultades cuando comenzamos con todo, cambiaron de médico, en eso de reunirnos hacia una fecha, no hubo reunión”.

Por otro lado, en la Verificación Defensorial, se evidenció que el puesto de salud en cuanto a equipamiento para la detección y manejo de la COVID-19, cuenta con un área de triage, consultorio para la atención de pacientes sospechosos de COVID-19 y centro de aislamiento; sin embargo, no cuenta con equipo para muestras, medio de transporte viral (tubos de muestra), medio de transporte de muestras refrigerado, no proporciona barbijos a todos los que presenten síntomas respiratorios, no aplica medidas para evitar aglomeraciones en áreas de espera, no cuenta con personal laboratorista para la toma de muestras, no cuenta con ambulancias para referencias, rastrillaje y traslado de casos sospechosos, ni cuenta con red o sistema de referencia y contrarreferencia, elementos contemplados en la guía del manejo de la COVID-19 del Ministerio de Salud.

Asimismo, dentro de la prevención y manejo, la Verificación Defensorial identificó que el personal de salud cuenta con equipo de protección personal, consistente en bata de protección, barbijo N95, guantes de látex y gafas protectoras, y con equipo de hipoclorito de sodio para la prevención y desinfección. Además, que la atención que realiza es de visita familiar y atención domiciliaria.

2.1.1.2. Eliminación de Estigmas y Estereotipos Negativos que puedan surgir sobre los pueblos indígenas en el contexto de pandemia de la COVID-19

En la entrevista realizada a la CRIS, respecto si el personal de su institución ha sido capacitado sobre la eliminación de estereotipos negativos que pueden ser atribuidos a los pueblos indígenas, durante la COVID-19, se señaló que sí fueron capacitados¹²⁵; y que la misma habría abordado la “capacitación en salud familiar comunitaria intercultural, centrada en el pilar de interculturalidad, en la modalidad de educación continua”¹²⁶.

Por otro lado, el **SGGAMCH** y **DDHIGAMPV** refirieron que no se han conocido hechos de discriminación por parte de servidores públicos de sus municipios hacia los pueblos indígenas en la cuarentena¹²⁷.

119 Entrevista dirigida a la autoridad indígena de la comunidad (3A), pregunta: 2.2.1.

120 *Ibid.*, pregunta: 2.2. 2.

121 *Ibid.*, pregunta: 2.2.3.

122 *Ibid.*, pregunta: 2.2.1.1.1.

123 *Ibid.*, pregunta: 2.2.1.1.2.

124 *Ibid.*, pregunta: 2.2.4.

125 Entrevista dirigida a servidor público del Sedes y/o director, o encargado de medicina tradicional del Sedes, y/o responsable del servicio de salud que presta atención al pueblo indígena (3B), pregunta: 3.1.

126 *Ibid.*, pregunta: 3.2.1.

127 Entrevista dirigida a servidor público del área de salud del municipio (3C), pregunta: 3.1.

Igualmente, el **SGGAMCH** señaló que el personal de su institución ha sido capacitado respecto a la eliminación de estereotipos negativos que pueden ser atribuidos a los pueblos indígenas, durante la COVID-19¹²⁸, y que la misma “la realizó el Sedes mediante médicos especialistas en el centro de salud”¹²⁹; sobre el mismo punto el **DDHIGAMPV** no refiere respuesta alguna.

Sin embargo, de la entrevista tomada al **CMCY** se advierte que cree que su comunidad fue discriminada o juzgada negativamente durante la cuarentena¹³⁰, y que el hecho de discriminación o acto negativo estaría vinculado a “sus tradiciones y costumbres, es difícil para las demás personas entender que no son personas que se quedan quietos, que son libres, cuando están internados en un hospital es como estar en prisión”¹³¹.

En ese marco, el pueblo Yuqui considera haber sido discriminado y juzgado negativamente, por sus tradiciones y costumbres, principalmente por el hecho de mantener hábitos itinerantes; por ese hecho, la presencia Yuqui en Chimoré, en Ivirgarzama habría sido rechazada al ser estigmatizados como portadores de la COVID-19. Asimismo, que hubieran sido discriminados en el Hospital de Ivirgarzama, donde no se les habría querido tomar pruebas por temor a la infección. Sin embargo, estos hechos no habrían sido denunciados y tampoco serían de conocimiento de autoridades municipales, por lo que no se habrían tomado acciones al respecto.

2.1.1.3. Acceso a la información sobre la pandemia en los idiomas propios de los pueblos indígenas

En la entrevista realizada a la **CRIS**, se señaló que el Sedes y los servicios de salud habrían desarrollado acciones de información dirigidas a pueblos indígenas¹³², que abarcó “documentos de información para difusión con las autoridades de los consejos indígenas”, fue en “idioma castellano”, y transmitidos mediante capacitaciones, charlas y documentos¹³³.

Por otro lado, el **SGGAMCH** y **DDHIGAMPV** refirieron que han realizado acciones de información sobre la COVID 19, dirigidas a pueblos indígenas¹³⁴; en el caso de **SGGAMCH** se señaló que se habría brindado información sobre “el cuidado, la utilización de barbijos y lavado de manos y coordinación con puestos de salud”, la información hubiera sido en idioma castellano, y se la habría brindado a través de “Radio Kawsachun Coca”¹³⁵. En el caso de **DDHIGAMPV**, señaló que se brindó “información sobre la COVID 19 y los cuidados para no contagiarse”, la misma fue en idioma “español, quechua y yuqui” y a través de “televisión, radio y redes sociales”¹³⁶.

En la entrevista realizada al **CMCY**, se señaló que el Pueblo Yuqui sí habría recibido información del Estado sobre la pandemia de la COVID-19¹³⁷, la misma hubiera sido proporcionada por el establecimiento de salud¹³⁸, y mediante charlas¹³⁹ en idioma “castellano porque la mayoría lo habla, los ancianos hablan yuqui y los jóvenes castellano”¹⁴⁰, a través de charlas¹⁴¹.

128 *Ibíd.*, pregunta: 3.2.

129 *Ibíd.*, pregunta: 3.2.1.

130 Entrevista dirigida a la autoridad indígena de la comunidad (3A), pregunta: 3.1.

131 *Ibíd.*, pregunta: 3.1.1.

132 Entrevista dirigida a servidor público del Sedes y/o director, o encargado de medicina tradicional del Sedes, y/o responsable del servicio de salud que presta atención al pueblo indígena (3B), pregunta: 1.

133 *Ibíd.*, pregunta: 4.1.

134 Entrevista dirigida a servidor público del área de salud del municipio (3C), pregunta: 4.1.

135 *Ibíd.*, pregunta: 4.1.1.

136 *Ibíd.*, pregunta: 4.1.1.

137 Entrevista dirigida a la autoridad indígena de la comunidad (3A), pregunta: 4.1.

138 *Ibíd.*, pregunta: 4.1.1.

139 *Ibíd.*, pregunta: 4.2.

140 *Ibíd.*, pregunta: 4.3.

141 *Ibíd.*, pregunta: 4.4.

2.1.1.4. Participación de los pueblos indígenas e inclusión de sus instituciones y autoridades propias en la formulación e implementación de políticas públicas en los COEN, COED y COEM

En la entrevista realizada al **CMCY**, se advirtió que no conocía las acciones que realiza el COEN, COED y COEM en su municipio y departamento¹⁴², por lo que ninguna autoridad gubernamental habría coordinado con su comunidad acciones específicas para enfrentar la COVID-19¹⁴³, ni tampoco hubiera participado en la toma de decisiones en las acciones desarrolladas por el COEM y COED¹⁴⁴.

En la entrevista realizada al **DDHIGAMPV**, se refirió que su municipio habría conformado el COEM, para la gestión de riesgos de la pandemia de la COVID-19¹⁴⁵; y que, como acciones para contar con la participación de representantes de pueblos indígenas en el COEM, se hubiera "acatado las disposiciones emanadas mediante decreto de parte del gobierno central y emitido leyes municipales y resoluciones de COEM"¹⁴⁶; y que las acciones realizadas a favor de pueblos indígenas hubiesen sido la "socialización sobre la COVID-19 en la comunidad indígena Yuqui y el fortalecimiento del personal de salud en su centro de salud"¹⁴⁷.

En la entrevista realizada al **SGGAMCH**, indicó que su municipio habría conformado el COEM, para la gestión de riesgos de la pandemia de la COVID-19¹⁴⁸; y que, como acciones para contar con la participación de representantes de pueblos indígenas en el COEM, se hubiera "buscado una comunicación con los subalcaldes de los distritos VII y VIII de las comunidades indígenas"¹⁴⁹, y que las acciones realizadas a favor de pueblos indígenas, hubiesen sido el "apoyo mediante víveres y algunos medicamentos"¹⁵⁰.

2.1.1.5. Medidas de protección social realizadas por el Estado en todos sus niveles para mitigar los efectos socioeconómicos

En la entrevista realizada al **DDHIGAMPV**, se señaló que el pueblo indígena Yuqui ha presentado problemas económicos y/o sociales a causa de la cuarentena y otras medidas sanitarias por la COVID-19¹⁵¹, vinculadas a: i) La alimentación por la forma y estilo de vida que tienen los pueblos indígenas, ii) Se suspendieron las clases en la Unidad Educativa Yaicuate¹⁵²; asimismo, señalaron que "exclusivamente para el pueblo indígena Yuqui no se tomaron acciones sino para todo el municipio de ayuda con dotación de la canasta familiar a gran parte de la población necesitada del municipio"¹⁵³.

Por otro lado, el **SGGAMCH** señaló que el pueblo indígena Yuqui ha presentado problemas económicos y/o sociales a causa de la cuarentena y otras medidas sanitarias por la COVID-19¹⁵⁴; vinculados a la alimentación "no sacan sus productos, no llegan algunos productos"; salud, (...) ¹⁵⁵ ante tal situación señalaron haber "gestionado apoyo de alimentación, y se ha podido hacer el ingreso de compradores para poder palear su economía, destinar la ambulancia para casos positivos de COVID-19 y ayudar a este sector para su desplazamiento"¹⁵⁶.

142 *Ibíd.*, pregunta: 6.1.

143 *Ibíd.*, pregunta: 6.1.1.

144 *Ibíd.*, pregunta: 6.2.

145 Entrevista dirigida a servidor público del área de salud del municipio (3C), pregunta: 6.1.

146 *Ibíd.*, pregunta: 6.1.1.

147 *Ibíd.*, pregunta: 6.1.2.

148 *Ibíd.*, pregunta: 6.1.

149 *Ibíd.*, pregunta: 6.1.1.

150 *Ibíd.*, pregunta: 6.1.2.

151 *Ibíd.*, pregunta: 7.1.

152 *Ibíd.*, pregunta: 7.1.1.

153 *Ibíd.*, pregunta: 7.1.2.

154 *Ibíd.*, pregunta: 7.1.

155 *Ibíd.*, pregunta: 7.1.1.

156 *Ibíd.*, pregunta: 7.1.2.

Sin embargo, de la información proporcionada por el **CMCY**, se advierte que el pueblo Yuqui ha tenido problemas económicos y/o sociales a causa de la cuarentena¹⁵⁷ en: i) Alimentación, “se requiere alimentos para poder mantener la cuarentena, los que no tienen estamos viviendo de donación”, ii) Educación, “no pasan clases y no saben qué pasará con sus niños y el año escolar”, iii) Salud, “20 personas de la comunidad, 17 Yuquis y tres personal de salud están con COVID-19”, iv) Discriminación, “la gente es discriminada, los del Hospital de Ivirgarzama ni siquiera quieren entrar a la comunidad a tomar muestras, por miedo a contagiarse”, v) Violencia, “no se conoce a detalle, pero el hecho de estar en su casa todo el tiempo, sin hacer actividades, ha generado conflictos, hay conflictos en las familias al estar mucho tiempo, sin novedades, sin trabajar, y vi) también se tuvo problemas con los del Consejo CIRI, que los discriminan y los atacan, cuando empezó la cuarentena quemaron su puesto de control en la tranca¹⁵⁸.”

Asimismo, el **CMCY** señaló que las comunidades del pueblo indígena Yuqui habrían sido beneficiarias de la entrega de bonos; sin embargo, “los viejos tuvieron problemas con su bono canasta, no aparecían en el sistema los bonos”, se les habría entregado la canasta familiar, no tendrían acceso a clases virtuales¹⁵⁹; igualmente, que las dificultades para el acceso a los beneficios del Estado, fue “se tuvo que salir al pueblo a cobrar los bonos, porque ni los militares ni el banco ingresó a pagar, la Directora del Centro de niños sí pudo cobrar el bono familia y entregó en la comunidad, fue una gestión de la organización”¹⁶⁰.

Finalmente, el **CMCY** mencionó que las medidas realizadas por el Estado no han logrado solucionar sus problemas¹⁶¹ ya que “por un lado se ha logrado se tenga acceso a dinero para comprar necesidades, como alimento, ropa y productos de primera necesidad; lo malo que la gente salió al pueblo y desde entonces han incrementado los casos de COVID-19”¹⁶².

2.1.2. NACIÓN ORIGINARIA URU

Como se ha señalado en la segunda parte de este documento, en Bolivia la Nación Originaria Uru está formada por 3 grupos: los a) Urus Iruitos o Irohito, b) Urus Chipaya y c) Qot Zoñi¹⁶³, en ese marco este informe sólo abarca a los Urus Qot Zoñi y Urus Iruitos.

2.1.2.1. PUEBLO ORIGINARIO URUS QOT ZOÑI

En el caso de los Uru Qot Zoñi se entrevistó a Pablo Flores Álvarez, Presidente del Comité de Defensa de la Comunidad (**PCDC**), al Doctor Juan Jesús Chire Condori, Responsable Departamental de Medicina Tradicional e Interculturalidad Sedes-Oruro (**RDMTI**); a nivel municipal se entrevistó a Santiago Poma Checa, Secretario Municipal Administrativo del Gobierno Autónomo Municipal de Poopó (**SMAMP**).

La verificación se efectuó en el Centro de Salud con Internación San Juan de Dios, del municipio de Poopó.

2.1.2.1.1. Enfoques de interculturalidad, diferencial, y de pertinencia cultural en las esferas de a) Medidas de Prevención – Vigilancia Comunitaria y b) Detección y manejo

El **SMAMP** señaló que el municipio de Poopó contaría con una Mesa Municipal de Salud y un Consejo Social Municipal¹⁶⁴; un Centro de Salud con internación, un Centro de Salud Ambulatorio, y un Centro de Salud Integral¹⁶⁵.

157 Entrevista dirigida a la autoridad indígena de la comunidad (3A), pregunta: 7.1.

158 *Ibid.*, pregunta: 7.1.1.

159 *Ibid.*, pregunta: 7.1.2.

160 *Ibid.*, pregunta: 7.1.2.1.

161 *Ibid.*, pregunta: 7.1.2.2.

162 *Ibid.*, pregunta: 7.1.2.2.1.

163 También conocidos como Urus Muratos, término considerado discriminatorio.

164 Entrevista dirigida a servidor público del área de salud del municipio (3C), pregunta: 2.1.2.

165 *Ibid.*, pregunta: 2.1.2.

El **RDMTI** indicó que las comunidades Uru accederían a la salud a través del Establecimiento de Salud con el Seguro General Municipal (SGM)¹⁶⁶. La comunidad Puñaca Tinta María no cuenta con un establecimiento de salud, debiendo acceder al centro de salud citado, que se encuentra a una distancia aproximada de 10 kilómetros (de 10 a 15 minutos en movilidad desde la comunidad).

En la Verificación Defensorial, se evidenció que el Centro de Salud con Internación San Juan de Dios cuenta con la mayoría de las condiciones para el funcionamiento de un centro de salud de primer nivel; sin embargo, presenta algunas falencias conforme el siguiente detalle:

Características a verificar según norma nacional de caracterización de establecimiento de salud de primer nivel - Centro de Salud con Internación	Características Verificadas
<p>Infraestructura</p> <p>Galería exterior o vestíbulo, hall de ingreso y espera, baños públicos (mujeres con cambiador de pañales), recepción-archivo, farmacia, sala uso múltiple, consultorio médico, consultorio odontología, enfermería polivalente (vacunatorio y crecimiento y desarrollo), dots, consultorio médico tradicional, laboratorio básico, sala internación de tránsito, baño usuarios, sala de parto con adecuación cultural, depósito, almacén, cuarto de limpieza, depósito final RGES, garaje, vivienda personal, portería</p>	<p>No cuenta con Consultorio Médico Tradicional.</p>
<p>Equipamiento</p> <p>Consultorio; Estetoscopio doble campana, linterna de exploración, estufa tipo radiador, ventilador de acuerdo a la región (Trópico), detector ultrasónico de latido fetal, equipo para ginecología.</p> <p>Enfermería; Estufa esterilizador en seco 30 litros, tubo de oxígeno con accesorios, juego manómetro, mascarilla y bigotera, camilla de lona, sillas de ruedas plegable, sillas de ruedas plegable.</p> <p>Mobiliario: Cama de plaza y media, silla apilable, velador, sábanas plaza y media (juegos), sabanillas, frazadas, colchón de plaza y media y almohada, cubrecamas, portasueros, casillero de un cuerpo con dos compartimentos. equipamiento: equipo de apoyo al paciente, esterilizador eléctrico de mesa seco 30 litros, centrífuga, microscopio, analizador hematológico, contador diferencial, lector para hematocrito, microcentrífuga, cronómetro, mechero bunsen, horno secador, rotador serológico, gradilla para tubos de 13x100 mm, gradilla para sedimentación globular, reloj de intervalo.</p>	<p>No cuenta con rotador serológico.</p>
<p>Servicios básicos</p> <p>a) Sistema de agua segura</p> <p>b) Energía eléctrica o alternativa</p> <p>c) Saneamiento básico</p>	<p>Cuenta con sistema de agua segura, energía eléctrica o alternativa, saneamiento básico.</p>

¹⁶⁶ Entrevista dirigida a servidor público del Sedes y/o director, o encargado de medicina tradicional del Sedes, y/o responsable del servicio de salud que presta atención al pueblo indígena (3B), pregunta: 2.2.2

<p>Personal de salud</p> <p>Profesionales: Médico(s) generales, odontólogo, Lic. Enfermería, Lic. Trabajo Social.</p> <p>Médico Tradicional, partera/o naturista: Estará sujeta a estudio, demanda de la población, usos y costumbres.</p> <p>Técnico: Auxiliar de Enfermería, técnico en farmacia y laboratorio clínico.</p>	<p>Cuenta con:</p> <p>Profesionales: médicos generales, Lic. Enfermería, odontólogo, <u>bioquímica</u>, trabajadora social. No cuenta con Lic. Trabajo Social.</p> <p>Técnicos: Auxiliar de Enfermería, técnico en farmacia, laboratorio clínico, <u>rayos X imagenología</u>.</p>
---	--

Confirmando la verificación Defensorial, el **SMAMP** señaló la “falta de ítem para Radiología” y “Falta de ítem para especialistas”; asimismo el **RDMTI** ha señalado “las limitaciones que existe es el equipamiento de bioseguridad”¹⁶⁷.

Igualmente, el **PCDC** señaló que su comunidad no tiene un establecimiento de salud¹⁶⁸, y que para recibir atención para la COVID-19 tendrían que trasladarse al “Centro de Salud Poopó”¹⁶⁹, siendo una limitación y/o problemas “transporte (traslado) al municipio de Poopó; comunicación (no existe), distancia y la discriminación médica (en la atención)”¹⁷⁰.

Prevención – Vigilancia Comunitaria

El **PCDC** señaló que la comunidad no ha sido capacitada para realizar acciones vigilancia comunitaria¹⁷¹; sin embargo, el **RDMTI** indicó que la institución a su cargo desarrolló acciones de capacitación y vigilancia comunitaria de la COVID-19 en comunidades Uru¹⁷², las cuales no habrían sido en idioma materno¹⁷³.

El **RDMTI** indicó que la capacitación abarcó: a) Planificar actividades de vigilancia comunitaria articulando con el establecimiento de salud o con organizaciones representativas de la comunidad, b) Organización del comité local de salud, para coordinar las acciones, c) Vigilancia en la comunidad, d) Vigilancia en las escuelas y e) Vigilancia en las familias¹⁷⁴; además de a) Cómo se debe actuar ante un caso sospechoso, b) Detección de un caso sospechoso c) Notificación al personal de salud, d) Procedimientos de la notificación de casos sospechosos, e) Referencia del caso sospechoso al establecimiento de salud, coordinada con el personal de salud, f) Transporte del caso sospechoso, coordinado con personal de salud cumpliendo las normas de bioseguridad y protocolos de transporte y g) Establecer un formulario de vigilancia comunitaria¹⁷⁵.

Asimismo, el **RDMTI** señaló que las comunidades Uru contarían con una planificación de vigilancia comunitaria articulada con el establecimiento de salud de la comunidad y el municipio¹⁷⁶; sin embargo, no señaló cómo es la planificación y cómo es esa articulación¹⁷⁷.

167 *Ibíd.*, pregunta: 2.2.3.

168 Entrevista dirigida a la autoridad indígena de la comunidad (3A), pregunta: 2.3.1.

169 *Ibíd.*, pregunta: 2.3.3.

170 *Ibíd.*, pregunta: 2.3.4.

171 *Ibíd.*, preguntas: 2.1.1.; 2.1.1.1.

172 Entrevista dirigida a servidor público del Sedes y/o director, o encargado de medicina tradicional del Sedes, y/o responsable del servicio de salud que presta atención al pueblo indígena (3B), pregunta: 2.1.1.

173 *Ibíd.*, pregunta: 2.1.1.1.

174 *Ibíd.*, pregunta: 2.1.2.

175 *Ibíd.*, pregunta: 2.1.3.

176 *Ibíd.*, pregunta: 2.1.5.

177 *Ibíd.*, pregunta: 2.1.5.1.

DetECCIÓN Y MANEJO

El **RDMTI** señaló que los establecimientos de salud no hubieran atendido a indígenas Uru¹⁷⁸, aspecto que es corroborado por el **PCDC** que indica que en su comunidad no habría personas bajo sospecha de tener COVID-19 o tiene la enfermedad¹⁷⁹.

Asimismo, el **RDMTI** no refirió nada sobre si las guías, protocolos o lineamientos para prevención, detección y manejo de personas indígenas bajo sospecha o con la enfermedad de la COVID-19, y si éstas contienen principios u orientaciones de interculturalidad, enfoque diferencial y/o pertinencia cultural¹⁸⁰ o qué señalan las mismas¹⁸¹.

Por otro lado, respecto a la prevención de casos de COVID-19 en la comunidad, el **PCDC** indicó que “no conocen, señalan que sólo se informaron por Radio Pío XII”¹⁸²; igualmente que para la detección de casos en la comunidad “el presidente del comité Uru - COVID-19 no trajo nada de material”¹⁸³ y en el manejo “no conocen”¹⁸⁴.

Asimismo, el **PCDC** señaló que entre los problemas que tiene su comunidad en la implementación de medidas de prevención, detección y manejo de pacientes indígenas con COVID-19 están la “falta de materiales de bioseguridad”, “no participan en el COEM”, “desconocen medidas de bioseguridad” y “carecen del servicio de agua potable (en su comunidad), porque sus pozos no abastecen (no recibieron atención)”¹⁸⁵.

Por otro lado, en la verificación Defensorial se evidenció que el Centro de Salud con Internación San Juan de Dios, en cuanto a equipamiento para la detección y manejo de la COVID-19, cuenta con: equipo para la toma de muestras, insumos para la recolección de muestras (hisopos de dacron), medio de transporte viral (tubos de muestra), medio de transporte de muestras refrigerado, proporciona barbijos a todos los que presenten síntomas respiratorios, un área de triage, un consultorio para la atención de pacientes con sospecha de COVID-19, un centro de aislamiento, aplica medidas para evitar aglomeraciones en áreas de espera, realiza limpieza y desinfección de áreas, personal laboratorista para la toma de muestras, ambulancias para referencias y rastrillaje, red o sistema de referencia y contrarreferencia.

Igualmente, que el personal del Centro de salud con internación San Juan de Dios cuenta con equipos de bioseguridad: bata de protección, barbijo N95, guantes de látex y gafas protectoras y equipo de hipoclorito de sodio, para la prevención y desinfección. Además, que la atención que se realiza es en visita familiar y atención domiciliaria.

2.1.2.1.2. Eliminación de Estigmas y Estereotipos Negativos que puedan surgir sobre los pueblos indígenas en el contexto de pandemia del COVID-19

De la entrevista tomada al **PCDC**, relató creer que su comunidad no fue discriminada o juzgada negativamente durante la cuarentena¹⁸⁶.

178 Ibid., pregunta: 2.3.1.

179 Entrevista dirigida a la autoridad indígena de la comunidad (3A), pregunta: 2.2.1.1.

180 Entrevista dirigida a servidor público del Sedes y/o director, o encargado de medicina tradicional del Sedes, y/o responsable del servicio de salud que presta atención al pueblo indígena (3B), pregunta: 2.3.2.

181 Ibid., pregunta: 2.3.2.1.

182 Entrevista dirigida a la autoridad indígena de la comunidad (3A), pregunta: 2.2.1.

183 Ibid., pregunta: 2.2. 2.

184 Ibid., pregunta: 2.2. 3.

185 Ibid., pregunta: 2.2.1.2.

186 Anexo 3A, pregunta: “3.1. ¿Cree usted que su comunidad fue discriminada o juzgada negativamente por algún hecho relacionado a la COVID – 19 durante la cuarentena?”

En la entrevista realizada al **RDMTI**, respecto si el personal de su institución ha sido capacitado sobre la eliminación de estereotipos negativos que pueden ser atribuidos a los pueblos indígenas, durante el COVID-19, no existe respuesta¹⁸⁷.

Por otro lado, el **SMAMP** refirió que no se habrían conocido hechos de discriminación por parte de servidores públicos de su municipio hacia los pueblos indígenas en la cuarentena¹⁸⁸; asimismo que la capacitación respecto a la eliminación de estereotipos negativos que pueden ser atribuidos a los pueblos indígenas, durante la COVID-19, se realiza “de acuerdo a las posibilidades del municipio a todos los sectores”¹⁸⁹.

2.1.2.1.3. Acceso a la información sobre la pandemia en los idiomas propios de los pueblos indígenas

En la entrevista realizada al **RDMTI**, señaló que el Sedes y los servicios de salud habrían desarrollado acciones de información dirigidas a pueblos indígenas¹⁹⁰; sin embargo, se indicó que se brindó información en idioma español¹⁹¹.

Por otro lado, el **SMAMP** refirió que se han realizado acciones de información sobre la COVID-19, dirigidas a pueblos indígenas¹⁹²; y que se habría brindado información sobre “medio oral en radio emisoras”¹⁹³; sin especificar qué información se brindó y en qué idioma¹⁹⁴.

En la entrevista realizada al **PCDC**, señaló que el pueblo Uru no habría recibido información del Estado sobre la pandemia de la COVID-19¹⁹⁵, y que la información que recibió fue a través de “Radio PIO XII, Radio Saucari y Radio Fides”¹⁹⁶.

2.1.2.1.4. Participación de los pueblos indígenas e inclusión de sus instituciones y autoridades propias en la formulación e implementación de políticas públicas en los COEN, COED y COEM

En la entrevista realizada al **PCDC**, se señaló que no conocería las acciones que realiza el COEN, COED y COEM en su municipio y departamento¹⁹⁷, y que ninguna autoridad gubernamental habría coordinado con su comunidad acciones específicas para enfrentar la COVID-19¹⁹⁸, ni tampoco se hubiera participado en la toma de decisiones en las acciones desarrolladas por el COEM y COED¹⁹⁹.

En la entrevista realizada al **SMAMP**, se refirió que su municipio habría conformado el COEM, para la gestión de riesgos de la pandemia de la COVID-19²⁰⁰; y que, como acciones para contar con la participación de representantes de pueblos indígenas en el COEM, se hubiera realizado

187 Anexo 3B, pregunta: “3.1. El personal de su institución ha sido capacitado respecto a la eliminación de estereotipos negativos pueden ser atribuidos a los pueblos indígenas, durante la COVID-19?”

188 Entrevista dirigida a servidor público del área de salud del municipio (3C), pregunta: 3.1.

189 *Ibíd.*, pregunta: 3.2.1.

190 Anexo 3B, pregunta: “1. ¿El Sedes o los servicios de salud han desarrollado acciones de información sobre la pandemia de la COVID-19, dirigidas a pueblos indígenas?”

191 Entrevista dirigida a servidor público del sedes y/o director, o encargado de medicina tradicional del sedes, y/o responsable del servicio de salud que presta atención al pueblo indígena (3B), pregunta: 4.1.

192 Entrevista dirigida a servidor público del área de salud del municipio (3C), pregunta: 4.1.

193 Anexo 3C, pregunta: 4.1.1.

194 Anexo 3C, pregunta: 4.1.1.

195 Anexo 3A, pregunta: 4.1.

196 Anexo 3A, pregunta: 4.4.

197 Anexo 3A, pregunta: 6.1.

198 Anexo 3A, pregunta: 6.1.1.

199 Anexo 3A, pregunta: 6.2.

200 Anexo 3C, pregunta: 6.1.

“resguardo poblacional, control de accesos a mercados, bancos y abastecimiento”²⁰¹; y que las acciones realizadas a favor de pueblos indígenas hubiesen sido el “apoyo en la distribución de la canasta familiar municipal”²⁰².

2.1.2.1.5. Medidas de protección social realizadas por el Estado en todos sus niveles para mitigar los efectos socioeconómicos

En la entrevista realizada al **SMAMP**, se señaló que el pueblo Uru ha presentado problemas económicos y/o sociales a causa de la cuarentena y otras medidas sanitarias por la COVID-19²⁰³, vinculadas a: i) Alimentación por la “falta de fuentes de trabajo” y ii) Salud por “falta posta sanitaria”²⁰⁴; asimismo, que hubo “(...) apoyo logístico”, como acción para que enfrenten los problemas económico y/o sociales²⁰⁵.

De la información proporcionada por el **PCDC**, se advierte que el pueblo Uru ha tenido problemas económicos y/o sociales a causa de la cuarentena²⁰⁶ en: i) Alimentación, “no pueden comprar nada, por la falta de recursos económicos”; ii) Educación, “no hay clases”; iii) salud, “no hay acceso a la salud”; iv) Discriminación, “permanente”; v) Violencia, “no hay violencia en la comunidad”; y vi) también que “no hay economía por el trabajo”²⁰⁷.

Igualmente, el **PCDC** señaló que el pueblo Uru habría sido beneficiado con la entrega de bonos: “sólo algunos cobraron el bono familia por falta de documentos”, la entrega de canasta familiar, “no cobraron”, clases virtuales, “no conocen” y entre otros “no conocen, ya cobraron les dijeron el bono familia”²⁰⁸; y que las dificultades que hubiera tenido su comunidad para acceder, los mismos hubiesen sido el “transporte, filas extensas, han dormido en las puertas de los bancos y falta de documentos”²⁰⁹.

2.1.2.2. PUEBLO ORIGINARIO URUS URU ITO

En el caso de los Uru Uruito, se entrevistó a Rosendo Inda Quispe, Sullka Mallku Urus Uru Ito (**SMUUI**); al Doctor Ronald Óscar Tarquino Huarachi, Médico del Centro de Salud Jancohaque (**MCSJM**); a nivel municipal se entrevistó a Fidel Mamani Mamani, Secretario Municipal del Gobierno Autónomo Municipal de Jesús de Machaca (**SMGAMJM**).

La Verificación Defensorial se realizó en el Centro de Salud Ambulatorio Jancohaque del municipio de Jesús de Machaca.

2.1.2.2.1. Enfoques de interculturalidad, diferencial y de pertinencia cultural en las esferas de a) Medidas de Prevención – Vigilancia Comunitaria y b) Detección y manejo

El **SMGAMJM** indicó que el municipio de Jesús de Machaca no contaría con un Consejo Municipal de Salud ni una Mesa Municipal de Salud²¹⁰, y que contaría con el Centro de Salud Ambulatorio Jancohaque²¹¹.

201 Anexo 3C, pregunta: 6.1.1.

202 Anexo 3C, pregunta: 6.1.2.

203 Anexo 3C, pregunta: 7.1.

204 Anexo 3C, pregunta: 7.1.1.

205 Anexo 3C, pregunta: 7.1.2.

206 Anexo 3A, pregunta: 7.1.

207 Anexo 3A, pregunta: 7.1.1.

208 Anexo 3A, pregunta:

209 Anexo 3A, pregunta: 7.1.2.1.

210 Anexo 3C, pregunta: 2.1.1.

211 Anexo 3C, pregunta: 2.1.1.

El **MCSJM** ha indicado que la comunidad Uru - Iruito accedería a la salud a través del Centro de Salud Ambulatorio, ubicado en Jesús de Machaca²¹²; asimismo que para recibir mayor atención por COVID-19 tendrían que trasladarse a "hospital de Norte" en la "av. Juan Pablo II de la municipio de El Alto", a "2 horas y 30 minutos aproximadamente"²¹³.

De la misma forma, el **SMUUI** señaló que comunidad tiene un establecimiento de salud²¹⁴, de tipo centro de salud ambulatorio²¹⁵, mismo que tomaría en cuenta su idioma, pero no así la medicina tradicional y cultura²¹⁶.

En la Verificación Defensorial, se evidenció que el Centro de Salud Ambulatorio Jancohaque cuenta con las condiciones mínimas para un puesto de salud de primer nivel, conforme el siguiente detalle:

Características a verificar según norma nacional de caracterización de establecimiento de salud de primer nivel - Centro de Salud Ambulatorio	Características verificadas
<p>Infraestructura</p> <p>Galería exterior o vestíbulo, hall de ingreso y espera, baños públicos (mujeres con cambiador de pañales), recepción-archivo, farmacia, sala uso múltiple, oficina técnica administrativa, consultorio médico, consultorio odontología, enfermería polivalente (vacunatorio y crecimiento y desarrollo), dots, depósito, cuarto de limpieza, depósito final RGES, vivienda personal, portería.</p>	<p>No cuenta con vivienda para el personal.</p>
<p>Equipamiento</p> <p>Negatoscopio, tensiómetro, lámpara de examen cuello de ganso, negatoscopio, estetoscopio doble campana, linterna de exploración, pantoscopio, tensiómetro pediátrico, detector ultrasónico de latido fetal, martillo de reflejos; lámpara de examen cuello de ganso, esterilizador eléctrico de mesa seco 30 litros, equipo de apoyo para enfermería.</p>	<p>Cuenta con el equipamiento.</p>
<p>Servicios básicos</p> <p>a) Sistema de agua segura</p> <p>b) Energía eléctrica o alternativa</p> <p>c) Saneamiento básico</p>	<p>Se observa que cuenta con sistema de agua segura, energía eléctrica o alternativa, saneamiento básico.</p>

212 Anexo 3B, pregunta: 2.2.1.

213 Anexo 3B, pregunta: 2.2.2..

214 Anexo 3A, pregunta: 2.3.1.

215 Anexo 3A, pregunta:2.3.1.1.

216 Anexo 3A, pregunta:2.3.2.

<p>Personal de salud</p> <p>Profesionales: Médico(s), Odontólogo, Lic. Enfermería, Lic. Trabajo Social.</p> <p>Técnico: Auxiliar de enfermería y técnico en farmacia.</p>	<p>Cuenta con:</p> <p>Profesionales: médicos generales (1), Lic. Enfermera (1), odontólogo (1). (No cuenta con Lic. Trabajo Social)</p> <p>Técnico auxiliar de enfermería y técnico en farmacia.</p>
--	---

El **SMUUI** también indica que en caso de que la comunidad necesitara de mayor atención médica por COVID-19 tendrían que trasladarse “al centro de salud de Jancohaque, ubicado en sector del mismo nombre, a 5 a 7 minutos en automóvil de la comunidad de Iru hito Urus”²¹⁷, siendo una limitación y/o problema la “falta de atención cuando se asiste por alguna dolencia o enfermedad; asimismo, el traslado de la comunidad al centro de salud es de 30 minutos”²¹⁸ (a pie).

Igualmente, respecto a las limitaciones y problemas en los establecimientos de salud, el **SMGAMJM** señaló como problema “la falta de intervención de las autoridades originarias a su comunidad, a pesar de coordinación, sobre información necesaria sobre la COVID-19”²¹⁹. Asimismo, el **MCSJM** ha señalado que el establecimiento de salud que presta servicios a la comunidad Uru Uru Ito, en la atención de la COVID-19 tendría limitaciones y/o problemas sobre que “el centro de salud atiende a cuatro comunidades, el material de bioseguridad no es suficiente, cuenta con vehículo (ambulancia) pero no cuentan con conductor”²²⁰.

Prevención – Vigilancia Comunitaria

El **SMUUI** señaló que la comunidad no ha sido capacitada para realizar acciones de vigilancia comunitaria²²¹; igualmente que en la comunidad Uru –Uru Ito “no tuvieron capacitación, pero realizan acciones de vigilancia comunitaria de la COVID-19”²²².

Sin embargo, el **MCSJM** indicó que su institución sí habría desarrollado acciones de capacitación con el pueblo Uru Uru Ito sobre a) Planificar actividades de vigilancia comunitaria articulando con el establecimiento de salud o con organizaciones representativas de la comunidad, b) Organización del comité local de salud para coordinar las acciones, c) Vigilancia en la comunidad, d) Vigilancia en las escuelas, e) Vigilancia en las familias²²³.

Igualmente, el **MCSJM** indicó que en el contexto de la COVID-19, la comunidad fue capacitada, en: a) Cómo se debe actuar ante un caso sospechoso, b) Detección de un caso sospechoso, c) Notificación al personal de salud, d) Procedimientos de la notificación de casos sospechosos, e) Referencia del caso sospechoso al establecimiento de salud, coordinada con el personal de salud, f) Transporte del caso sospechoso, coordinado con personal de salud cumpliendo las normas de bioseguridad y protocolos de transporte, g) Establecer un formulario de vigilancia comunitaria²²⁴; aunque como ya se indicó el **SMUUI** indicó que en la comunidad Uru –Uru Ito “no tuvieron capacitación, pero realizan acciones de vigilancia comunitaria de la COVID-19”²²⁵.

De acuerdo con el **MCSJM**, “las capacitaciones fueron realizadas a los Jiliri Mallkus de las cuatro comunidades que atiende el centro de salud (...) y a los estudiantes Uru Ito que llegan a 60

217 Anexo 3A, pregunta: 2.3. 3.

218 Anexo 3A, pregunta: 2.3.4.

219 Anexo 3B, pregunta: 2.3.

220 Anexo 3B, pregunta: 2.2.3.

221 Anexo 3A, preguntas: 2.1.1.; 2.1.1.1.; y 2.1.1.2.

222 Anexo 3A, preguntas: 2.1.1.5.; 2.1.1.1.; y 2.1.1.2.

223 Anexo 3B, pregunta: 2.1.1. y 2.1.2.

224 Anexo 3B, pregunta: 2.1.3

225 Anexo 3A, preguntas: 2.1.1.5; 2.1.1.1.; y 2.1.1.2.

estudiantes, aunque no todos los estudiantes son de la comunidad (...) durante la cuarentena rígida y flexible visitaron las familias de comunidades y socializaron la información sobre la COVID-19”²²⁶.

Además, el **MCSJM** ha indicado que la comunidad Uru Ito contaría con una planificación de vigilancia comunitaria articulada con el establecimiento de salud de la comunidad, que se traduciría en que “la articulación se realiza visitando a las familias de la comunidad Uru Ito que llegan a ser 28, y en las visitas se les informa sobre los síntomas, las acciones que deben hacer como el lavado de manos, comunicar al centro de salud, si llega algún familiar a la comunidad para tomar los controles, entre otros”²²⁷.

DetECCIÓN Y MANEJO

El **MCSJM** indicó que el establecimiento de salud ambulatorio que atiende al pueblo Uru Ito no tiene registro de personas, bajo sospecha o con la enfermedad del COVID-19²²⁸; y que los instrumentos para la prevención, detección y manejo para la COVID-19 en pueblos indígenas son “como guías o protocolos, sólo los proporcionados por el Ministerio de Salud, OMS, OPS, ellos cuentan con un plan de contingencia contra la COVID-19 que fue considerado de manera global”²²⁹; la cual no contendría principios u orientaciones de interculturalidad, enfoque diferencial y/o pertinencia cultural²³⁰.

Por otro lado, el **SMUUI** ha señalado que la prevención de casos de COVID-19 en la comunidad se efectúa “a través de sus autoridades municipales, no recibieron capacitación referente al tratamiento de casos de COVID-19”²³¹; y en la detección de casos “la comunidad no conoce cómo actuar ante un caso sospechoso de COVID-19 o como detectar un caso sospechoso, o transporte de casos sospechosos, cumpliendo protocolos de transporte”²³². Igualmente, “la comunidad no aplica ningún protocolo para manejo de casos de COVID-19”²³³. Finalmente, el **SMUUI** ha señalado que en su comunidad no existen personas bajo sospecha de COVID-19²³⁴.

Por otro lado, en la Verificación Defensorial se evidenció que el Centro de Salud Ambulatorio en cuanto a equipamiento para la detección y manejo de la COVID-19, cuenta con: un consultorio para la atención de pacientes con sospecha de COVID-19, un centro de aislamiento, ambulancias para referencias y rastrillaje, red o sistema de referencia y contrarreferencia, igualmente que aplica medidas para evitar aglomeraciones en áreas de espera, realiza limpieza y desinfección de áreas y proporciona barbijos a todos los que presenten síntomas respiratorios; sin embargo, no tiene equipo para la toma de muestras, insumos para la recolección de muestras (hisopos de dacron), medios de transporte viral (tubos de muestra), medio de transporte de muestras refrigerado, un área de triage y personal laboratorista para la toma de muestras.

Asimismo, en la prevención y manejo, la Verificación Defensorial identificó que el personal de salud cuenta con equipo de protección personal consistente en: barbijo N95, guantes de látex y gafas protectoras, equipo de hipoclorito de sodio, para la prevención y desinfección; no obstante, no cuentan con bata de protección ni ambulancia para transporte de pacientes con COVID-19. Además que la atención que se realiza en el puesto de salud, es en visita familiar y atención domiciliaria.

226 Anexo 3B, pregunta: 2.1.4.

227 Anexo 3B, pregunta: 2.1.5. y pregunta 2.1.5.1.

228 Anexo 3B, pregunta: 2.3.1.

229 Anexo 3B, pregunta: 2.3.1.2.

230 Anexo 3B, pregunta: 2.3.2.

231 Anexo 3A, pregunta: 2.2.1.

232 Anexo 3A, pregunta: 2.2. 2.

233 Anexo 3A, pregunta: 2.2.3.

234 Anexo 3A, pregunta: 2.2.1.

2.1.2.2.2. Eliminación de Estigmas y Estereotipos Negativos que puedan surgir sobre los pueblos indígenas en el contexto de pandemia de la COVID-19

En la entrevista realizada al **MCSJM**, señaló que el personal de su institución no ha sido capacitado sobre la eliminación de estereotipos negativos que pueden ser atribuidos a los pueblos indígenas, durante la COVID-19²³⁵.

Por otro lado, el **SMGAMJM** refirió que no se han conocido hechos de discriminación por parte de servidores públicos de su municipio hacia los pueblos indígenas en la cuarentena²³⁶; asimismo, que no hubieran recibido capacitación respecto a la eliminación de estereotipos negativos que pueden ser atribuidos a los pueblos indígenas durante la COVID-19²³⁷.

Sin embargo, el **SMUUI** considera que el pueblo Uru Uru Ito sí fue discriminado y juzgado negativamente por algún hecho relacionado la COVID-19 durante la cuarentena²³⁸, estos hechos hubieran sido la "discriminación a los comunarios por las medidas adoptadas para prevenir el contagio de la COVID-19, porque limitaba su locomoción, distribución y comercialización de sus productos, tanto para mayores y niños"²³⁹.

2.1.2.2.3. Acceso a la información sobre la pandemia en los idiomas propios de los pueblos indígenas

En la entrevista realizada al **MCSJM**, no se señaló que el Sedes y los servicios de salud hayan desarrollado acciones de información dirigidas a pueblos indígenas²⁴⁰.

Por otro lado, el **SMGAMJM** refirió que se han realizado acciones de información sobre la COVID-19, dirigidas a pueblos indígenas²⁴¹ " (...) medidas de bioseguridad para prevenir la pandemia, el contagio e identificación de síntomas"²⁴², las cuales habrían sido en "castellano y aymara"²⁴³ y a través de "radio emisoras locales"²⁴⁴.

En la entrevista realizada al **SMUUI**, se señaló que el pueblo Uru Ito sí habría recibido información del Estado sobre la pandemia de la COVID-19²⁴⁵, y que la información la hubiese brindado el municipio²⁴⁶; y que ésta hubiese sido sobre "(...) que es la COVID-19, medidas de bioseguridad para prevenir el coronavirus y síntomas para detectar sospechosos de COVID-19"; que la misma hubiese sido en "aymara y español" y a través de "cuatro cuñas radiales en emisoras locales, se informó sobre la COVID-19"²⁴⁷.

2.1.2.2.4. Participación de los pueblos indígenas e inclusión de sus instituciones y autoridades propias en la formulación e implementación de políticas públicas en los COEN, COED y COEM

En la entrevista realizada al **SMUUI**, se advierte que sí conoció las acciones que realiza el COEN, COED y COEM en su municipio y departamento²⁴⁸, y que autoridades municipales habrían

235 Anexo 3B, pregunta: 3.1.

236 Anexo 3C, pregunta: 3.1.

237 Anexo 3 C, pregunta: 3.2.

238 Anexo 3A, pregunta: 3.1.

239 Anexo 3A, pregunta: 3.1.1.

240 Anexo 3B, pregunta: 1.

241 Anexo 3C, pregunta: 4.1.

242 Anexo 3C, pregunta: 4.1.1.

243 Anexo 3C, pregunta: 4.1.1.

244 Anexo 3C, pregunta: 4.1.1.

245 Anexo 3A, pregunta: 4.1.

246 Anexo 3A, pregunta: 4.1.1.

247 Anexo 3A, preguntas: 4.2., 4.3. y 4.4.

248 Anexo 3A, pregunta: 6.1.

coordinado con su comunidad acciones específicas para enfrentar la COVID-19²⁴⁹, siendo que “se emitieron decisiones contra la COVID-19, pero no sea difundido en la comunidad”²⁵⁰; además, que sí se hubiera participado en la toma de decisiones en las acciones desarrolladas por el COEM y COED²⁵¹.

En la entrevista realizada al **SMGAMJM**, se refirió que su municipio habría conformado el COEM, para la gestión de riesgos de la pandemia de la COVID-19²⁵²; y que, como acciones para contar con la participación de representantes de pueblos indígenas en el COEM “la comunidad Iro Ito Urus tiene participación en la estructura del COEM Jesús de Machaca, a través de Resolución Municipal de conformación, donde todas sus autoridades originarias figuran para coadyuvar a los temas ante la propagación de la COVID-19”²⁵³, y que para las acciones realizadas a favor de pueblos indígenas “el municipio creó un fondo de apoyo solidario para familias de extrema pobreza, en coordinación con autoridades originarias para identificar familias, se emitió la autorización especial de transporte de alimentos a la comunidad para comercializar sus productos”²⁵⁴.

2.1.2.2.5. Medidas de protección social realizadas por el Estado en todos sus niveles para mitigar los efectos socioeconómicos

En la entrevista realizada al **SMGAMJM**, se señaló que el pueblo indígena Uru Ito ha presentado problemas económicos y/o sociales a causa de la cuarentena y otras medidas sanitarias por el COVID-19²⁵⁵, vinculadas a: i) Alimentación “tuvieron limitación para la compra de alimentos por restricciones de locomoción” y ii) Educación “las autoridades originarias solicitaron la reanudación de las actividades escolares”²⁵⁶; asimismo, que como medida se hubiese flexibilizado “(...) la comercialización de productos en las ferias del municipio, y se otorgó alimentos de primera necesidad a las familias en estado de pobreza”, como acción para que enfrenten los problemas económico y/o sociales²⁵⁷.

Igualmente, de la información proporcionada por el **SMUUI**, se advirtió que el pueblo Uru Ito ha tenido problemas económicos y/o sociales a causa de la cuarentena²⁵⁸ en: i) Alimentación, “se compra normal, pero con medida ciertos alimentos”, ii) Educación, “los niños no pasan clases, se están perjudicando y están olvidando lo aprendido”, iii) Discriminación, “a las personas adultas mayores por su edad y también a los niños”²⁵⁹.

Además, el **SMUUI** señaló que el pueblo Uru Ito habría sido beneficiario de la entrega de bonos y la entrega de canasta familiar, donde “el GAM apoyó a algunos integrantes con alimentos”²⁶⁰ y que las dificultades que hubiera tenido su comunidad para acceder a los mismos hubiese sido que “tuvieron que dormir una noche para cobrar sus bonos, en intermediaciones del banco”²⁶¹.

Sin embargo, el **SMUUI** señaló que las medidas adoptadas no hubieran logrado solucionar sus problemas²⁶², dado que sólo alcanzó para “lograr pagar algunos servicios básicos y algunos alimentos necesarios”²⁶³

-
- 249 Anexo 3A, pregunta: 6.1.1.
 - 250 Anexo 3A, pregunta: 6.1.1.
 - 251 Anexo 3A, pregunta: 6.2.
 - 252 Anexo 3C, pregunta: 7.1.
 - 253 Anexo 3C, pregunta: 6.1.1.
 - 254 Anexo 3C, pregunta: 6.1.2.
 - 255 Anexo 3C, pregunta: 7.1.
 - 256 Anexo 3C, pregunta: 7.1.1.
 - 257 Anexo 3C, pregunta: 7.1.2.
 - 258 Anexo 3A, pregunta: 7.1.
 - 259 Anexo 3A, pregunta: 7.1.1.
 - 260 Anexo 3A, pregunta: 7.1.2.
 - 261 Anexo 3A, pregunta: 7.1.2.1.
 - 262 Anexo 3A, pregunta: 7.1.2.2.
 - 263 Anexo 3A, pregunta: 7.1.2.2.1.

2.1.3. PUEBLO INDÍGENA AYOREO

En el caso del pueblo Ayoreo, se entrevistó a José Méndez Posiño, **DAKASUTÉ**²⁶⁴ de la Comunidad Tobité; a la Doctora Evaluz Vallejos, Directora del Centro de Salud Ambulatorio “Santa Lucía” en la comunidad de Chochis (**DCSASL**); a nivel municipal se entrevistó al Dr. Carlos Ragonés, Secretario General del Gobierno Autónomo Municipal de Roboré (**SGGAMR**).

La Verificación Defensorial se efectuó en el Centro de Salud Ambulatorio “Santa Lucía” del municipio Roboré.

2.1.3.1. Enfoques de interculturalidad, diferencial y de pertinencia cultural en las esferas de a) Medidas de Prevención – Vigilancia Comunitaria y b) Detección y manejo

La **DCSASL** indicó que la comunidad Ayorea accede a la salud (en casos con síntomas medio a moderados) a través del Centro de Salud Ambulatorio “Santa Lucía”, ubicado en la misma comunidad Chochis, mientras que en casos con síntomas moderados a graves acuden o se los traslada al Hospital Municipal Germán Vaca Diez de Roboré, ubicado a una distancia de 40 kilómetros.²⁶⁵

Por el contrario, el **DAKASUTÉ** señaló que la comunidad no tiene un establecimiento de salud²⁶⁶ de ningún tipo²⁶⁷; empero, indicó que el centro de salud al que acuden toma en cuenta su a) Idioma, y c) Cultura²⁶⁸.

De la Verificación Defensorial, se estableció que el Centro de Salud Ambulatorio “Santa Lucía” no cuenta con todas las condiciones establecidas para un puesto de salud de primer nivel, de acuerdo con el siguiente detalle:

Características a verificar según norma nacional de caracterización de establecimiento de salud de primer nivel - Centro de Salud Ambulatorio	Características verificadas
Infraestructura Galería exterior o vestíbulo, hall de ingreso y espera, baños públicos (mujeres con cambiador de pañales), recepción-archivo, farmacia, sala uso múltiple, oficina técnica administrativa, consultorio médico, consultorio odontología, enfermería polivalente (vacunatorio y crecimiento y desarrollo), DOTS, depósito, almacén, cuarto de limpieza, depósito final RGES, garaje, vivienda personal, portería.	No cuenta con sala de uso múltiple, oficina técnica administrativa, DOTS, depósito, depósito final RGES.
Equipamiento Negatoscopio, tensiómetro, lámpara de examen cuello de ganso, negatoscopio, estetoscopio doble campana, linterna de exploración, pantoscopio, tensiómetro pediátrico, detector ultrasónico de latido fetal, martillo de reflejos; lámpara de examen cuello de ganso, esterilizador eléctrico de mesa seco 30 litros, equipo de apoyo para enfermería.	No cuenta con negatoscopio y pantoscopio y no refiere respuesta sobre la lámpara de examen cuello de ganso, tanto en el consultorio médico, como en la enfermería.

264 Termino Ayoreo que significa Líder.

265 Anexo 3B, pregunta: 2.2.2.

266 Anexo 3A, pregunta: 2.3.1.

267 Anexo 3A, pregunta:2.3.1.1.

268 Anexo 3A, pregunta:2.3.2.

<p>Servicios básicos</p> <p>a) Sistema de Agua segura</p> <p>b) Energía Eléctrica o alternativa</p> <p>c) Saneamiento Básico</p>	<p>Cuenta con agua segura y tiene energía eléctrica o alternativa, pero no cuenta con saneamiento básico.</p>
<p>Personal de salud</p> <p>Profesionales: Médico(s), Odontólogo, Lic. Enfermería, Lic. Trabajo Social.</p> <p>Médico Tradicional, partera/o naturista: No tiene</p> <p>Técnico: Auxiliar de Enfermería y Técnico en farmacia.</p>	<p>Cuenta con:</p> <p>Profesionales: Médico general y enfermera; no cuenta con Odontólogo ni Lic. Trabajo Social.</p> <p>Técnico: Auxiliar de enfermería, técnico de farmacia y laboratorista clínico.</p>

Respecto a las limitaciones y problemas en los establecimientos de salud, el **SGGAMR** señaló que “la principal limitante son los recursos económicos, debido a que desde principios de este año 2020, el Gobierno Central no deposita recursos previstos en el POA 2020, y hasta el mes de mayo se tiene un déficit de 500.000 bolivianos, lo que ha ocasionado una crisis económica, es así que todavía se adeuda el pago de salarios del mes de mayo. Todo ello ha repercutido en brindar todo lo necesario a los establecimientos de salud”²⁶⁹. Mientras tanto, la **DCSASL** señaló como limitaciones y/o problemas que: “la falta de un médico que puede dedicarse exclusivamente a la comunidad. La constante movilidad humana que realizan algunos miembros de la comunidad, como ellos mantienen su condición de pueblo seminómada, van y vienen de un lugar a otro, ello dificultaría el seguimiento en caso de que se presentará casos sospechosos o positivos. La falta de documentos de identidad, la extrema pobreza en la que viven, les limita acceder a sus documentos porque para ello deben trasladarse a Puerto Suárez o Santa Cruz, y no cuentan con recursos económicos, y la falta de documentos les restringe el acceso al SUS y otros beneficios”²⁷⁰.

Refrendando lo anterior, el **DAKASUTÉ** indicó que en caso de que la gente de la comunidad necesitara mayor atención médica por COVID-19 tendrían que trasladarse “al Centro de Salud Santa Lucía, en la comunidad de Chochis, las ocho familias que están en Chochis no tienen problema en llegar, las otras siete familias que están en la comunidad Tobité tienen que recorrer 20 km de distancia, y en casos de emergencia generalmente solicitan la ambulancia; sin embargo, durante la cuarentena es difícil conseguir la ambulancia porque está bien ocupada”²⁷¹; asimismo, indica que “no existen limitaciones, sólo los que no cuentan con documentos que son cinco personas adultas, no pueden acceder al SUS por falta de documentos, los demás están inscritos en el seguro universal”²⁷².

Por otra parte, el **SGGAMR** también señaló que el municipio de Roboré cuenta con Consejo Social Municipal de Salud²⁷³; asimismo, estaría conformado por tres centros de salud ambulatorios, ubicados en Chochis, Santiago de Chiquitos y Aguas Calientes; y un centro de salud integral en Roboré²⁷⁴.

Prevención – Vigilancia Comunitaria

El **DAKASUTÉ** y la **DCSASL** señalaron que la comunidad ha sido capacitada para realizar acciones de vigilancia comunitaria. De acuerdo con el **DAKASUTÉ**, **PROBIOMA**²⁷⁵ se ha encargado de ello;

269 Anexo 3C, pregunta: 2.3.

270 Anexo 3B, pregunta: 2.2.3.

271 Anexo 3A, pregunta: 2.3. 3.

272 Anexo 3A, pregunta: 2.3.4.

273 Anexo 3C, pregunta: 2.1.1.

274 Anexo 3C, pregunta: 2.2.

275 **PROBIOMA** - Productividad Biosfera Medio Ambiente es una institución privada de desarrollo social con sede en Santa Cruz, Bolivia. Fundada en 1990.

igualmente, el **DAKASUTÉ** y la **DCSASL** coincidieron en señalar que la misma no ha sido en idioma materno²⁷⁶.

La **DCSASL** señaló que la capacitación se enmarcó en i) Planificar actividades de vigilancia comunitaria articulando con el establecimiento de salud o con organizaciones representativas de la comunidad, ii) Vigilancia en la comunidad; y iii) Vigilancia en las familias. Por el contrario, el **DAKASUTÉ** señaló que la capacitación no abarcó ninguna acción citada²⁷⁷.

Asimismo, en el contexto de la actual pandemia, la Verificación Defensorial abordó sobre si el personal del Centro de Salud Ambulatorio "Santa Lucía" cuenta con equipos de bioseguridad; evidenciándose lo siguiente: cuenta con bata de protección, barbijo N 95, guantes de látex y gafas protectoras, equipo de hipoclorito de sodio para la prevención y desinfección de microorganismos.

El **DAKASUTÉ** señaló que la prevención de casos de COVID-19 en la comunidad se efectúa a través del "uso de barbijo (dotado por PROBIOMA), lavar las manos con agua y jabón, uso de alcohol en gel (dotado por PROBIOMA), sacarse la ropa al llegar a casa"²⁷⁸; y la detección de casos se realiza verificando "la presencia de tos, dolor de cabeza, son síntomas que normalmente se presentan en la comunidad, de acuerdo con la información recibida, la pérdida del gusto y del olfato y la pérdida de apetito serían los síntomas para detectar un caso sospechoso"²⁷⁹; ante casos sospechosos de COVID-19 en la comunidad se hace lo siguiente: "llevar de manera inmediata al enfermo al centro de salud en la comunidad de Chochis (los que están en la comunidad Chochis, para ello gestionan la ambulancia)"²⁸⁰.

Respecto a la vigilancia comunitaria, la **DCSASL** ha indicado que la comunidad Ayorea no cuenta con una planificación concreta de vigilancia comunitaria articulada con el establecimiento de salud de la comunidad²⁸¹ debido a que: "por parte de la comunidad indígena Ayorea no han recibido guía o lineamientos de su ente matriz para que ellos puedan realizar una planificación específica. De parte del centro de salud, la falta de recursos humanos; es decir, no tenemos un médico que pueda dedicarse exclusivamente a la comunidad indígena Ayorea para poder trabajar una planificación acorde a su cultura, costumbres y cosmovisión"²⁸².

DetECCIÓN Y MANEJO

Al respecto, la **DCSASL** indicó que la comunidad fue capacitada en: a) Cómo se debe actuar ante un caso sospechoso, b) Detección de un caso sospechoso, c) Notificación al personal de salud, d) Procedimientos de la notificación de casos sospechosos, e) Referencia del caso sospechoso al establecimiento de salud, coordinada con el personal de salud, f) Transporte del caso sospechoso, coordinado con personal de salud cumpliendo las normas de bioseguridad y protocolos de transporte, g) Establecer un formulario de vigilancia comunitaria²⁸³; pero, en contrapartida, el **DAKASUTÉ** ha señalado que sólo se ha capacitado en todos los temas señalados excepto g) Establecer un formulario de vigilancia comunitaria"²⁸⁴. Asimismo, señaló que todos comprendieron la capacitación y que fue sencillo²⁸⁵.

276 Anexo 3A, preguntas: 2.1.1., 2.1.1.1., y 2.1.1.2.; Anexo 3B, pregunta 2.1.1.

Anexo 3B, pregunta 2.1.1.1.

277 Anexo 3A, pregunta: 2.1.1.3.

278 Anexo 3A, pregunta: 2.2.1.

279 Anexo 3A, pregunta: 2.2.2.

280 Anexo 3A, pregunta: 2.2.3.

281 Anexo 3B, pregunta: 2.1.5.

282 Anexo 3B, pregunta: 2.1.5.2.

283 Anexo 3B, pregunta: 2.1.3.

284 Anexo 3A, pregunta: 2.1.1.4.

285 Anexo 3A, pregunta: 2.1.1.5.

A pesar de lo anterior, la **DCSASL** ha indicado que el Centro de salud Ambulatorio “Santa Lucía” no ha atendido a indígenas pertenecientes al pueblo indígena Ayoreo²⁸⁶. Asimismo, ha señalado que las guías y protocolos o lineamientos para prevención, detección y manejo de personas indígenas no contienen principios u orientaciones de interculturalidad, enfoque diferencial y/o pertinencia cultural²⁸⁷.

El **DAKASUTÉ** indicó que en su comunidad no existe sospecha de personas con COVID-19²⁸⁸, por lo que no responde si los miembros del pueblo Ayoreo hubieran recibido un tratamiento diferenciado y prioritario en el establecimiento de salud por su condición de indígena²⁸⁹.

Igualmente, el **DAKASUTÉ** señaló que entre los problemas que tiene su comunidad en la implementación de medidas de prevención, detección y manejo de pacientes indígenas con COVID-19, está que “el principal problema es que no son tomados en cuenta en ninguna planificación e información sobre el tema, además no cuentan con los insumos de bioseguridad, sólo los que PROBIOMA les facilitó”²⁹⁰.

Por otro lado, en la Verificación Defensorial se evidenció que el Centro de Salud Ambulatorio “Santa Lucía” cuenta con un centro de aislamiento, aplica medidas para evitar aglomeraciones en áreas de espera, realiza limpieza y desinfección de todas sus áreas, cuenta con personal laboratorista para la toma de muestras y cuenta con red o sistema de referencia y contrarreferencia; sin embargo, no cuenta con equipo para la toma de muestras, ni con insumos para la recolección de muestras (hisopos de dacron), no cuenta con medio de transporte viral (tubos de muestra) ni medio de transporte de muestras refrigerado; asimismo, no proporciona barbijos a todos los que presenten síntomas respiratorios, no cuenta con área de triage, ni con consultorio para la atención de pacientes con sospecha de COVID-19.

Finalmente, la atención se realiza en el mismo centro de salud, no realizan atención en visita familiar ni atención domiciliaria; respecto a casos sospechosos, este centro de salud cuenta con ambulancia para transporte de pacientes con COVID-19.

2.1.3.2. Eliminación de Estigmas y Estereotipos Negativos que puedan surgir sobre los pueblos indígenas en el contexto de pandemia de la COVID-19

En la entrevista realizada a la **DCSASL**, señaló que el personal de su institución ha sido capacitado sobre la eliminación de estereotipos negativos que pueden ser atribuidos a los pueblos indígenas durante la COVID-19²⁹¹; y sobre la capacitación mencionó que: “hace tres años, el centro de salud realizó gestiones para un curso del idioma originario Zamuco, este curso incluyó el abordaje de la cultura y cosmovisión del pueblo indígena Ayoreo lo que les permitió trabajar los estereotipos y la discriminación”²⁹².

Por otro lado, el **SGGAMR** refirió que no se ha conocido hechos de discriminación por parte de servidores públicos de su municipio hacia los pueblos indígenas en la cuarentena²⁹³. Esta misma autoridad ha señalado que el personal de su institución no ha sido capacitado respecto a la eliminación de estereotipos negativos que pueden ser atribuidos a los pueblos indígenas, durante la pandemia de la COVID-19²⁹⁴.

286 Anexo 3B, pregunta: 2.3.1.

287 Anexo 3B, pregunta: 2.3.2.

288 Anexo 3A, pregunta: 2.2.1.1.

289 Anexo 3A, pregunta: 2.2.1.1.2.

290 Anexo 3A, pregunta: 2.2.1.2.

291 Anexo 3B, pregunta: 3.1

292 Anexo 3B, pregunta: 3.2.1

293 Anexo 3C, pregunta: 3.1.

294 Anexo 3C, pregunta: 3.2.

Por su parte, de la entrevista realizada al **DAKASUTÉ**, se advirtió que considera que su comunidad no fue discriminada o juzgada negativamente durante el transcurso de la cuarentena²⁹⁵.

2.1.3.3. Acceso a la información sobre la pandemia en los idiomas propios de los pueblos indígenas

En la entrevista realizada a la **DCSASL**, se ha señalado que el Sedes y los servicios de salud en general no han desarrollado acciones de información dirigidas específicamente al pueblo Ayoreo²⁹⁶.

Sin embargo, el **SGGAMR** ha mencionado que el municipio realizó acciones de información sobre la COVID 19, dirigidas a pueblos indígenas²⁹⁷; empero, acerca de la información que se brindó señaló que: “si bien la información de prevención de la COVID–19 no es exclusiva para el pueblo indígena Ayoreo, esta información también llega a las comunidades Ayoreas”, aunque la información habría sido brindada en idioma castellano, pues según el testimonio: “en Roboré, se difunden spots en las radios y canales en los cuales el GAM tiene contrato de publicidad. En Chochis, el Centro de Salud Santa Lucía, brinda información con parlantes que recorren toda la comunidad, incluyendo el lugar donde está asentada la comunidad Ayorea de Tobité, que ahora se encuentra en esta comunidad”²⁹⁸.

Por el contrario, en la entrevista realizada al **DAKASUTÉ**, esta autoridad señaló que el Pueblo Ayoreo no ha recibido información del Estado sobre la pandemia de la COVID–19²⁹⁹; por lo que, la misma no hubiera sido proporcionada por ningún nivel de gobierno³⁰⁰, en ningún idioma³⁰¹, por ningún medio de comunicación³⁰².

2.1.3.4. Participación de los pueblos indígenas e inclusión de sus instituciones y autoridades propias en la formulación e implementación de políticas públicas en los COEN, COED y COEM

En la entrevista realizada al **DAKASUTÉ**, se advirtió que conoce las acciones que realiza el COEN, COED y COEM en su municipio y departamento³⁰³; por lo que la comunidad ha coordinado acciones específicas para enfrentar la COVID–19 con el municipio³⁰⁴. Sobre estas acciones realizadas refirió que: “sólo nos informan sobre las determinaciones que toman en la cuarentena” (para saber los días que se puede salir)³⁰⁵; asimismo, señaló que como **DAKASUTÉ** no ha participado en la toma de decisiones en las acciones desarrolladas por el COEM y/o COED, frente a la pandemia³⁰⁶.

En la entrevista realizada al **SGGAMR**, refirió que su municipio ha conformado el COEM, para la gestión de riesgos de la pandemia del COVID-19³⁰⁷; y como acciones señaló que: “la conformación del COEM se la realizó de manera abierta a todas las instituciones y organizaciones del municipio para que estén representados; sin embargo, no siempre está la voluntad y predisposición de los dirigentes en participar, la participación es abierta. En Chochis, comunidad donde se encuentra un grupo de indígenas Ayoreos de Tobité, se conformó el Centro de Operaciones de Emergencia Local (COEL), instancia en la que también participan todas las instituciones y organizaciones de

295 Anexo 3A, pregunta: 3.1.

296 Anexo 3B, pregunta: 1.

297 Anexo 3C, pregunta: 1.

298 Anexo 3C, pregunta: 4.1.1.

299 Anexo 3A, pregunta: 4.1.

300 Anexo 3A, pregunta: 4.1.1.

301 Anexo 3A, pregunta: 4.3.

302 Anexo 3A, pregunta: 4.4.

303 Anexo 3A, pregunta: 6.1.

304 Anexo 3A, pregunta: 6.1.1.

305 Anexo 3A, pregunta: 6.1.2.

306 Anexo 3A, pregunta: 6.2.

307 Anexo 3C, pregunta: 6.1.

la sociedad civil, presidido por el subcalde de Chochis.³⁰⁸ Lo único que hemos podido hacer es conversar con los dirigentes de las comunidades de Urucú y Tobité, para que comuniquen cualquier situación de emergencia³⁰⁹.

2.1.3.5. Medidas de protección social realizadas por el Estado en todos sus niveles para mitigar los efectos socioeconómicos

En la entrevista al **SGGAMR**, se señaló que el pueblo indígena Ayoreo ha presentado problemas económicos y/o sociales a causa de la cuarentena y otras medidas sanitarias asumidas frente al COVID-19, que tienen que ver con³¹⁰ la alimentación: “La escasez de alimentos durante la cuarentena, ocasionó que un grupo de siete familias salga de la comunidad Tobité en busca de un lugar urbano donde puedan buscar los medios para obtener alimentos”³¹¹; ante tal situación señaló que: “la principal acción fue la distribución de alimentos para paliar en algo las necesidades, en la distribución estuvieron contempladas las comunidades indígenas Ayoreas”³¹².

Sobre el mismo tema, de la información proporcionada por el **DAKASUTÉ**, se advierte que el pueblo Ayoreo ha tenido problemas económicos y/o sociales a causa de la cuarentena³¹³, concretamente con alimentación: “Falta de víveres porque nadie puede trabajar”, salud “

presencia de cuadros de diarrea y vómitos en niños y niñas”, y entre otros “incendios forestales³¹⁴.

Asimismo, el **DAKASUTÉ** señaló que las comunidades del pueblo indígena Ayoreo han sido beneficiarias de la entrega de bonos; pero en temas como la educación, no tienen acceso a clases virtuales, “porque no tienen celular ni computadoras”³¹⁵. Así también, sobre las dificultades para el acceso a los beneficios brindados por el Estado, señaló que “la principal dificultad fue la falta de información precisa en las fechas de pago y la falta de documentos en el caso de cinco personas que no accedieron a estos beneficios”³¹⁶.

Finalmente, el **DAKASUTÉ** refirió que las medidas establecidas por el Estado no han logrado solucionar sus problemas³¹⁷ puesto que “el SEGIP sigue cerrado y no se puede acudir para sacar cédula de identidad (para estos trámites tienen que viajar a San José de Chiquitos, Puerto Suárez o Santa Cruz), y también por el factor económico”³¹⁸.

2.1.4. PUEBLO INDÍGENA ESE EJJA

En el caso del pueblo indígena Ese Ejja, se entrevistó a Martín Pacheco Monje, Presidente de la comunidad Ese Ejja Eyoquivo (**PCEEE**); al Dr. Eberthy Osco Quispe, Director Técnico del Sedes La Paz (**DTSEDES**); a nivel municipal se entrevistó a Armin Santos Rodríguez, Máxima Autoridad Ejecutiva interina del Gobierno Autónomo Municipal de San Buenaventura (**GAMSB**).

La verificación se efectuó en el Centro de Salud Integral San Buenaventura, del municipio de San Buenaventura.

-
- 308 Anexo 3C, pregunta: 6.1.1.
 - 309 Anexo 3C, pregunta: 6.1.2.
 - 310 Anexo 3C, pregunta: 7.1.
 - 311 Anexo 3C, pregunta: 7.1.1.
 - 312 Anexo 3C, pregunta: 7.1.2.
 - 313 Anexo 3A, pregunta: 7.1.
 - 314 Anexo 3A, pregunta: 7.1.1.
 - 315 Anexo 3A, pregunta: 7.1.2.
 - 316 Anexo 3A, pregunta: 7.1.2.1.
 - 317 Anexo 3A, pregunta: 7.1.2.2.
 - 318 Anexo 3A, pregunta: 7.1.2.2.1.

2.1.4.1. Enfoques de interculturalidad, diferencial, y de pertinencia cultural en las esferas de a) Medidas de Prevención – Vigilancia Comunitaria y b) Detección y manejo

El Alcalde de **GAMSB** señaló que el municipio de San Buenaventura cuenta con Consejo Social Municipal de Salud³¹⁹; igualmente que este municipio contaría con: Cuatro puestos de salud, ubicados en las comunidades 1) 25 de Mayo, 2) Bella Vista, 3) Tumupasa y 4) San José de Uchupiamonas, y un Centro de Salud Integral en San Buenaventura³²⁰.

El **DTSEDES** indicó que las comunidades Ese Ejja accederían a la salud a través del “Centro de Salud Integral San Buenaventura”, ubicado en el “Distrito San Buenaventura” a una distancia de “15 a 20 minutos en ambulancia, a 2 kilómetros aproximadamente”³²¹; asimismo, en cuanto a las limitaciones y/o problemas refirió que en “la comunidad Ese Ejja Eiyoquivo con la pandemia, todos los que radican en otras regiones se encuentran en la población, incrementó la limitación, (...) los adultos no quieren asistir al hospital por miedo y racismo”³²².

Igualmente, el **PCEEE** indicó que en caso que la comunidad necesitara de mayor atención médica por COVID-19 tendrían que trasladarse “al Centro de Salud de San Buenaventura que se encuentra a 20 minutos en motocicleta, y hora y media caminando”³²³; siendo una limitación y/o problema “problemas de documentación, inexistencia de transporte público – sólo ingresan motocicletas a contrato, inexistencia de infraestructura caminera y no existe ambulancias suficientes en el Centro de Salud de San Buenaventura”³²⁴.

El **PCEEE** señaló que su comunidad tiene un establecimiento de salud³²⁵, de tipo puesto de salud³²⁶, mismo que tomaría en cuenta su: medicina tradicional y cultura; sin embargo, no tomaría en cuenta su idioma³²⁷.

En la Verificación Defensorial, se evidenció que el Centro de Salud Integral San Buenaventura, del municipio de San Buenaventura, contaría con las condiciones mínimas para un centro de salud de primer nivel, advirtiéndose algunas limitaciones, conforme el siguiente detalle:

Características a verificar según norma nacional de caracterización de establecimiento de salud de primer nivel - Centro de Salud Integral San Buenaventura	Características verificadas
<p>Infraestructura</p> <p>Galería exterior o vestíbulo, hall de ingreso, sala de uso múltiple, baños públicos (mujeres con cambiador de pañales); información – admisión, archivo – estadísticas; consultorio médico, consultorio odontología, enfermería polivalente (vacunatorio y crecimiento y desarrollo), DOTS, consultorio médico tradicional, farmacia y depósito; laboratorio clínico, rayos x; sala internación de tránsito, baño usuarios; sala de parto con adecuación cultural; depósito, almacén, cuarto de limpieza, depósito final RGES, garaje, vivienda personal, portería.</p>	<p>No cuenta con consultorio médico tradicional, rayos x, sala de parto con adecuación cultural, depósito final RGES, garaje y vivienda personal.</p>

319 Anexo 3C, pregunta: 2.1.1.

320 Anexo 3C, pregunta: 2.1.1.

321 Anexo 3B, pregunta: 2.2.2.

322 Anexo 3B, pregunta: 2.2.3.

323 Anexo 3A, pregunta: 2.3. 3.

324 Anexo 3A, pregunta: 2.3.4.

325 Anexo 3A, pregunta: 2.3.1.

326 Anexo 3A, pregunta:2.3.1.1.

327 Anexo 3A, pregunta:2.3.2.

<p>Servicios básicos</p> <p>a) Sistema de agua segura b) Energía eléctrica o alternativa c) Saneamiento básico</p>	<p>Se verificó que no cuenta con agua segura y tiene energía eléctrica.</p>
<p>Personal de salud CSI Rural (Población de 10.000 a 30.000 habitantes)</p> <p>Profesionales: Médicos generales y/o especialistas, Lic. enfermería, odontólogo, bioquímico y farmacéutico, trabajadora social.</p> <p>Médico Tradicional, partera/o naturista: Estará sujeta a estudio, demanda de la población, usos y costumbres.</p> <p>Técnico: Auxiliar de Enfermería, Técnico en Rayos X e imagenología.</p>	<p>Cuenta con:</p> <p>Profesionales: 7 médicos generales, 2 médicos especialistas, 4 enfermeras, 1 odontólogo, 1 en bioquímica y 1 en rayo x; sin embargo, no se cuenta profesional en trabajo social.</p> <p>Técnico: 8 auxiliares de enfermería y 1 laboratorista clínico.</p> <p>En personal administrativo cuenta con: 1 administrador-estadística, 1 personal de admisión, personal polivalente, 1 cocinera, 1 lavandera y 1 chofer.</p> <p>No cuenta con medico tradicional, partera o naturista.</p>

Respecto a las limitaciones y problemas en los establecimientos de salud, el Alcalde del **GAMSB** señaló: “desabastecimiento de medicamentos en el Centro de Salud y Puestos de Salud, falta de equipamiento hospitalario y falta de especialistas, anestesiólogo y pediatra”³²⁸.

Prevención – Vigilancia Comunitaria

El **DTSEDES** señaló que la comunidad Ese Ejja ha sido capacitada para realizar acciones de vigilancia comunitaria, en idioma castellano³²⁹; asimismo, refirió que la capacitación abarcó: a) Planificar actividades de vigilancia comunitaria articulando con el establecimiento de salud o con organizaciones representativas de la comunidad, b) Organización del comité local de salud, c) Vigilancia en la comunidad, d) Vigilancia en las escuelas y e) Vigilancia en las familias³³⁰. Por el contrario la **PCEEE** indicó no haber recibido ningún tipo de capacitación al respecto en vigilancia comunitaria de la COVID-19³³¹.

Igualmente, el **DTSEDES** señaló que la comunidad fue capacitada en: a) Cómo se debe actuar ante un caso sospechoso, b) Detección de un caso sospechoso, c) Notificación al personal de salud, d) Procedimientos de la notificación de casos sospechosos, e) Referencia del caso sospechoso al establecimiento de salud, coordinada con el personal de salud, f) Transporte del caso sospechoso, coordinado con personal de salud cumpliendo las normas de bioseguridad y protocolos de transporte, g) Establecer un formulario de vigilancia comunitaria³³²; sin embargo, de manera contraria el **PCEEE** ha señalado no haber recibido la citada capacitación³³³.

El **DTSEDES** indicó que la comunidad Ese Ejja contaría con una planificación de vigilancia comunitaria articulada con el establecimiento de salud del municipio; que la misma se traduciría

328 Anexo 3B, pregunta: 2.2.3.

329 Anexo 3A, preguntas: 2.1.1., 2.1.1.1.; y 2.1.1.2..

330 Anexo 3A, pregunta: 2.1.1.3.

331 Anexo 3B, pregunta: 2.1.2.

332 Anexo 3B, pregunta: 2.1.3.

333 Anexo 3A, pregunta: 2.1.1.4.

en que "(...) cuentan con promotor de salud, quien ayuda y notifica al hospital por medio de llamada celular, para evaluar al paciente con enfermedad, coordinando con el capitán y la OTB de Eiyuquivo"³³⁴.

Asimismo, el **PCEEE** señaló que su comunidad cuenta con una planificación de vigilancia comunitaria articulando con el establecimiento de salud: "sí se coordinó con el Director del centro de salud y se están formando promotores comunitarios mujeres, quienes están siendo capacitadas en prevención de la COVID-19, la capacitación se desarrolla los días martes y viernes"³³⁵; sin embargo, relató que "la dificultad es que la Alcaldía no toma en cuenta la importancia del trabajo de coordinación interinstitucional con los Ese Ejja", "se ha solicitado al Gobierno Autónomo Municipal de San Buenaventura apoyo en salud durante esta pandemia sin haber recibido respuesta alguna" y "no se ha coordinado con el Gobierno Autónomo Municipal de San Buenaventura sobre el tema de la COVID-19".

DetECCIÓN Y MANEJO

El **DTSEDES** indicó que los establecimientos de salud a su cargo no tienen registro de indígenas pertenecientes al pueblo indígena Ese Ejja, bajo sospecha o con la enfermedad de la COVID-19³³⁶; asimismo, señaló que "la OTB de la comunidad participó en las reuniones, se capacitó conjuntamente el promotor de salud en sus idiomas³³⁷" para esto se hubiera utilizado la "Guía de manejo de la COVID-19 del Ministerio de Salud"; la cual no contendría principios u orientaciones de interculturalidad, enfoque diferencial y/o pertinencia cultural³³⁸.

Por otro lado, el **PCEEE** señaló que la prevención de casos de COVID-19 en la comunidad "previamente se valora y se proporcionan hierbas y mates y medicina natural para prevenir cualquier enfermedad con conocimientos de los abuelos"; además, que "aún no tiene casos de COVID-19; sin embargo, durante la pandemia fallecieron tres personas con otras dolencias, en fechas (29.03.2020, 25.05.2020 y 05.04.2020) y que no fueron reportados al Centro de Salud de San Buenaventura"³³⁹; además, que no aplican la detección y manejo de casos de COVID-19, "porque desconocen"³⁴⁰.

El **PCEEE** refirió la existencia de casos sospechosos de COVID-19, tres familias que llegaron de otra comunidad, mismos que cumplieron los 14 días de su aislamiento³⁴¹ y fueron atendidas por el establecimiento de salud³⁴². Además, sobre la consulta de si recibieron un trato diferenciado por su condición indígena, el **PCEEE** señaló que estas familias sólo fueron aisladas porque pertenecían a otra comunidad³⁴³.

Igualmente, el **PCEEE** señaló que entre los problemas que tiene su comunidad, en la implementación de medidas de prevención, detección y manejo de pacientes indígenas con COVID-19, está que "se ha realizado reunión con toda la comunidad, para prevenir la COVID-19, toda vez que el municipio no atendió y coordinaron con el Dr. Santos para instalar un centro de salud pequeño, mismo que atiende y está en constante relación con el Centro de Salud de San Buenaventura. Este centro de salud está funcionando con promotoras, además de dotarles de instrumentos para personas que necesiten algún control, les proporcionaron medicamentos dotados del Ministerio de Salud (...)"³⁴⁴.

334 Anexo 3B, pregunta: 2.1.5.

335 Anexo 3A, pregunta: 2.2.4.

336 Anexo 3B, pregunta: 2.3.1.

337 Anexo 3B, pregunta 2.3.1.2.

338 Anexo 3B, pregunta 2.3.2.1.

339 Anexo 3A, pregunta: 2.2.1.

340 Anexo 3A, pregunta: 2.2.2 y 2.2.3.

341 Anexo 3A, pregunta: 2.2.1.1.

342 Anexo 3A, pregunta: 2.2.1.1.

343 Anexo 3A, pregunta: 2.2.1.1.2.

344 Anexo 3A, pregunta: 2.2.1.2.

Por otro lado, en la Verificación Defensorial se evidenció que el Centro de Salud Integral San Buenaventura, en **cuanto a equipamiento para la detección y manejo de la COVID-19**, cuenta con: i) Equipo para la toma de muestras, ii) Insumos para la recolección de muestras (hisopos de dacron), iii) Medio de transporte viral (tubos de muestra), iv) Medio de transporte de muestras refrigerado, v) Proporciona barbijos a todos los que presenten síntomas respiratorios, vi) Cuenta con un área de triage, vii) Cuenta con un consultorio para la atención de pacientes con sospecha de covid-19, viii) Cuenta con un centro de aislamiento, ix) Aplica medidas para evitar aglomeraciones en áreas de espera, x) Realiza limpieza y desinfección de áreas, xi) Cuenta con personal laboratorista para la toma de muestras, xii) Cuenta con ambulancias para referencias y rastillaje (mismas que fueron readecuadas para el trabajo COVID en base a los estándares que tienen), y xiii) Cuenta con red o sistema de referencia y contrarreferencia.

Pese a esta situación, señaló que el material que se habría solicitado no fue entregado al 100%, faltando insumos y equipos de bioseguridad.

Asimismo, dentro de la prevención y manejo, la Verificación Defensorial identificó que el personal de salud cuenta con equipo de protección personal, bata de protección, barbijo N95, guantes de látex y gafas protectoras, equipo de hipoclorito de sodio para la prevención y desinfección. Además, que la atención que se realiza en el puesto de salud es con visita familiar y atención domiciliaria.

2.1.4.2. Eliminación de Estigmas y Estereotipos Negativos que puedan surgir sobre los pueblos indígenas en el contexto de pandemia de la COVID-19

En la entrevista realizada al **DTSEDES**, respecto a si el personal de su institución fue capacitado sobre la eliminación de estereotipos negativos que pueden ser atribuidos a los pueblos indígenas, durante la COVID-19, se señaló que sí fueron capacitados³⁴⁵, "(...) primero en hacerles conocer los conceptos de la enfermedad, qué y cómo se infectan, bioseguridad, lavado de manos y el distanciamiento, uso de niveles de bioseguridad. Capacitación realizada por el Dr. Santos Gutiérrez Callisaya, médico internista³⁴⁶; respuesta que evidencia que la capacitación estuvo enmarcada en otro ámbito.

Igualmente, el Alcalde del **GAMSB** refirió que no se habría conocido hechos de discriminación por parte de servidores públicos de su municipio hacia los pueblos indígenas en la cuarentena³⁴⁷, y que el personal de su institución ha sido capacitado respecto a la eliminación de estereotipos negativos que pueden ser atribuidos a los pueblos indígenas, durante la COVID-19³⁴⁸, y que la misma "fue impartida por el Director del Centro de Salud de San Buenaventura, Dr. Santos Gutiérrez Callisaya, al inicio de la pandemia y un segundo curso de capacitación la semana del 1 de junio de 2020 con exposiciones magistrales, utilizando data show"³⁴⁹.

Sin embargo, de lo señalado por el **DTSEDES** y el Alcalde del **GAMSB**, se observa que la capacitación no contempló la eliminación de estereotipos negativos a pueblos indígenas.

En ese contexto, de la entrevista tomada al **PCEEE**, se advierte que el mismo cree que su comunidad fue discriminada o juzgada negativamente durante la cuarentena³⁵⁰, y que el hecho de discriminación o acto negativo estaría vinculado a que "no los tomaron en cuenta con acciones de prevención, no brindaron atención médica en el momento de haber identificado personas sospechosas de COVID-19"³⁵¹.

345 Anexo 3B, pregunta: 3.1.

346 Anexo 3B, pregunta: 3.2.1

347 Anexo 3C, pregunta: 3.1.

348 Anexo 3C, pregunta: 3.2.

349 Anexo 3C, pregunta: 3.2.1.

350 Anexo 3A, pregunta: 3.1.

351 Anexo 3A, pregunta: 3.1.1.

2.1.4.3. Acceso a la información sobre la pandemia en los idiomas propios de los pueblos indígenas

De la entrevista realizada al **DTSEDES**, se extrae que el Sedes y los servicios de salud habrían desarrollado acciones de información dirigidas a pueblos indígenas³⁵², que abarcaron “bioseguridad, conceptos de la enfermedad, síntomas de la enfermedad y estrategia de manejo de aislados”, realizado “con el promotor de salud – Ese Ejja”, y transmitidos mediante “charlas, televisión y talleres con autoridades”³⁵³.

Asimismo, el Alcalde del **GAMSB** refirió que se habrían realizado acciones de información sobre la COVID 19, dirigidas a pueblos indígenas³⁵⁴; “capacitación realizada por el Director del Centro de Salud de San Buenaventura, Dr. Santos Gutiérrez Callisaya, con exposiciones, panfletos informativos en idioma castellano, previa capacitación al personal médico para la atención de personas sospechosas o infectadas con COVID-19”; la información habría sido en idioma castellano y se la habría brindado a través de “visitas del personal de salud a la comunidad, redes sociales, charlas y talleres”³⁵⁵.

Por otro lado, en la entrevista realizada al **PCEEE**, se señaló que el pueblo Ese Ejja no habría recibido información del Estado sobre la pandemia del COVID-19³⁵⁶; sin embargo, también, refirió haber recibido información a través de otros medios televisivos y radio³⁵⁷, que contempló “cuando el virus llegó a Bolivia, no salir de casa, cuidados que se debe tener para evitar el contagio de COVID-19” y recalzó que “no tienen información respecto a los síntomas de la COVID-19”³⁵⁸. Ésta información fue en idioma castellano³⁵⁹, a través de televisión y radio³⁶⁰.

2.1.4.4. Participación de los pueblos indígenas e inclusión de sus instituciones y autoridades propias en la formulación e implementación de políticas públicas en los COEN, COED y COEM

En la entrevista realizada el Alcalde del **GAMSB**, se refirió que su municipio habría conformado el COEM para la gestión de riesgos de la pandemia de la COVID-19³⁶¹; y que como acciones para contar con la participación de representantes de pueblos indígenas en el COEM se ha “realizado visitas a la comunidad para poder identificar necesidades y su situación, dotación de panfletos impresos para información”³⁶²; y que las acciones realizadas a favor de pueblos indígenas han sido la “dotación de ayuda alimentaria a todas las familias de la comunidad Ese Ejja, capacitación mediante charlas, disponibilidad de transporte municipal para el abastecimiento de alimentos y traslado de sus productos para la comercialización en San Buenaventura, otorgación de equipos de bioseguridad, apoyo a la comunidad con profesionales médicos”³⁶³.

De la entrevista realizada al **PCEEE**, se advierte que la Autoridad Indígena de la comunidad no conocería las acciones que realiza el COEN, COED y COEM en su municipio y departamento³⁶⁴, por lo que ninguna autoridad gubernamental habría coordinado con su comunidad acciones

352 Anexo 3B, pregunta: 1.

353 Anexo 3B, pregunta: 4.1.

354 Anexo 3C, pregunta: 4.1.

355 Anexo 3C, pregunta: 4.1.1.

356 Anexo 3A, pregunta: 4.1.

357 Anexo 3A, pregunta: 4.1.1.

358 Anexo 3A, pregunta: 4.2.

359 Anexo 3A, pregunta: 4.3.

360 Anexo 3A, pregunta: 4.4.

361 Anexo 3C, pregunta: 6.1.

362 Anexo 3C, pregunta: 6.1.1.

363 Anexo 3C, pregunta: 6.1.2.

364 Anexo 3A, pregunta: 6.1.

específicas para enfrentar la COVID-19³⁶⁵, y tampoco hubiera participado en la toma de decisiones en las acciones desarrolladas por el COEM y COED en contra la pandemia de COVID-19³⁶⁶.

2.1.4.5. Medidas de protección social realizadas por el Estado en todos sus niveles para mitigar los efectos socioeconómicos

En la entrevista realizada al Alcalde del **GAMSB**, señaló que la comunidad ha presentado problemas económicos y/o sociales a causa de la cuarentena y otras medidas sanitarias por la COVID-19³⁶⁷, vinculadas a: i) La alimentación, “desabastecimiento por la distancia de la comunidad y San Buenaventura”, ii) Educación, “suspenden las clases en el sistema escolar mediante Decreto Supremo”, iii) Salud, “los médicos se concentran en la atención del COVID-19”³⁶⁸; asimismo, se indicó como acciones para enfrentar los problemas citados, que se hubiera realizado la “Elaboración de un plan de mitigación de los daños que generó la pandemia, dotación de semillas y apoyo a la producción, creación de programas que generan empleos, garantizar transporte en caso de necesidad”³⁶⁹.

Asimismo, de la información proporcionada por el **PCEEE**, se advierte que su comunidad hubiese tenido problemas económicos y/o sociales a causa de la cuarentena³⁷⁰ en: i) Alimentación, “no recibieron ningún apoyo de las autoridades del municipio de San Buenaventura, se organizaron en la comunidad para aprovisionarse de alimentos, tuvieron ayuda social a través de canal 36 (una sola vez)”, ii) Educación, “el problema de tecnología para pasar clases virtuales porque no cuentan con los medios tecnológicos, ni las condiciones, desconocimiento en el manejo de internet, hecho que dificulta que las y los estudiantes puedan pasar clases virtuales”, iii) Salud, “coordinación limitada con el área de salud, no asistidos por el Gobierno Autónomo Municipal de San Buenaventura, falta de información respecto a la pandemia”, iv) Discriminación, “no han sido capacitados durante la cuarentena, por lo que al momento no tiene información del cómo cuidarse”³⁷¹.

Igualmente, el **PCEEE** señaló que la comunidad habría sido beneficiaria de: a) La entrega de bonos “(...) algunos recibieron, pero no todos (...) por no estar en el sistema (estudiantes)”, y b) Entrega de canasta familiar³⁷²; señalándose como dificultades “que las personas mayores a 18 años no recibieron por falta de documentos (...)” y en otros casos documentos caducados de más de un año de antigüedad, y que no pudieron renovarlos por la distancia y la cuarentena³⁷³. Sin embargo, señaló que las medidas han logrado solucionar sus problemas³⁷⁴ ya “que lograron abastecerse con la compra de alimentos y el 80% recibió el bono familia”³⁷⁵.

2.1.5. PUEBLO INDÍGENA YAMINAWA

En el caso del pueblo Yaminawa, se entrevistó al Dr. Rolando Claire Ayala, Jefe de Área del SEDES Pando (**JASEDES**), Elizabeth García Estévez, Responsable del Programa de Medicina Tradicional del SEDES Pando (**RPMT**), José Guzmán, Presidente de la comunidad Nohaya (**PCN**), Batalla Rodríguez, Capitán Grande Yaminawa de la Comunidad Puerto Yaminawa (**CGYPY**); a nivel municipal se entrevistó a la Dra. Katerine Hinojosa, Directora Municipal de Salud del Gobierno Autónomo Municipal de Bolpebra (**DMS**).

-
- 365 Anexo 3A, pregunta: 6.1.1.
 - 366 Anexo 3A, pregunta: 6.2.
 - 367 Anexo 3C, pregunta: 7.1.
 - 368 Anexo 3C, pregunta: 7.1.1.
 - 369 Anexo 3C, pregunta: 7.1.2.
 - 370 Anexo 3A, pregunta: 7.1.
 - 371 Anexo 3A, pregunta: 7.1.1.
 - 372 Anexo 3A, pregunta: 7.1.2.
 - 373 Anexo 3A, pregunta: 7.1.2.1.
 - 374 Anexo 3A, pregunta: 7.1.2.2.
 - 375 Anexo 3A, pregunta: 7.1.2.2.1.

La verificación Defensorial se realizó al puesto de Salud Bolpebra del municipio del mismo nombre.

2.1.5.1. Enfoques de interculturalidad, diferencial y de pertinencia cultural en las esferas de a) Medidas de Prevención – Vigilancia Comunitaria y b) Detección y manejo

El servidor público entrevistado del municipio de Bolpebra señaló que contaría con un Consejo Social Municipal de Salud³⁷⁶ y que en su municipio existirían: Tres puestos de salud, ubicados en las comunidades Mukden, San Pedro de Bolpebra y Puerto Yaminawa; y un Centro de Salud Ambulatorio en la comunidad Nereuda³⁷⁷.

El **JASEDES** y la **RPMT** indicaron que la TCO Yaminawa-Machineri accedería a la salud a través del: i) Puesto de salud de San Pedro de Bolpebra, ubicado en la comunidad del mismo nombre y una distancia de 20 a 25 minutos de la TCO y el ii) Centro de Salud Ambulatorio Mukden en la comunidad del mismo nombre y a una distancia de una hora de la TCO³⁷⁸.

En la Verificación Defensorial, se pudo evidenciar que el Puesto de Salud Bolpebra funciona en la planta baja del inmueble de las instalaciones del Gobierno Autónomo Municipal de Bolpebra, en dos ambientes acondicionados para que funcione el consultorio y farmacia, y otros dos ambientes que son utilizados como habitaciones del médico y la enfermera.

El **PCN** y **CGPY** señalaron que sus comunidades no tienen acceso a un establecimiento de Salud, el **CG-PY** refirió, haciendo referencia al puesto de salud en la comunidad Puerto Yaminawa, que en el contexto de la pandemia “tiene una infraestructura que es utilizada muy poco por los médicos cuando iban a la comunidad antes de la COVID, no tiene uso”³⁷⁹ y que no tomaría en cuenta su idioma, medicina tradicional y cultura³⁸⁰. En caso de que necesitasen de mayor atención médica por COVID-19, los miembros de la **comunidad Nohaya** “se trasladarían al puesto de salud que queda en la comunidad San Pedro de Bolpebra, a 25 minutos de la comunidad Nohaya en motocicleta. La TCO cuenta con un puesto de salud en la comunidad Puerto Yaminawa, cuyo responsable es un indígena Yaminawa; sin embargo, no realiza visitas a la comunidad, la enfermera del puesto de salud de San Pedro de Bolpebra es la que va a la comunidad de visita”, y la **comunidad Puerto Yaminawa**, “al puesto de salud ubicado en San Pedro de Bolpebra a 30 minutos de la comunidad, pero los casos COVID-19 los atendimos únicamente en la comunidad”³⁸¹; además, señaló como limitación y/o problema para acceder a este puesto de salud que “el transporte de la comunidad hacia Bolpebra podría ser una limitación y las restricciones de salidas”³⁸².

En la Verificación Defensorial, se evidenció que el puesto de salud Bolpebra no cuenta con las condiciones mínimas para un establecimiento de salud de primer nivel, conforme el siguiente detalle:

376 Anexo 3C, pregunta: 2.1.1.

377 Anexo 3C, pregunta: 2.1.1.

378 Anexo 3B, pregunta: 2.2.2.

379 Anexo 3A, pregunta: 2.3.1.

380 Anexo 3A, pregunta: 2.3.2.

381 Anexo 3A, pregunta: 2.3.3.

382 Anexo 3A, pregunta: 2.3.4.

Características a verificar según norma nacional de caracterización del establecimiento de salud de primer nivel – PUESTO DE SALUD	Características verificadas
<p>Infraestructura</p> <p>Galería exterior, hall de ingreso, baños con ducha, sala de uso múltiple, recepción-archivo-farmacia, consultorio DOTS, enfermería polivalente (vacunatorio y crecimiento y desarrollo), sala internación de tránsito, sala de parto con adecuación cultural, almacén, depósito, cuarto de limpieza, depósito final RGES, área de transporte, vivienda personal.</p>	<p>Cuenta con galería exterior, hall de ingreso, baños con ducha, sala de uso múltiple, recepción-Archivo-Farmacia y Vivienda Personal; sin embargo, se observa que los baños se encuentran en ambientes separados pero no cuenta con agua, y que la el Archivo-Farmacia es ocupado también como almacén y cuarto de limpieza.</p> <p>No cuenta con DOTS, enfermería polivalente (Vacunatorio y Crecimiento y Desarrollo), sala internación de tránsito, sala de parto con adecuación cultural, almacén, depósito, cuarto de limpieza, depósito final RGES y área de transporte, igualmente que utilizan la camilla del consultorio.</p>
<p>Equipamiento</p> <p>Estetoscopio doble campana, linterna de exploración, estufa tipo radiador, ventilador de acuerdo a la región (trópico), detector ultrasónico de latido fetal, equipo para ginecología, estufa esterilizador en seco 30 litros, cama de plaza y media, silla apilable, velador, sábanas plaza y media (juegos), sabanillas, frazadas, colchón de plaza y media y almohada, cubrecamas, portasueros, casillero de un cuerpo con dos compartimentos.</p>	<p>No tiene equipamiento, Lo que hay es de propiedad personal del médico, no del municipio.</p>
<p>Servicios básicos</p> <p>a) Sistema de agua segura</p> <p>b) Energía eléctrica o alternativa</p> <p>c) Saneamiento básico</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Utilizan agua de pozo • La energía eléctrica a motor • Saneamiento básico no tienen
<p>Personal de salud</p> <p>Técnico: Hasta dos (2) auxiliares de enfermería</p>	<p>Cuenta con:</p> <p>Profesional: médico especialista en epidemiología, una enfermera.</p> <p>Técnico: farmacia.</p>

Confirmando la Verificación Defensorial, respecto a las limitaciones y problemas en los establecimientos de salud, la **DMS** indicó que “la principal limitación es el transporte, lograr desplazar a las personas, no cuentan con una ambulancia, camioneta o motocicletas para este fin. Con los recursos del IDH que están llegando al municipio, en reunión del COEM se determinó la prioridad de compra de una ambulancia. Tuvieron que adecuar la ambulancia odontológica para el traslado de pacientes COVID-19. Falta de recurso humano conforme a normativa, el 50% de personal se encuentra con licencia por encontrarse dentro de los grupos de riesgo, recientemente se aprobó la contratación de personal, el puesto de salud de Mukden es el que está atravesando con los mayores problemas”³⁸³.

383 Anexo 3C, pregunta 2.3.

Igualmente, el **PCN** y **CGYPY** señalaron que los problemas se dan por el “reducido número de personal en los establecimientos de salud y las dificultades de transporte, ya que el municipio no cuenta con una ambulancia, viéndose en la obligación de adecuar la ambulancia odontológica para este fin. No disponen de un vehículo o motocicleta, se movilizan con sus propios medios” y “escaso número de personal y transporte”³⁸⁴.

Prevención – Vigilancia Comunitaria

El **JASEDES** y **CGYPY** señalaron que han sido capacitados para realizar acciones vigilancia comunitaria; de acuerdo con **CGYPY**, el Sedes se hubiera encargado de ello; asimismo, ambos han coincidido en afirmar que la misma no hubiera sido en idioma originario. Por otro lado, el **RPMT** y **PCN** señalaron no haber realizado ningún tipo de capacitación respecto a la vigilancia comunitaria de la COVID-19.

El **JASEDES** señaló que la capacitación sólo abarcó vigilancia en la comunidad y vigilancia en las familias³⁸⁵; por el contrario el **CGYPY** refirió que la capacitación no contempló dichos aspectos³⁸⁶.

El **JASEDES** ha indicado que, en el contexto de la COVID-19, las comunidades han sido capacitadas en: a) Cómo se debe actuar ante un caso sospechoso, b) Detección de un caso sospechoso, c) Notificación al personal de salud³⁸⁷; sin embargo, el **CGYPY** señaló que la capacitación en la comunidad Puerto Yaminawa no contempló ninguno de los aspectos citados y que simplemente se habría limitado a explicar el uso de barbijo y distanciamiento social. “Junior Rodríguez miembro de la comunidad Yaminawa y responsable de salud realizó la capacitación en la comunidad, en el idioma nativo, sobre el uso de barbijo y el distanciamiento social; información que fue replicada en la comunidad cuando retornó su representante en salud”³⁸⁸.

Por otro lado, la **RPMT**³⁸⁹ y el **PCN**³⁹⁰ señalaron no haber realizado ningún tipo de capacitación, al respecto el segundo señaló que en abril personal sanitario en visita de rutina al ver que había varias personas con gripe les habló algo de la enfermedad. “La primera vez que nos hablaron algo de la COVID-19 fue cuando el Dr. Rudy Boren se hizo presente en la comunidad a mediados de abril para preguntar cómo estábamos y al ver que habíamos varios con gripe y fiebre nos habló un poco de esa enfermedad. Luego de unos días, volvió el Dr. Henry Maydana, el Odontólogo del centro de salud Mukden, para sacarnos pruebas, pero la gente estaba molesta ya que como no habían venido antes, no quisieron sacarse la prueba, sólo accedimos mi mujer y mi persona. Para persuadirnos de hacerlos nos habló un poco de la COVID”³⁹¹.

Respecto a las dificultades en el desarrollo o ausencia de las capacitaciones, el **JASEDES** y **RPMT** señalaron que se deben “principalmente al transporte, para desplazar al personal hasta las comunidades; el municipio no cuenta con camioneta o motocicletas, tampoco con una ambulancia. Falta de recurso humano, ya que la mayoría se encuentra con licencia por encontrarse dentro de los grupos de riesgo” y “abandono de la anterior responsable, (...) y olvido de la instancia técnica departamental en la atención a los pueblos indígenas”³⁹².

El **JASEDES** ha indicado que el pueblo Yaminawa contaría con una planificación de vigilancia comunitaria articulada con el establecimiento de salud del municipio; que la misma se traduciría

384 Anexo 3B, pregunta: 2.2.3.

385 Anexo 3B, pregunta: 2.1.2.

386 Anexo 3B, 2.1.1.3.

387 Anexo 3B, pregunta: 2.1.3

388 Anexo 3A, pregunta: 2.1.1.5.

389 Anexo 3B, pregunta: 2.1.2.

390 Anexo 3A, pregunta: 2.1.1.3

391 Anexo 3A, pregunta: 2.1.1.5.

392 Anexo 3B, pregunta: 2.1.4.

en que "(...) un miembro de la comunidad Puerto Yaminawa es quien atiende los casos que se presentan como una primera alternativa, luego de acuerdo con la distancia, los miembros de la TCO pueden acudir al puesto de salud de San Pedro de Bolpebra que queda a unos 20-25 minutos de las comunidades. En Mukden cuentan con un centro de salud ambulatorio para casos que requieran mayor atención"³⁹³; asimismo, la **RPMT** manifiesta que la planificación se traduce en que "(...)el Sedes cuenta con un Jefe de Área, Dr. Rolando Claire Ayala, cuyo ámbito de acción abarca la TCO en el municipio de Bolpebra, quien coordina (...) las acciones y la planificación en salud a desarrollarse en la TCO, encontrándose como responsable de ingreso el Dr. Rudy Boren, quien es Responsable de Vigilancia del municipio"³⁹⁴.

Por el contrario, el **CGYPY** y el **PCN** refirieron que las comunidades Puerto Yaminawa y Nohaya no tienen una planificación de vigilancia comunitaria con el establecimiento de salud. El **PCN** señaló que en "Puerto Yaminawa hay un puesto de salud, pero el responsable que es un Yaminawa, no se presenta en la comunidad Nohaya, por lo que acuden al centro de salud de Bolpebra"³⁹⁵.

Por otro lado, en cuanto a la **prevención** de casos de COVID-19 en la comunidad Nohaya el **PCN** señaló que "dentro de la comunidad no usan barbijo ya que se encuentran dentro de la comunidad y se relacionan sólo entre ellos. Como ya pasamos la enfermedad casi todos en la comunidad, nos volvimos fuertes frente a ella, no ingresa nadie a la comunidad que no pertenezca a Nohaya. Cuando alguna persona sale de la comunidad hacia otra comunidad o a Cobija usan barbijo.", y en la comunidad Puerto Yaminawa, el **CGY-PY** relató: "Los propios miembros de la comunidad se realizaron sus barbijos con pedazos de tela que son utilizados por algunos de los miembros de la comunidad durante las mañanas. Se preparan medicamentos naturales con cebolla, limón, quina quina y otras plantas que tienen en la comunidad, que consumen para fortalecer sus defensas para no adquirir el virus"³⁹⁶.

Detección y manejo

El **JASEDES** y **RPMT** han indicado que los establecimientos de salud a su cargo no atendieron a indígenas pertenecientes al pueblo indígena Yaminawa, bajo sospecha o con la enfermedad de la COVID-19³⁹⁷; sin embargo, el primero refirió que el Sedes Pando para el manejo de posibles casos "cuenta con un plan departamental de manejo de la COVID-19 (...)"³⁹⁸; asimismo, ambos señalaron que utilizarían el "(...) protocolo para abordaje de COVID-19 en pueblos indígenas originario campesinos y afroboliviano" del Ministerio de Salud³⁹⁸.

Por otro lado, según el **JASEDES** y la **RPMT** las guías, protocolos y lineamientos utilizados por el Sedes Pando contienen principios u orientaciones de interculturalidad, enfoque diferencial y/o pertinencia cultural; el **JASEDES** señaló al "protocolo para abordaje de COVID-19 en pueblos indígenas originario campesinos y afroboliviano, que recién se aplicará" y que el mismo a su parecer "contiene principalmente acciones y recomendaciones para coadyuvar en la promoción de la salud, la prevención y la atención del coronavirus con enfoque de interculturalidad"³⁹⁹. El **RPMT**, igualmente, refirió que conoce de "un protocolo de atención y apoyo específico a los pueblos indígenas del país en la lucha contra el coronavirus (COVID-19) del Ministerio de Salud. No recuerdo con exactitud qué señala exactamente, entiendo que son acciones de promoción de la salud y prevención de la enfermedad con criterio de interculturalidad, así como la atención de casos; sin embargo, me encuentro trabajando en la elaboración de un documento regionalizado". "Desconozco qué guías protocolos o lineamientos siguen los establecimientos de salud de Bolpebra".

393 Anexo 3B, pregunta: 2.1.5.

394 Anexo 3B, pregunta: 2.1.5. y 2.1.5.

395 Anexo 3A, pregunta: 2.2.4.

396 Anexo 3A, pregunta: 2.2.1.

397 Anexo 3B, pregunta: 2.3.1.

398 Anexo 3B, pregunta 2.3.1.2.

399 Anexo 3B, pregunta 2.3.2.1.

En la **detección**, el **PCN** señaló que en la comunidad Nohaya se habría detectado casos por síntomas: “Al inicio pensamos que era gripe producto de los primeros sures que llegaron, pero fue cuando el Dr. Rudy Boren responsable de vigilancia del municipio se hizo presente en la comunidad en la primera quincena de abril para realizar una visita de rutina, informándole que nos encontrábamos con gripe y fiebre, indicándonos que teníamos los síntomas de la COVID, para luego confirmarlo con pruebas”; igualmente, el **CGYPY** refirió que la comunidad Puerto Yaminawa se guía por síntomas “para la detección de casos COVID-19, y se rigen por los síntomas que presentan las personas como la dificultad de respirar, fiebre, dolor de cabeza, tos seca”⁴⁰⁰.

En el manejo de casos, de acuerdo con el **PCN** en la comunidad Nohaya, se trataron con medicamentos: “Acuden a los remedios naturales que provienen de los árboles y como no sabían que era COVID no asumieron ningún tipo de medida específica, una vez se tuvieron los resultados positivos, el Dr. Rudy Boren, Responsable de Vigilancia del municipio le dio tratamiento para él y su esposa ya que se tenían sus resultados confirmados. Las restantes 16, que se negaron a la toma de muestras, cuando accedieron a las mismas y hasta la entrega de resultados pasaron más de 20 días de los síntomas que tuvieron, motivo por el cual les señaló que no precisaban la dotación de medicamentos”. El **CGYPY** relató que la comunidad Puerto Yaminawa utilizó medicina tradicional y algunos medicamentos: “Hasta el momento aproximadamente unas 20 personas presentaron los síntomas del virus, principalmente la dificultad para respirar, todos mayores de edad, curándose con medicina natural, paracetamol y mucha fe en Dios, ya que no pudieron trasladarse hasta el centro de salud más cercano ubicado en San Pedro de Bolpebra a 30 minutos de la comunidad que no cuenta con un centro propio, debido a las restricciones de circulación por la cuarentena en el departamento que son controladas por la policía. Actualmente, en la comunidad no hay personas que presenten síntomas de COVID-19”⁴⁰¹.

El **PCN** y **CGYPY** coincidieron en señalar que no tendrían casos activos o sospechosos de COVID-19⁴⁰².

Respecto a problemas que tuvieron en sus comunidades, en la implementación de medidas de prevención, detección y manejo de pacientes indígenas con COVID-19, el **PCN** señaló que en la comunidad Nohaya: “de prevención no tenemos ya que todos usan barbijo cuando salen de la comunidad hacia otros lugares, como no hay casos en este momento de personas con COVID-19 estamos bien ahora”. El **CGYPY** refirió que la comunidad Puerto Yaminawa: “Respecto a la prevención, no ingresan personas de afuera a la comunidad, sólo las autorizadas, el uso del barbijo al salir de la comunidad debe hacerlo cada uno, al igual que en algún momento dentro de la comunidad el uso de barbijo se da en algunas personas. Sobre la atención de casos es únicamente con medicina natural, cuando hubo casos tratamos de ir al puesto de salud ubicado en San Pedro de Bolpebra a 30 minutos de la comunidad ya que no contamos en la comunidad con un puesto de salud propio, debido a las restricciones de circulación por la cuarentena en el departamento que son controladas por la policía no se pudo llegar hasta allá, atendiendo los casos entre nosotros”⁴⁰³.

Por otro lado, en la verificación Defensorial, se evidenció que el puesto de salud Bolpebra en cuanto a equipamiento para la detección y manejo de la COVID-19, sólo realiza limpieza y desinfección de áreas y cuenta con red o sistema de referencia y contrarreferencia; sin embargo, no cuenta con equipo para la toma de muestras, insumos para la recolección de muestras (hisopos de dacron), medio de transporte viral (tubos de muestra), medio de transporte de muestras refrigerado, no proporciona barbijos a todos los que presenten síntomas respiratorios, un área de triage, un consultorio para la atención de pacientes con sospecha de COVID-19, un centro de aislamiento,

400 Anexo 3A, pregunta: 2.2.1.

401 Anexo 3A, pregunta: 2.2.2 y 2.2.3.

402 Anexo 3A, pregunta: 2.2. 1.; 2.2. 3.

403 Anexo 3A, pregunta: 2.2.1.1.

no aplica medidas para evitar aglomeraciones en áreas de espera, personal laboratorista para la toma de muestras, ambulancias para referencias, rastrillaje y traslado de casos sospechosos; elementos contemplados en la guía del manejo de la COVID-19 del Ministerio de Salud.

Asimismo, dentro de la prevención y manejo, la Verificación Defensorial identificó que el personal de salud cuenta sólo con guantes de nitrilo o látex y barbijo de tres capas, y no así con bata de protección, barbijo N95, gafas protectoras, ni equipo que genere aerosol de desinfección. Además, que la atención que realiza en el establecimiento de salud es en visita familiar y atención domiciliaria.

2.1.5.2. Eliminación de Estigmas y Estereotipos Negativos que puedan surgir sobre los pueblos indígenas en el contexto de la pandemia de la COVID-19

En la entrevista realizada al **JASEDES** y la **RPMT**, respecto a si el personal de su institución ha sido capacitado sobre la eliminación de estereotipos negativos que pueden ser atribuidos a los pueblos indígenas, durante la COVID-19, señalaron que no fueron capacitados⁴⁰⁴.

Por otro lado, la **DMS** refirió que se ha conocido hechos de discriminación donde “las comunidades aledañas a la TCO no permitían el acercamiento por parte de miembros de la TCO debido a que en la comunidad Nohaya (que es una de las tres comunidades que conforman la TCO) se presentaron los primeros casos COVID-19 del municipio de Bolpebra y los miembros de la comunidad se rehusaban al uso de barbijos” y que como medida asumieron “(...) entregarles barbijos en el centro de salud del lugar y llegar a la comunidad con información sobre el tema para la toma de conciencia”⁴⁰⁵.

Asimismo, la **DMS** señaló que el personal de su institución no ha sido capacitado respecto a la eliminación de estereotipos negativos que pueden ser atribuidos a los pueblos indígenas, durante la COVID-19⁴⁰⁶.

En ese contexto, el **PCN** y el **CGYPY** consideran que las comunidades Nohaya y Puerto Yaminawa, respectivamente, fueron discriminados o juzgados negativamente durante la cuarentena⁴⁰⁷. En el primer caso estaría vinculado: “La detección de casos COVID-19 en la comunidad Nohaya se dio por casualidad, no porque hayan llegado los médicos del municipio para hacernos una atención adecuada, cuando ya estábamos con el virus saliendo adelante gracias a la medicina natural, es que nos dicen que podría ser el virus, por ello es que los compañeros se enojaron mucho e inicialmente se negaron a hacerse la prueba ya que sentimos que nos abandonaron”; y en el segundo caso por no ser tomados en cuenta por el gobierno “la comunidad sufre de discriminación por no ser tomados en cuenta en las acciones de prevención, tampoco pudieron acceder a una atención médica al momento de presentarse casos en la comunidad durante la cuarentena, ya que todos los casos que se presentaron fueron tratados en la misma comunidad con medicina natural, principalmente. Hasta la fecha, no llegó a la comunidad ningún personal de salud y/o autoridad municipal o departamental para abordar temas o llevar a cabo alguna acción respecto a la COVID-19”⁴⁰⁸.

404 Anexo 3B, pregunta: 3.1.

405 Anexo 3C, pregunta: 3.1.

406 Anexo 3C, pregunta: 3.2.

407 Anexo 3A, pregunta: 3.1.

408 Anexo 3A, pregunta: 3.1.1.

2.1.5.3. Acceso a la información sobre la pandemia en los idiomas propios de los pueblos indígenas

En la entrevista realizada al **JASEDES**⁴⁰⁹ y la **DMS**⁴¹⁰, refirieron que en el mes de junio de 2020 se desarrollaron acciones de información dirigidas al pueblo indígena Yaminawa⁴¹¹, que abarcaron que es la COVID-19, qué medidas de protección, atención y prevención se debe asumir; las cuales fueron en idioma español con el acompañamiento indígena, “invitando a la señora Ana Merelis del pueblo Yaminawa y dirigente de la CIRABO para que acompañe a la comisión hasta el lugar”; y transmitidos mediante charlas una vez por mes; sin embargo, la **RPMT** desconoce de las acciones de información desarrolladas⁴¹².

Por otro lado, de la entrevista realizada al **PCN** y el **CGYPY** refirieron que las comunidades Nohaya y Puerto Yaminawa no habrían recibido información del Estado sobre la pandemia del COVID-19⁴¹³; y que la información que tienen sobre la COVID-19, fue obtenida a través de otros medios como “las que dan en las noticias o las que publican en las redes sociales y grupos de WhatsApp”⁴¹⁴, en idioma “portugués y español”⁴¹⁵.

2.1.5.4. Participación de los pueblos indígenas e inclusión de sus instituciones y autoridades propias en la formulación e implementación de políticas públicas en los COEN, COED y COEM

De la entrevista realizada al **PCN** y el **CGYPY**, se advierte que ambos no conocerían de las acciones que realiza el COEN, COED y COEM en su municipio y departamento⁴¹⁶, ya que ninguna autoridad habría coordinado con las comunidades Nohaya y Puerto Yaminawa acciones específicas para enfrentar la COVID-19⁴¹⁷, y tampoco hubieran participado en la toma de decisiones en las acciones desarrolladas por el COEM y COED⁴¹⁸.

En la entrevista realizada a la **DMS**, refirió que su municipio habría conformado el COEM para la gestión de riesgos de la pandemia de la COVID-19⁴¹⁹; y que para contar con la participación de representantes de pueblos indígenas, señaló: “Desde su conformación, el presidente del COEM realizó la invitación a todos los representantes de OTB’s del municipio, donde se encontraba incluido el de la TCO; sin embargo no asistió como la mayoría de los convocados”, “Pese a ello, se invitó a la dirigente nacional indígena Yaminawa, Ana Merelis, quien tampoco se hizo presente en la reunión”⁴²⁰; y que las acciones realizadas a favor de pueblos indígenas, hubiesen sido “a nivel del COEM, la única acción fue la toma de muestras mediante una estrategia en la comunidad Nohaya debido al brote del virus y porque sus miembros se negaban a la toma de muestra para realizar las pruebas”⁴²¹.

2.1.5.5. Medidas de protección social realizadas por el Estado en todos sus niveles para mitigar los efectos socioeconómicos

En la entrevista realizada a la **DMS**, se señaló que el pueblo Yaminawa, habría presentado problemas económicos y/o sociales a causa de la cuarentena y otras medidas sanitarias por la

-
- 409 Anexo 3B, pregunta: 4.1.
 - 410 Anexo 3C, pregunta: 4.1.1.
 - 411 Anexo 3B, pregunta: 1.
 - 412 Anexo 3B, pregunta: 1.
 - 413 Anexo 3A, pregunta: 4.1.
 - 414 Anexo 3A, pregunta: 4.1.1.
 - 415 Anexo 3A, pregunta: 4.3.
 - 416 Anexo 3A, pregunta: 6.1.
 - 417 Anexo 3A, pregunta: 6.1.1.
 - 418 Anexo 3A, pregunta: 6.2.
 - 419 Anexo 3C, pregunta: 6.1.
 - 420 Anexo 3C, pregunta: 6.1.1.
 - 421 Anexo 3C, pregunta: 6.1.2.

COVID-19⁴²², vinculadas a: i) La alimentación, “su abastecimiento lo realizaban del vecino país del Brasil, con el cierre de frontera y la aparición de casos COVID-19 en la TCO, se ven imposibilitados de adquirirlos, debiendo consumir los productos que llegan de los comerciantes que vienen de Cobija”; ii) Educación, “Hay una ausencia total del sector educativo en el municipio, no cuentan con una estrategia de reinicio de labores escolares, pidieron material de bioseguridad al municipio, pero no dan respuesta a la problemática que se atraviesa”; iii) Salud, “los primeros casos del municipio se dieron en la comunidad Nohaya del pueblo Yaminawa, propagándose el virus entre sus miembros. A la fecha no cuentan con ninguna persona enferma en las tres comunidades”⁴²³; asimismo, señaló que como acciones para enfrentar estos problemas, el municipio “gestionó que comerciantes de Cobija lleguen a la TCO para vender sus productos y puedan abastecerse, la provisión de víveres y el cronograma de visita, lo coordinaron desde la TCO directamente con los proveedores a través de las redes sociales”⁴²⁴.

Asimismo, de la información proporcionada por el **PCN** y el **CGYPY**, se advierte que el pueblo indígena Yaminawa habría tenido problemas económicos y/o sociales a causa de la cuarentena⁴²⁵.

La comunidad Nohaya según el **PCN** paso por problemas de: a) alimentación, antes de la COVID-19 nuestro principal lugar de abastecimiento de víveres era el Brasil, me imagino que por ahí es que nos contagiamos también, con el cierre de fronteras debemos adquirir productos de comerciantes que llegan de Cobija, pero cuyo costo es mayor al que estábamos acostumbrados a pagar en Brasil; b) Educación, los niños no se encuentran pasando clases y no se tiene información de qué pasará con este tema, ya que no se cuenta en la comunidad con equipos de computación o medios para el desarrollo de clases virtuales si así se decide hacer. El profesor tampoco volvió a aparecer; c) Salud, la mayoría de nosotros tuvimos la enfermedad, ello corroborado por las pruebas que nos sacaron, ahora no tenemos gente enferma, estamos más fuertes, todo gracias a nuestra medicina natural; d) Violencia; “no tuvimos casos”⁴²⁶.

Asimismo, el **PCN** señaló que habrían sido beneficiarios de la entrega de bonos; sin embargo, refirió que hubiesen tenido problemas con el transporte hasta Bioceánica para cobrar los bonos, de la brigada móvil del banco Unión, además del desconocimiento de los requisitos para el pago, lo que implicó que: “(...) debemos retornar a la comunidad y recién puedan pagarnos”⁴²⁷, se les habría entregado una canasta familiar del municipio, los niños no pasaron clases⁴²⁸; sin embargo, relató que las medidas no han logrado solucionar sus problemas⁴²⁹ ya que los bonos “ayudaron por un tiempo para que podamos comprar algunos víveres, pero ya se acabó ese dinero. Las medidas restrictivas de circulación dificultan que se pueda ir a realizar algunos trabajos”⁴³⁰.

La comunidad Puerto Yaminawa según el **CGYPY** pasó por problemas de: a) Alimentación, la comunidad actualmente atraviesa problemas de alimentación, no cuentan con víveres, se alimentan de yuca, plátano, caza furtiva y pesca; b) Educación, no se encuentran pasando clases los niños en la comunidad; c) Salud, la mayoría se contagió pero todos ellos se sanaron, se encuentran sin problemas de salud relacionados con la COVID-19⁴³¹.

Igualmente, el **CGYPY** señaló que su comunidad habría sido beneficiaria de la entrega de bonos en la comunidad Bioceánica, “bono universal de Bs 500 y los que tienen niños también cobraron

422 Anexo 3C, pregunta: 7.1.

423 Anexo 3C, pregunta: 7.1.1.

424 Anexo 3C, pregunta: 7.1.2.

425 Anexo 3A, pregunta: 7.1.

426 Anexo 3A, pregunta: 7.1.1.

427 Anexo 3A, pregunta: 7.1.2.1.

428 Anexo 3A, pregunta: 7.1.2.

429 Anexo 3A, pregunta: 7.1.2.2.

430 Anexo 3A, pregunta: 7.1.2.2.1.

431 Anexo 3A, pregunta: 7.1.1.

una vez Bs 500”, recibieron canasta familiar del Gobierno Autónomo Municipal de Cobija en una sola oportunidad consistente en “(...) 10 Kg. de arroz, 2 Kg. de azúcar, 2 aceites, harina y sal”. Los estudiantes no pasaron clases virtuales, ya que las familias no cuentan con los medios tecnológicos, además del desconocimiento en el manejo de internet y la falta de recursos económicos para adquirir computadoras, celulares y otros instrumentos tecnológicos⁴³²; sin embargo, señaló que las medidas no han logrado solucionar sus problemas⁴³³, ya que con el dinero compraron verduras y víveres, pero a precios bastante elevados, sin que exista ningún tipo de control, y que ya no cuentan con recursos económicos para adquirir alimentos⁴³⁴.

2.1.6. PUEBLO INDÍGENA MACHINERI

En el caso del pueblo Machineri, se entrevistó al Dr. Rolando Claire Ayala, Jefe de Área Sedes Pando (**JASEDES**); Elizabeth García Estévez, Responsable del Programa de Medicina Tradicional del SEDES Pando (**RPMT**); Delci Flores Presidente de la comunidad San Miguel de Machineri (**PCSM**); a nivel municipal se entrevistó a la Dra. Katerine Hinojosa Directora Municipal de Salud del Gobierno Autónomo Municipal de Bolpebra (**DMS**).

La Verificación Defensorial se realizó en el puesto de salud Bolpebra, del municipio del mismo nombre.

2.1.6.1. Enfoques de interculturalidad, diferencial, y de pertinencia cultural en las esferas de a) Medidas de Prevención – Vigilancia Comunitaria y b) Detección y manejo

En la entrevista a la **DMS** del municipio de Bolpebra, se señaló que el municipio contaría con un Consejo Social Municipal de Salud⁴³⁵ y que en su municipio existiría: Tres puestos de salud, ubicados en las comunidades Mukden, San Pedro de Bolpebra y Puerto Yaminawa; y un Centro de Salud Ambulatorio en la comunidad Nereuda⁴³⁶.

El **JASEDES** y **RPMT** indicaron que la TCO Yaminawa - Machineri accederían a la salud a través del: i) Puesto de Salud San Pedro de Bolpebra, ubicado en la comunidad del mismo nombre y una distancia de 20 a 25 minutos de la TCO y ii) Centro de Salud Ambulatorio Mukden en la comunidad del mismo nombre y a una distancia de una hora de la TCO⁴³⁷.

El **PCSM** relató que su comunidad tiene una “(...) infraestructura que es utilizada muy poco por los médicos, cuando iban a la comunidad antes de la COVID, no tiene uso.”⁴³⁸, que sería de tipo puesto de salud⁴³⁹; aspecto que confirma lo señalado por la **DMS**, ya que esta infraestructura en desuso no figuraría en los registros de establecimientos de salud del municipio.

La Verificación Defensorial fue realizada al Puesto de Salud de Bolpebra conforme a lo desarrollado en el anterior acápite (Pueblo Yaminawa), debido a que este puesto de salud tiene la cobertura en la TCO Yaminawa – Machineri.

Por otra parte, la **PCSM** indicó que, en caso que la comunidad necesitase de mayor atención médica por COVID-19, tendrían que trasladarse hasta San Pedro de Bolpebra que queda a 20 minutos de la comunidad en moto; sin embargo, señaló: “Muy rara vez nos trasladamos hasta San Pedro de Bolpebra, que queda a 20 minutos de la comunidad en moto, para que nos atiendan

432 Anexo 3A, pregunta: 7.1.2.

433 Anexo 3A, pregunta: 7.1.2.2.

434 Anexo 3A, pregunta: 7.1.2.2.1.

435 Anexo 3C, pregunta: 2.1.1.

436 Anexo 3C, pregunta: 2.1.1.

437 Anexo 3B, pregunta: 2.2.2.

438 Anexo 3A, pregunta: 2.3.1.

439 Anexo 3A, pregunta: 2.3.1.1.

en el puesto de salud por otras enfermedades, cuando no hay mate para curarnos y se trata de una diarrea o dolor de cabeza. Si requeriríamos atención médica por COVID-19, en la comunidad nomás atenderíamos el caso, entiendo que la enfermedad no mata, eso fue lo que el médico (..) nos dijo⁴⁴⁰.

Confirmando la verificación defensorial, respecto a las limitaciones y problemas en los establecimientos de salud, la **DMS** indicó: "La principal limitación es el transporte, lograr desplazar a las personas, no cuentan con una ambulancia, camioneta o motocicletas para este fin. Con los recursos del IDH que están llegando al municipio, en reunión del COEM se determinó la prioridad de compra de una ambulancia. Tuvieron que adecuar la ambulancia odontológica para el traslado de pacientes COVID-19. Falta de recurso humano conforme a normativa, el 50% de personal se encuentra con licencia por encontrarse dentro de los grupos de riesgo, recientemente se aprobó la contratación de personal, el puesto de salud de Mukden es el que está atravesando con los mayores problemas⁴⁴¹. Igualmente, la **PCSMM** señaló como limitación y/o problema para acceder a este puesto de salud: "El transporte de la comunidad hacia Bolpebra (...) y las restricciones de salidas⁴⁴².

Prevención – Vigilancia Comunitaria

El **JASEDES** señaló que la comunidad Machineri ha sido capacitada para realizar acciones de vigilancia comunitaria, en idioma castellano⁴⁴³, que sólo abarcó: i) Vigilancia en la comunidad y ii) Vigilancia en las familias⁴⁴⁴; por el contrario la **PCSMM** refirió que no habrían recibido ningún tipo de capacitación al respecto⁴⁴⁵; igualmente, la **RPMT** refirió no haber desarrollado acciones de capacitación y vigilancia comunitaria en la comunidad al pueblo Machineri⁴⁴⁶.

El **JASEDES** indicó que, en el contexto de la COVID-19, el pueblo indígena Machineri ha sido capacitada en: Cómo se debe actuar ante un caso sospechoso, detección de un caso sospechoso, notificación al personal de salud; sin embargo, no contempló i) Procedimientos de notificación de casos sospechosos, ii) Referencia del caso sospechoso al establecimiento de salud, coordinada con el personal de salud, iii) Transporte del caso sospechoso, coordinado con personal de salud cumpliendo las normas de bioseguridad y protocolos de transporte, y iv) Establecer un formulario de vigilancia comunitaria⁴⁴⁷; no obstante, de manera contraria el **PCSMM** manifestó no haber recibido ninguna capacitación al respecto, de igual forma la **RPMT-SEDES-PN** informó no haber realizado estas acciones de capacitación⁴⁴⁸.

El **JASEDES**, respecto a las causas o dificultades para no realizar estas capacitaciones en todos sus componentes, señaló que se deben al transporte para desplazar al personal hasta las comunidades, como municipio no cuenta con camioneta o motocicletas, ni ambulancia; asimismo, refirió a la falta de recurso humano: "(...) la mayoría se encuentra con licencia por encontrarse dentro de los grupos de riesgo" y el **RPMT** refirió al "(...) olvido de la instancia técnica departamental en la atención a los pueblos indígenas⁴⁴⁹.

El **JASEDES** ha indicado que el pueblo Machineri contaría con una planificación de vigilancia comunitaria articulada con el establecimiento de salud del municipio, que la misma se traduciría

440 Anexo 3A, pregunta: 2.3. 3.

441 Anexo 3B, pregunta: 2.2.3.

442 Anexo 3A, pregunta: 2.3.4.

443 Anexo 3A, preguntas: 2.1.1., 2.1.1.1.; y 2.1.1.2.

444 Anexo 3B, pregunta: 2.1.2.

445 Anexo 3A, pregunta: 2.1.1.3.

446 Anexo 3B, pregunta: 2.1.2.

447 Anexo 3B, pregunta: 2.1.3.

448 Anexo 3B, pregunta: 2.1.2.

449 Anexo 3B, pregunta: 2.1.4.

en que la comunidad San Miguel de Machineri: "(...) cuenta con una infraestructura de puesto de salud, un miembro de la comunidad Puerto Yaminawa es quien atiende los casos que se presentan como una primera alternativa, luego de acuerdo a la distancia, los miembros de la TCO pueden acudir al puesto de salud de San Pedro de Bolpebra que queda a unos 20-25 minutos de las comunidades. En Mukden cuentan con un centro de salud ambulatorio para casos que requieran mayor atención"⁴⁵⁰; asimismo, la **RPMT** manifestó que "(...)el Sedes cuenta con un Jefe de Área, Dr. Rolando Claire Ayala, cuyo ámbito de acción abarca la TCO en el municipio de Bolpebra, quien coordina con el municipio de Bolpebra las acciones y la planificación en salud a desarrollarse en la TCO, encontrándose como responsable de ingreso el Dr. Rudy Boren quien es Responsable de Vigilancia del municipio"⁴⁵¹.

La **PCSMM** señaló que su comunidad no cuenta con una planificación de vigilancia comunitaria articulada con el establecimiento de salud: "Si bien en San Miguel de Machineri contamos con un puesto de salud, pero el responsable es Junior, un Yaminawa que vive en Puerto Yaminawa y no se hace presente en el puesto de salud, nosotros para temas de salud en general acudimos rara vez al puesto de salud de San Pedro de Bolpebra."⁴⁵².

DetECCIÓN Y MANEJO

El **JASEDES** y **RPMT** han indicado que los establecimientos de salud a su cargo no atendieron a indígenas pertenecientes al pueblo Machineri, bajo sospecha o con la enfermedad de la COVID-19⁴⁵³; sin embargo, el primero refirió que el Sedes Pando "cuenta con un plan departamental de manejo de la COVID-19 (...)" y ambos señalaron que utilizarían el "(...) protocolo para abordaje de COVID-19 en pueblos indígenas originario campesinos y afroboliviano" del Ministerio de Salud"⁴⁵⁴.

Por otro lado; la **PCSMM** indicó que la **prevención** de casos de COVID-19 en la comunidad la realizan con el "uso de barbijo cuando salen de la comunidad hacia otros lugares; las personas desconocidas que vienen de afuera que no son parte de la comunidad y las que no se encuentran autorizadas, no se les permite el ingreso a la comunidad; el relacionamiento social al interior de la comunidad es normal, no usan barbijo en la comunidad, tampoco guardan el distanciamiento social; a partir de la aparición de la COVID-19 en la comunidad, ahora consumen mayor cantidad de cítricos en su alimentación"⁴⁵⁵. Respecto a la detección, señaló que la comunidad identifica la COVID-19 por los síntomas ya que no tendrían acceso a las pruebas de laboratorio. "Luego de la experiencia vivida en la que todos estuvimos con fiebre y dolor de cabeza, nos pudimos dar cuenta que se trataba de COVID por las noticias que escuchábamos en la televisión y a través de las redes sociales. Para nosotros la detección es a través de la fiebre y dolor de cabeza, como si fuera un resfrío, ya que ninguno de nosotros pudo acceder a pruebas para confirmar que se trataba de COVID, lo que nos dio a todos". En el manejo de casos, usan la medicina tradicional. "Nosotros tratamos los casos COVID con la medicina tradicional, la persona enferma se atiende en su casa, quien prepara la medicina natural es Francisco Flores, y se les da a todos los que están enfermos. La familia controla la evolución del enfermo y comunidad los apoya"⁴⁵⁶.

Asimismo, la **PCSMM** refirió la inexistencia de casos sospechosos de COVID-19 o que tengan la enfermedad⁴⁵⁷; sin embargo, no especificó problemas que tendría su comunidad en la implementación de medidas de prevención, detección y manejo de pacientes indígenas con

450 Anexo 3B, pregunta: 2.1.5.

451 Anexo 3B, pregunta: 2.1.5.

452 Anexo 3A, pregunta: 2.2.4.

453 Anexo 3B, pregunta: 2.3.1.

454 Anexo 3B, pregunta 2.3.1.2.

455 Anexo 3A, pregunta: 2.2.1.

456 Anexo 3A, pregunta: 2.2.2 y 2.2.3.

457 Anexo 3A, pregunta: 2.2.1.1.

la enfermedad, ya que “todos los miembros de la comunidad cuando salen llevan barbijo, no dejamos ingresar gente de afuera y cuando ingresó el médico no nos acercamos. Para nosotros la fiebre y el dolor de cabeza es la forma en que relacionamos esos síntomas con la COVID, el manejo de pacientes se hizo a través del cuidado en casa, bajo supervisión de la misma familia y el apoyo de la comunidad”⁴⁵⁸.

Por otro lado, en la Verificación Defensorial se evidenció que el puesto de salud en cuanto a equipamiento para la detección y manejo de la COVID-19, sólo realiza limpieza y desinfección de áreas y cuenta con red o sistema de referencia y contrarreferencia; sin embargo, no cuenta con equipo para la toma de muestras, insumos para la recolección de muestras (hisopos de dacron), medio de transporte viral (tubos de muestra), medio de transporte de muestras refrigerado, no proporciona barbijos a todos los que presenten síntomas respiratorios, un área de triage, un consultorio para la atención de pacientes con sospecha de COVID-19, un centro de aislamiento, no aplica medidas para evitar aglomeraciones en áreas de espera, personal laboratorista para la toma de muestras, ambulancias para referencias, rastrillaje y traslado de casos sospechosos; elementos contemplados en la guía del manejo de la COVID-19 del Ministerio de Salud.

Asimismo, dentro de la prevención y manejo, la verificación Defensorial identificó que el personal de salud sólo cuenta con guantes de nitrilo o látex y barbijo de tres capas; y no así con bata de protección, barbijo N95, gafas protectoras, ni equipo que genere aerosol de desinfección. Además, que la atención que realiza el establecimiento de salud es en visita familiar y domiciliaria.

2.1.6.2. Eliminación de Estigmas y Estereotipos Negativos que puedan surgir sobre los pueblos indígenas en el contexto de pandemia de la COVID-19

En la entrevista realizada al **JASEDES** y la **RPMT**, señalaron que el personal de su institución no habría sido capacitado sobre la eliminación de estereotipos negativos que pueden ser atribuidos a los pueblos indígenas, durante la COVID-19⁴⁵⁹.

Por otro lado, la **DMS** refirió que el municipio ha conocido hechos de discriminación hacia el pueblo indígena Machineri, ya que esta comunidad al encontrarse en la TCO Yaminawa–Machineri fueron discriminados por las comunidades aledañas, al registrarse en la TCO los primeros casos COVID-19 del municipio de Bolpebra⁴⁶⁰; asimismo, el personal municipal no habría sido capacitado en la temática de eliminación de estereotipos negativos hacia pueblos indígenas, durante la COVID-19⁴⁶¹.

Confirmando lo anterior la **PCSMM**, señaló que su comunidad fue discriminada o juzgada negativamente durante la cuarentena⁴⁶², y que el hecho de discriminación o acto negativo estaría vinculado a que: “No querían ir a la comunidad ya que estábamos contaminados, las autoridades nunca aparecieron en la comunidad, hubo una señora de la comunidad a punto de dar a luz, al comunicarle al Dr. para que se constituya en el lugar puso muchas excusas para mirar a la embarazada, nos vimos obligados a llevarla al lado brasilero para que la puedan atender. Tampoco querían aproximarse de otras comunidades hacia nosotros, ya que en la TCO fue el primer lugar donde supuestamente se dieron los primeros casos de COVID-19 en el municipio”⁴⁶³.

458 Anexo 3A, pregunta: 2.2.1.2.

459 Anexo 3B, pregunta: 3.1.

460 Anexo 3C, pregunta: 3.1.

461 Anexo 3C, pregunta: 3.2.

462 Anexo 3A, pregunta: 3.1.

463 Anexo 3A, pregunta: 3.1.1.

2.1.6.3. Acceso a la información sobre la pandemia en los idiomas propios de los pueblos indígenas

En la entrevista realizada al **JASEDES** y la **RPMT**, se tiene: el primero señaló que el Sedes y/o servicios de salud habrían desarrollado acciones de información dirigidas a pueblos indígenas y contrariamente el segundo desconoce de dichas acciones⁴⁶⁴. El **JASEDES**⁴⁶⁵ y la **DMS**⁴⁶⁶ refirieron que la actividad se habría llevado a cabo en la comunidad Machineri en coordinación entre ambas instituciones en el mes de junio de 2020, brindando información sobre qué es el COVID-19, medidas de protección, atención y prevención; información que habría sido en idioma español.

Contrario a la afirmación anterior la **PCSMM**, señaló que su comunidad no habría recibido información del Estado sobre la pandemia de la COVID-19⁴⁶⁷; y que la información que tienen sobre la COVID-19 fue obtenida a través de otros medios. "Las noticias de todo un poco, por televisión, Facebook, Youtube, tenemos antena satelital algunas casas". "La información que tenemos es porque miramos noticias, sólo después que estuvimos enfermos vino un médico y nos habló un poquito, pero nunca una capacitación, nos dejaron al azar"⁴⁶⁸, en idioma portugués y español⁴⁶⁹.

2.1.6.4. Participación de los pueblos indígenas e inclusión de sus instituciones y autoridades propias en la formulación e implementación de políticas públicas en los COEN, COED y COEM

En la entrevista realizada a la **DMS**, refirió que su municipio habría conformado el COEM para la gestión de riesgos de la pandemia de la COVID-19⁴⁷⁰; y que para contar con la participación de representantes de pueblos indígenas, "desde su conformación, el presidente del COEM realizó la invitación a todos los representantes de OTB's del municipio, donde se encontraba incluido el de la TCO; sin embargo, no asistió como la mayoría de los convocados"⁴⁷¹; y que no habrían desarrollado acciones a favor del pueblo indígena Machineri⁴⁷².

En la entrevista realizada a la **PCSMM**, señaló que la comunidad no conocería las acciones que realiza el COEN, COED y COEM en su municipio y departamento⁴⁷³, por lo que ninguna autoridad gubernamental habría coordinado con su comunidad acciones específicas para enfrentar el COVID-19⁴⁷⁴, y tampoco habrían participado en la toma de decisiones en las acciones desarrolladas por el COEM y COED en contra la pandemia de COVID-19⁴⁷⁵.

2.1.6.5. Medidas de protección social realizadas por el Estado en todos sus niveles para mitigar los efectos socioeconómicos

En la entrevista realizada a la **DMS**, se señaló que la comunidad San Miguel Machineri ha presentado problemas económicos y/o sociales a causa de la cuarentena y otras medidas sanitarias por la COVID-19⁴⁷⁶, vinculadas a: la alimentación y salud al igual que el pueblo Yaminawa como lo

464 Anexo 3B, pregunta: 1.

465 Anexo 3B, pregunta: 4.1.

466 Anexo 3C, pregunta: 4.1.1.

467 Anexo 3A, pregunta: 4.1.

468 Anexo 3A, pregunta: 4.1.1.

Anexo 3A, pregunta: 4.2.

Anexo 3A, pregunta: 4.4.

469 Anexo 3A, pregunta: 4.3.

470 Anexo 3C, pregunta: 6.1.

471 Anexo 3C, pregunta: 6.1.1.

472 Anexo 3C, pregunta: 6.1.2.

473 Anexo 3A, pregunta: 6.1.

474 Anexo 3A, pregunta: 6.1.1.

475 Anexo 3A, pregunta: 6.2.

476 Anexo 3C, pregunta: 7.1.

desarrollado en un punto (Pueblo Indígena Yaminawa)⁴⁷⁷; asimismo, señaló que como acciones para enfrentar estos problemas, el municipio gestionó el ingreso de productos de Cobija para así puedan abastecerse de víveres y la realización de un cronograma de visitas⁴⁷⁸.

De la información proporcionada por la **PCSMM**, se advierte que su comunidad habría tenido problemas económicos y/o sociales a causa de la cuarentena⁴⁷⁹ en: i) Alimentación, “Estamos en chaco, tenemos yuca, arroz, frijol, plátanos, carne del monte nomás comemos, no tenemos problemas con la alimentación”, ii) Educación, “los niños no están pasando clases, el profesor está en La Paz, nadie nos da información de ello, no todos contamos con celulares para pasar clases virtuales si es que se hiciera así”, iii) Salud, “todos se contagiaron, todos se sanaron, se encuentran sin problemas de salud”, iv) Discriminación, “como todos estuvimos con la enfermedad, autoridades ni comunarios de otros lados querían llegar a la comunidad”⁴⁸⁰.

Asimismo, la **PCSMM** relató que la comunidad habría sido beneficiaria de la entrega de bonos y no haber tenido problemas en el cobro, además señaló que el “municipio nos entregó víveres pero hace más de dos meses, entregó un canastón, cosas de menos de Bs 200 para todas las familias (10 familias aproximadamente)”. En cuanto al desarrollo de clases virtuales relató que “no están pasando clases los niños”⁴⁸¹.

Sin embargo, señaló que las medidas no han logrado solucionar sus problemas⁴⁸² ya que los bonos “ayudaron por un tiempo para que podamos comprar algunos víveres, pero ya se acabó ese dinero. Sirvió de algo, ya que Bs 500 es muy poco”⁴⁸³.

2.1.7. PUEBLO INDÍGENA WEENHAYEK

En el caso del pueblo Weenhayek del municipio de Villamontes, se entrevistó a Pablo Rivera Fernández, Vicepresidente de la Organización de Capitanía del Pueblo Weenhayek (**VOCPW**); al Dr. Carlos Arce Arana, Jefe de Unidad de Gestión Institucional del Sedes Tarija (**ISEDES**); y al Dr. Samuel Quintasi, Director de Salud del Gobierno Municipal de Villamontes (**DSGAM**).

Además, en el caso del pueblo Weenhayek del municipio de Yacuiba, se entrevistó a Javier Herrera, Representante de la Capitanía Weenhayek Yacuiba (**RCWY**) y a la Dra. Alba Rifarach Secretaria Municipal de Salud de Yacuiba (**SMSY**).

La verificación defensorial se realizó en el Centro de Salud Ambulatorio “La Misión” del municipio de Villamontes y el Centro de Salud con Internación Crevaux del municipio Yacuiba de la provincia Gran Chaco.

2.1.7.1. Enfoques de interculturalidad, diferencial, y de pertinencia cultural en las esferas de a) Medidas de Prevención – Vigilancia Comunitaria y b) Detección y manejo

El **VOCPW** indicó que la comunidad Weenhayek del municipio de Villamontes accede a la salud a través del Centro de Salud Ambulatorio. “La Misión” y **RCWY** de la comunidad Crevaux del municipio Yacuiba señaló que acceden al Centro de Salud con Internación Crevaux. Asimismo, se señaló que el establecimiento de salud La Misión⁴⁸⁴ tomaría en cuenta su idioma y su cultura, pero no así la medicina tradicional del pueblo Weenhayek; en el caso de Crevaux toma en cuenta su idioma originario⁴⁸⁵.

477 Anexo 3C, pregunta: 7.1.1.

478 Anexo 3C, pregunta: 7.1.2.

479 Anexo 3A, pregunta: 7.1.

480 Anexo 3A, pregunta: 7.1.1.

481 Anexo 3A, pregunta: 7.1.2., pregunta: 7.1.2.1.

482 Anexo 3A, pregunta: 7.1.2.2.

483 Anexo 3A, pregunta: 7.1.2.2.1.

484 Anexo 3A, pregunta: 2.3.1.

485 Anexo 3A, pregunta: 2.3.2.

El **VOCPW** también indicó que, en caso que la comunidad necesitara de mayor atención médica por COVID-19, tendrían que trasladarse “al Hospital de Villamontes que se encuentra a 15 minutos en movilidad”⁴⁸⁶; siendo una limitación o problema que “la posta que tenemos data de muchos años atrás, en donde sólo tenemos atención ambulatoria, falta de equipamientos, falta de personal, falta de especialidades, servicio de ambulancia”⁴⁸⁷. En el caso del RCWY desconoce. Adicionalmente, el JSEDES señaló que para la atención médica por COVID-19 deben trasladarse al centro de cada municipio, que desde Crevaux a Yacuiba son 273 kilómetros.

Por su parte, el **DSGAM** señaló que el municipio de Villamontes cuenta con Consejo Social Municipal de Salud⁴⁸⁸; cuenta con tres centros de salud con internación en el área urbana, 20 centros de salud ambulatorios en el área rural y un Centro de Salud Integral en el área urbana⁴⁸⁹. En Yacuiba, la **SMSY** señaló que con dos centros de salud con internación en Crevaux y Dorbigni y un Centro de Salud Ambulatorio en Timboy.

De la verificación realizada por la Defensoría del Pueblo, se puede evidenciar que el Centro de Salud Ambulatorio “La Misión” de Villamontes no cuenta con todas las características con las que debería tener por norma:

Características a verificar según norma nacional de caracterización de establecimiento de salud de primer nivel - Centro de Salud Ambulatorio	Características verificadas
<p>Infraestructura</p> <p>Galería exterior o vestíbulo, hall de ingreso y espera, baños públicos (mujeres con cambiador de pañales), recepción-archivo, farmacia, sala uso múltiple, oficina técnica administrativa, consultorio médico, consultorio odontología, enfermería polivalente (vacunatorio y crecimiento y desarrollo), DOTS, depósito, cuarto de limpieza, depósito final RGES, vivienda personal, portería.</p>	<p>No cuenta con galería exterior o vestíbulo, hall de ingreso y espera, baños públicos (mujeres con cambiador de pañales), oficina técnica administrativa, cuarto de limpieza, depósito final RGES, vivienda personal, portería.</p>
<p>Equipamiento</p> <p>Negatoscopio, tensiómetro, lámpara de examen cuello de ganso, negatoscopio, estetoscopio doble campana, linterna de exploración, pantoscopio, tensiómetro pediátrico, detector ultrasónico de latido fetal, martillo de reflejos, lámpara de examen cuello de ganso, esterilizador eléctrico de mesa seco 30 litros, equipo de apoyo para enfermería.</p>	<p>No cuenta con negatoscopio, estetoscopio doble campana, pantoscopio, tensiómetro pediátrico, martillo de reflejos, esterilizador eléctrico de mesa seco 30 litros.</p>
<p>Servicios básicos</p> <p>a) Sistema de agua segura</p> <p>b) Energía eléctrica o alternativa</p> <p>c) Saneamiento básico</p>	<p>Cuenta con sistema de agua segura, energía eléctrica o alternativa y saneamiento básico.</p>

486 Anexo 3A, pregunta: 2.3.3.

487 Anexo 3A, pregunta: 2.3.4.

488 Anexo 3C, pregunta: 2.1.1.

489 Anexo 3C, pregunta: 2.2.

<p>Personal de salud</p> <p>Profesionales: Médico(s), Odontólogo, Lic. Enfermería, Lic. Trabajo Social.</p> <p>Técnico: Auxiliar de Enfermería y Técnico en Farmacia.</p>	<p>Sólo cuenta con:</p> <p>Profesionales: Dos médicos generales, una enfermera, un odontólogo,</p> <p>Técnico: Cuatro auxiliares de enfermería.</p> <p>Personal administrativo, cuenta con personal polivalente.</p>
--	--

Respecto a las limitaciones y problemas en los establecimientos de salud, el **DSGAM** señaló que "en el municipio no hay limitaciones"⁴⁹⁰.

Asimismo, de la verificación realizada por la Defensoría del Pueblo se puede evidenciar que el Centro de Salud con Internación "Crevaux" de Yacuiba no cuenta con todas las características con las que debería tener:

Características a verificar según norma nacional de caracterización de establecimiento de salud de primer nivel - Centro de Salud con Internación	Características verificadas
<p>Infraestructura</p> <p>Galería exterior o vestíbulo, hall de ingreso y espera, baños públicos (mujeres con cambiador de pañales), recepción-archivo, farmacia, sala uso múltiple, consultorio médico, consultorio odontología, enfermería polivalente (vacunatorio y crecimiento y desarrollo), DOTS, consultorio médico tradicional, laboratorio básico, sala internación de tránsito, baño usuarios, sala de parto con adecuación cultural, depósito, almacén, cuarto de limpieza, depósito final RGES, garaje, vivienda personal, portería.</p>	<p>No cuenta con hall de ingreso y espera, baños públicos (mujeres con cambiador de pañales), recepción-archivo, DOTS, Consultorio Médico Tradicional, sala de parto con adecuación cultural, cuarto de limpieza, vivienda personal y portería.</p>
<p>Equipamiento</p> <p>Consultorio: Estetoscopio doble campana, linterna de exploración, estufa tipo radiador, ventilador de acuerdo a la región (trópico), detector ultrasónico de latido fetal, equipo para ginecología.</p> <p>Enfermería: Estufa esterilizador en seco 30 litros, tubo de oxígeno con accesorios juego manómetro, mascarilla y bigotera, camilla de lona, sillas de ruedas plegable, sillas de ruedas plegable.</p> <p>Mobiliario: Cama de plaza y media, silla apilable, velador, sábanas plaza y media (juegos), sabanillas, frazadas, colchón de plaza y media y almohada, cubrecamas, portasueros, casillero de un cuerpo con dos compartimentos. equipamiento: equipo de apoyo al paciente, esterilizador eléctrico de mesa seco 30 litros, centrífuga, microscopio, analizador hematológico, contador diferencial, lector para hematocrito, microcentrífuga, cronómetro, mechero bunsen, horno secador, rotador serológico, gradilla para tubos de 13x100 mm, gradilla para sedimentación globular, reloj de intervalo</p>	<p>No cuenta con linterna de exploración, ventilador de acuerdo a la región, silla apilable, colchón de plaza y media más almohada, casillero de un cuerpo con dos compartimentos, equipo de apoyo al paciente, centrífuga, analizador hematológico, lector para hematocrito, Mechero Bunsen, Horno secador, gradilla para sedimentación globular, reloj de intervalo.</p>

490 Anexo 3C, pregunta: 2.3.

<p>Servicios básicos</p> <p>a) Sistema de agua segura b) Energía eléctrica o alternativa c) Saneamiento básico</p>	<p>Cuenta con sistema de agua segura, energía eléctrica o alternativa y saneamiento básico.</p>
<p>Personal de salud</p> <p>Profesionales: Médico(s) Generales, Odontólogo, Lic. Enfermería, Lic. Trabajo Social.</p> <p>Médico Tradicional, partera/o naturista: Estará sujeta a estudio, demanda de la población, usos y costumbres.</p> <p>Técnico: Auxiliar de Enfermería, Técnico en Farmacia y Laboratorio Clínico.</p>	<p>Sólo cuenta con:</p> <p>Profesionales: Un médico general, una enfermera, un odontólogo, un bioquímico.</p> <p>Técnico: Un auxiliar de enfermería, uno de farmacia, un laboratorio.</p>

Respecto a las limitaciones y problemas en los establecimientos de salud, la **SMSY** señaló que “no existen limitaciones, el personal de salud está capacitado para brindar atención”⁴⁹¹. En cuanto a las limitaciones en ambos municipios, la **JSEDES** indicó que “las limitaciones están sujetas a la clasificación del centro de salud, muchos no tienen salas de internación y sólo hacen referencia, otros no tienen ambulancia y estos elementos son dificultades en este tiempo de pandemia, aunque aún no se presentó ningún caso”⁴⁹².

Prevención – Vigilancia Comunitaria

Respecto a la prevención, en el Centro de Salud La Misión se proporciona barbijos a todos los que presenten síntomas respiratorios, además cuenta con un área de triage y centro de aislamiento. Adicionalmente, aplica medidas para evitar aglomeraciones en áreas de espera, realiza limpieza y desinfección de áreas y cuenta con red o sistema de referencia y contrarreferencia. En el Centro de Salud Crevaux, sólo aplican medidas para evitar aglomeraciones en áreas de espera, además cuenta con un área de Triage, personal laboratorista para la toma de muestras, ambulancia; asimismo, realiza la limpieza y desinfección de áreas, cuenta con una red de referencia y contrarreferencia.

Respecto a insumos de bioseguridad, el establecimiento de salud La Misión únicamente proporcionó protección ocular (gafas protectoras); no obstante, el Centro de Salud no cuenta con equipo para la toma de muestras, insumos para la recolección de muestras (hisopos de dacron), medio de transporte viral (tubo de muestra), medio de transporte de muestras refrigerado, consultorio para la atención de pacientes con sospecha de COVID-19; asimismo, no cuenta con personal laboratorista para la toma de muestras, ambulancias para referencias, rastrillaje y traslado de pacientes; igualmente, el personal de salud no cuenta con bata de protección, barbijos N95, guantes de nitrilo o látex, equipo de dispersión de hipoclorito de sodio, para la prevención y desinfección de microorganismos transmitidos por gotas y por contacto.

En el caso del Centro de Salud Crevaux, proporcionó al personal de salud bata de protección y guantes de nitrilo o látex; no cuenta con equipo para la toma de muestras, insumos para la recolección de muestras (hisopos de dacron), medio de transporte viral (tubo de muestra), medio de transporte de muestras refrigerado, consultorio para la atención de pacientes con sospecha de COVID-19, ni centro de aislamiento; igualmente, el personal de salud no cuenta con barbijos

491 Anexo 3C, pregunta: 2.3.

492 Anexo 3B, pregunta: 2.2.3.

N95, protección ocular, equipo de dispersión de hipoclorito de sodio, para la prevención y desinfección de microorganismos transmitidos por gotas y por contacto.

Respecto a políticas de prevención, el **VOCPW**, el **RCWY** y el **JSEDES** señalaron que las comunidades Weenhayek han sido capacitadas para realizar acciones de vigilancia comunitaria y que el Servicio Departamental de Salud se ha encargado de ello⁴⁹³; de acuerdo con el **VOCPW**, la capacitación fue en idioma materno; no obstante, el **RCWY** y el **JSEDES** han señalado que la misma no ha sido en idioma Weenhayek⁴⁹⁴.

El **VOCPW** mencionó que la capacitación incluyó: i) Planificar actividades de vigilancia comunitaria articulando con el establecimiento de salud o con organizaciones representativas de la comunidad, ii) Vigilancia en la comunidad y iii) Vigilancia en las familias⁴⁹⁵; el **RCWY** señaló además vigilancia en escuelas. Al respecto, el **JSEDES** refirió que abarcó también la organización del comité local de salud, para coordinar las acciones⁴⁹⁶; por otra parte, tanto el **VOCPW** y el **JSEDES** han coincidido en señalar que no incluyó la vigilancia en las escuelas (en el caso de Villamontes).

Adicionalmente, el **JSEDES** indicó que la comunidad fue capacitada en: a) Cómo se debe actuar ante un caso sospechoso, b) Detección de un caso sospechoso, c) Notificación al personal de salud, d) Procedimientos de la notificación de casos sospechosos, e) Referencia del caso sospechoso al establecimiento de salud, coordinada con el personal de salud, f) Transporte del caso sospechoso, coordinado con personal de salud cumpliendo las normas de bioseguridad y protocolos de transporte, g) Establecer un formulario de vigilancia comunitaria⁴⁹⁷; sin embargo, el **VOCPW** y el **RCWY** señalaron que solamente se habría capacitado en cómo se debe actuar ante un caso sospechoso y la notificación al personal de salud⁴⁹⁸; y que la capacitación fue comprensible, en idioma castellano y en idioma Weenhayek⁴⁹⁹.

De manera complementaria, el **VOCPW** señaló que la prevención de casos de COVID-19 en la comunidad, se efectúa a través del “distanciamiento social, están prohibidas las reuniones en grupo, se aplica el lavado de manos y la utilización del barbijo obligatorio”; igualmente, el **RCWY** refirió que la comunidad tenía prohibido recibir gente de otro lugar, debía realizar el lavado de manos, usar barbijo⁵⁰⁰.

El **JSEDES** mencionó que la comunidad Weenhayek cuenta con una planificación de vigilancia comunitaria articulada con el establecimiento de salud de la comunidad⁵⁰¹; así también, señaló que “con la pandemia el Sedes es el ente rector y en cada municipio tenemos coordinación con las redes de salud, a quienes se les capacita para que sean ellos quienes bajen a sus comunidades a realizar la coordinación y planificación con los centros de salud”⁵⁰².

DetECCIÓN Y MANEJO

El **JSEDES** indicó que el Centro de Salud Ambulatorio no ha atendido a indígenas pertenecientes al pueblo Weenhayek sea bajo sospecha o con la enfermedad de la COVID-19⁵⁰³; asimismo, señaló que el Sedes está afrontando esta pandemia en base a una guía de atención de la COVID-19

493 Anexo 3A, pregunta: 2.1.
Anexo 3B, pregunta: 2.1.1.

494 Anexo 3A, pregunta: 2.1.1.2.
Anexo 3B, pregunta: 2.1.1.1. ¿

495 Anexo 3A, pregunta: 2.1.1.3.

496 Anexo 3B, pregunta: 2.1.2.

497 Anexo 3B, pregunta: 2.1.3

498 Anexo 3A, pregunta: 2.1.1.4.

499 Anexo 3A, pregunta: 2.1.1.5.

500 Anexo 3A, pregunta: 2.2.1.

501 Anexo 3B, pregunta: 2.1.5.

502 Anexo 3B, pregunta: 2.1.5.1.

503 Anexo 3B, pregunta: 2.3.1.

departamental con lineamientos desde el Ministerio de Salud y por consiguiente se aplica de igual manera para todos los ciudadanos, y que en el caso de los pueblos indígenas se recomienda respetar el tema cultural⁵⁰⁴.

De acuerdo al **VOCPW**, la detección de casos se realiza “cuando algún miembro de la comunidad tiene alguna dolencia o síntoma de coronavirus acuden inmediatamente a la posta de salud”⁵⁰⁵; de la misma forma, el manejo de casos en la comunidad aplica “cuando algún comunario tiene síntomas de la COVID-19 se apersona a la posta de salud de manera inmediata”⁵⁰⁶; al respecto el **RCWY** no tiene conocimiento.

Sin embargo, el **VOCPW** y el **RCWY** han señalado que no existen personas en sus comunidades bajo sospecha de tener COVID-19 o haber tenido la enfermedad⁵⁰⁷; por tanto, desconocen si hubieran recibido un tratamiento diferenciado y prioritario en el establecimiento de salud por su condición de indígenas⁵⁰⁸.

Respecto a los problemas que tiene su comunidad en la implementación de medidas de prevención, detección y manejo de pacientes indígenas con COVID-19, el **VOCPW** señaló que “en la comunidad sólo nos han capacitado los médicos de la posta, ninguna otra autoridad se ha apersonado para brindar una capacitación más extensa”; el **RCWY** refirió al desconocimiento, falta de capacitación e información, falta de dotación de insumos de bioseguridad⁵⁰⁹. Asimismo el **VOCPW** y el **RCWY**, también han señalado que sus comunidades no cuentan con una planificación de vigilancia comunitaria articulada con el establecimiento de salud⁵¹⁰.

En la verificación Defensorial, se advirtió que la atención en salud de manera general se realiza en los centros de salud La Misión en Villamontes y Crevaux en Yacuiba, aunque también ambos establecimientos de salud efectúan visita familiar y atención domiciliaria; igualmente, no cuentan con ambulancia para transporte de pacientes con COVID-19.

2.1.7.2. Eliminación de Estigmas y Estereotipos Negativos que puedan surgir sobre los pueblos indígenas en el contexto de pandemia de la COVID-19

En la entrevista realizada al **JSEDES**, **DSGAM** y la **SMSY** señalaron que el personal de sus instituciones no fue capacitado sobre la eliminación de estereotipos negativos que pueden ser atribuidos a los pueblos indígenas, durante la COVID-19⁵¹¹. Por otro lado, el **DSGAM** y la **SMSY** refirieron que no se ha conocido hechos de discriminación por parte de servidores públicos de su municipio hacia los pueblos indígenas durante la cuarentena⁵¹².

Sin embargo, en la entrevista tomada al **VOCPW** y el **RCWY**, se indicó que sus comunidades fueron discriminadas o juzgadas negativamente durante la cuarentena⁵¹³, y que el hecho de discriminación o acto negativo estaría vinculado en Villamontes a que “sólo por el hecho de ser indígena originario Weenhayek, hay relación despectiva por parte de toda la sociedad; en relación a específicamente casos de COVID-19 aún no se ha dado esta situación”, y en Yacuiba “(...) por el hecho de ser indígenas piensan que estamos enfermos”⁵¹⁴.

504 Anexo 3B, pregunta: 2.3.1.2.

505 Anexo 3A, pregunta: 2.2. 2.

506 Anexo 3A, pregunta: 2.2.3.

507 Anexo 3A, pregunta: 2.2.1.1.

508 Anexo 3A, pregunta: 2.2.1.1.2.

509 Anexo 3A, pregunta: 2.2.1.2.

510 Anexo 3A, pregunta: 2.2.4.

511 Anexo 3B, pregunta: 3.1.

Anexo 3C, pregunta: 3.2.

512 Anexo 3C, pregunta: 3.1.

513 Anexo 3A, pregunta: 3.1.

514 Anexo 3A, pregunta: 3.1.1.

2.1.7.3. Acceso a la información sobre la pandemia en los idiomas propios de los pueblos indígenas

En el marco de la entrevista realizada al **JSEDES**, se señaló que el Sedes y los servicios de salud no han desarrollado acciones de información dirigidas a pueblos indígenas⁵¹⁵.

A nivel municipal, el **DSGAM** y la **SMSY** refirieron que se han realizado acciones de información sobre la COVID 19, dirigidas a pueblos indígenas⁵¹⁶; en Villamontes se ha brindado información en “ el Centro de Salud Capirendita, a través de sus médicos”, la información ha sido en idioma castellano y Weenhayek; y que la misma hubiese sido mediante talleres de capacitación⁵¹⁷; en Yacuiba se brindó información preventiva sobre la COVID-19 por el personal del centro de salud, en idioma castellano y Weenhayek, a través de talleres de capacitación presenciales.

De acuerdo con la entrevista realizada al **COCPW**, se señaló que el pueblo Weenhayek en Villamontes sí ha recibido información del Estado sobre la pandemia de la COVID-19⁵¹⁸, la misma ha sido proporcionada por el centro de salud⁵¹⁹, señalando: “Nos informaron sobre la prevención del contagio de la COVID-19, así como también los síntomas y qué debemos hacer cuando se presenten los mismos, a quién debemos acudir”⁵²⁰; igualmente que la información brindada fue en idioma castellano y Weenhayek⁵²¹, a través de talleres y charlas⁵²². En el caso de Yacuiba, el RCWY refiere que su comunidad no recibió ninguna Información.

2.1.7.4. Participación de los pueblos indígenas e inclusión de sus instituciones y autoridades propias en la formulación e implementación de políticas públicas en los COEN, COED y COEM

En la entrevista realizada al **DSGAM** y el **RCWY**, refirieron que sus municipios han conformado el COEM para la gestión de riesgos de la pandemia de la COVID-19⁵²³; y que, como acciones para contar con la participación de representantes de pueblos indígenas en el COEM, se tiene que en Villamontes “en las reuniones del COEM participan las autoridades llamadas por Ley⁵²⁴; y que las acciones realizadas a favor de pueblos indígenas, son “acciones que van en beneficio de toda la población del área urbana y rural”; en Yacuiba se habría invitado a las comunidades indígena originarias, pero por la distancia no habrían podido llegar a las reuniones⁵²⁵.

De la entrevista realizada al **VOCPW** y el **RCWY**, se advierte que no conocen las acciones que realizaron el COEN, COED y COEM en su municipio y departamento⁵²⁶, por lo que ninguna autoridad gubernamental hubiera coordinado con su comunidad acciones específicas para enfrentar la COVID-19⁵²⁷, ni tampoco han participado en la toma de decisiones en las acciones desarrolladas por el COEM y COED⁵²⁸.

515 Anexo 3B, pregunta: 1

516 Anexo 3C, pregunta: 4.1.

517 Anexo 3C, pregunta: 4.1.1.

518 Anexo 3A, pregunta: 4.1.

519 Anexo 3A, pregunta: 4.1.1.

520 Anexo 3A, pregunta: 4.2.

521 Anexo 3A, pregunta: 4.3.

522 Anexo 3A, pregunta: 4.4.

523 Anexo 3C, pregunta: 6.1.

524 Anexo 3C, pregunta: 6.1.1.

525 Anexo 3C, pregunta: “6.1.2.

526 Anexo 3A, pregunta: 6.1.

527 Anexo 3A, pregunta: “6.1.1. Si la respuesta a la pregunta anterior fuera afirmativa, señale ¿Qué autoridad gubernamental ha coordinado con su comunidad acciones específicas para enfrentar la COVID-19?”

528 Anexo 3A, pregunta: “6.2. ¿Ha participado usted, o su organización en la toma de decisiones en las acciones desarrolladas por el COEM y/o COED, en contra de la pandemia de COVID-19?”

2.1.7.5. Medidas de protección social realizadas por el Estado en todos sus niveles para mitigar los efectos socioeconómicos

En la entrevista realizada al **DSGAM** y la **SMSY**, se señaló que el pueblo indígena Weenhayek no ha presentado problemas económicos y/o sociales a causa de la cuarentena y otras medidas sanitarias por la COVID-19⁵²⁹, sin precisar las acciones asumidas en el caso de Villamontes y en Yacuiba señalaron que se ha llegado con capacitación y atención a centros de salud del área rural⁵³⁰.

Sin embargo, de la información proporcionada por el **VOCPW** y el **RCWY**, se advierte que el pueblo Weenhayek, ha tenido problemas económicos y/o sociales a causa de la cuarentena⁵³¹ en: i) Alimentación, “no hay recursos económicos para cubrir gastos de alimentación” “no contamos con recursos económicos para proveer a nuestras familias”; ii) Educación, “nuestros hijos no están asistiendo a clases”, “no hay posibilidades de clases virtuales”; iii) Salud, “sólo contamos con nuestra posta de salud”, “nuestras autoridades nos olvidaron”; iv) Discriminación, “vivimos olvidados por nuestras autoridades regionales”, “no tenemos ninguna ayuda por parte de nuestras autoridades regionales”; y vi) Hasta el momento no se ha aprobado el protocolo para la pesca que es nuestro único sustento económico⁵³².

Asimismo, el **VOCPW** y el **RCWY** señalaron que las comunidades del pueblo indígena Weenhayek han sido beneficiarias de la entrega de bonos; sin embargo, el primero indicó que “la entrega del bono canasta familiar fue hace dos meses atrás y no es suficiente” y el segundo que la entrega de canasta familiar fue sólo una vez; no tienen acceso a clases debido a la falta de economía⁵³³; asimismo, que, entre las dificultades para el acceso a los beneficios del Estado, está “la falta de documentación de algunos de la comunidad, quienes se encuentran subsanando, la inhabilitación de acceso al cobro de los bonos”⁵³⁴.

Finalmente, el **VOCPW** y el **RCWY** refirieron que las medidas realizadas por el Estado no han logrado solucionar sus problemas⁵³⁵ puesto que: “son beneficios paliativos que no se enmarcan en la necesidad de la gente, es insuficiente” y tuvieron problemas con “el transporte para poder llegar a las entidades financieras”⁵³⁶.

2.1.8. PUEBLO INDÍGENA TAPIETE

En el caso del pueblo indígena Tapiete, se entrevistó a José Luis Ferreira, Capitán Grande Tapiete (**CGT**); al Doctor Carlos Arce Arana, Jefe de Unidad de Gestión Institucional del Sedes (**JSEDES**); a nivel municipal se entrevistó al Doctor Samuel Quintasi, Director de Salud del Gobierno Autónomo Municipal de Villamontes (**DSGAM**).

La verificación fue efectuada en el Centro de Salud Ambulatorio – Consultorio Vecinal Samaiguat.

529 Anexo 3C, pregunta: 7.1. ¿El pueblo indígena Weenhayek, ha presentado problemas económicos y/o sociales a causa de la cuarentena u otras medidas sanitarias por la COVID- 19?

530 Anexo 3C, pregunta: “7.1.2. ¿Qué acciones ha tomado su municipio para enfrentar los problemas económicos y/o sociales del pueblo indígena Weenhayek, causados por la cuarentena u otras medidas sanitarias por la COVID- 19?”

531 Anexo 3A, pregunta: “7.1. ¿Su comunidad ha tenido problemas económicos y/o sociales a causa de la cuarentena u otras medidas sanitarias por el COVID- 19?”

532 Anexo 3A, pregunta: “7.1.1. ¿Qué problemas han tenido y describa como le afectan?”

533 Anexo 3A, pregunta: “7.1.2. ¿Su comunidad ha sido beneficiaria de...?”

534 Anexo 3A, pregunta: “7.1.2.1. ¿Qué dificultades tuvo su comunidad para acceder a los beneficios señalados en la pregunta anterior?”

535 Anexo 3A, pregunta: “7.1.2.2. En base a la respuesta N° 7.1.2, señale si las medidas realizadas por el Estado han logrado solucionar sus problemas”

536 Anexo 3A, pregunta: “7.1.2.2.1. ¿Por qué?”

2.1.8.1. Enfoques de interculturalidad, diferencial y de pertinencia cultural en las esferas de a) Medidas de Prevención – Vigilancia Comunitaria y b) Detección y manejo

El **DSGAM** señaló que el municipio de Villamontes cuenta con un Consejo Social Municipal de Salud⁵³⁷, tres centros de salud con internación, en el área urbana, 20 centros de salud ambulatorios en el área rural, y un Centro de Salud Integral en el área urbana⁵³⁸.

EL **JSEDES** indicó que la comunidad Tapiete accede a la salud a través de Puesto de Salud y Centro de Salud Ambulatorio⁵³⁹; asimismo, indicó que en caso de requerir atención médica por COVID-19, los pueblos indígenas cuentan con puestos de salud o centros de salud ambulatorios que realizan los triajes y en función a la gravedad del paciente y según el protocolo de la COVID-19 deben referirlos a los centros de aislamiento municipales o a los hospitales de cada municipio y/o departamento, según la complejidad del paciente⁵⁴⁰.

Asimismo, el **CGT** indicó, que en caso de que la comunidad necesitara de mayor atención médica por COVID-19, tendrían que trasladarse “al Centro de Salud Ibibobo, distante a 30 km”⁵⁴¹; siendo una limitación y/o problema “la distancia para llegar al Centro de Salud de Ibibobo y no contamos con ambulancia”⁵⁴².

De la misma forma, el **CGT** señaló que la comunidad tiene un establecimiento de salud⁵⁴³ de tipo Centro de Salud Ambulatorio⁵⁴⁴, mismo que toma en cuenta algunos aspectos de su cultura, pero no su idioma, ni su medicina tradicional⁵⁴⁵.

De la verificación, se pudo constatar la carencia de varias características en este Centro de Salud Ambulatorio, según el siguiente detalle:

Características a verificar según norma nacional de caracterización de establecimiento de salud de primer nivel	Características verificadas
<p>Infraestructura</p> <p>Galería exterior o vestíbulo, hall de ingreso y espera, baños públicos (mujeres con cambiador de pañales), recepción-archivo, farmacia, sala uso múltiple, oficina técnica administrativa, consultorio médico, consultorio odontología, enfermería polivalente (vacunatorio y crecimiento y desarrollo), DOTS, depósito, cuarto de limpieza, depósito final RGES, vivienda personal, portería.</p>	<p>Sólo cuenta con farmacia, consultorio médico y vivienda personal.</p>

537 Anexo 3C, pregunta: 2.1.1.

538 Anexo 3C, pregunta: 2.2.

539 Anexo 3B, pregunta: 2.2.1.

540 Anexo 3B, pregunta: 2.2.2.

541 Anexo 3A, pregunta: 2.3.3.

542 Anexo 3A, pregunta: 2.3.4.

543 Anexo 3A, pregunta: 2.3.1.

544 Anexo 3A, pregunta: 2.3.1.1.

545 Anexo 3A, pregunta: 2.3.2.

<p>Equipamiento</p> <p>Negatoscopio, tensiómetro, lámpara de examen cuello de ganso, negatoscopio, estetoscopio doble campana, linterna de exploración, pantoscopio, tensiómetro pediátrico, detector ultrasónico de latido fetal, martillo de reflejos, lámpara de examen cuello de ganso, esterilizador eléctrico de mesa seco 30 litros, equipo de apoyo para enfermería.</p>	<p>No cuenta con negatoscopio, lámpara de examen cuello de ganso, esterilizador eléctrico de mesa seco 30 litros, equipo de apoyo para enfermería.</p>
<p>Servicios básicos</p> <p>a) Sistema de agua segura</p> <p>b) Energía eléctrica o alternativa</p> <p>c) Saneamiento básico</p>	<p>Al respecto, cuenta con sistema de agua segura, tiene energía eléctrica o alternativa y cuenta con saneamiento básico.</p>
<p>Personal de salud</p> <p>Profesionales: Médico(s), Odontólogo, Lic. Enfermería, Lic. Trabajo Social.</p> <p>Técnico: Auxiliar de Enfermería y Técnico en Farmacia.</p>	<p>Cuenta con:</p> <p>Profesionales: Un médico general y una enfermera.</p> <p>Técnico: Un auxiliar de enfermería.</p>

Confirmando la Verificación Defensorial, el **JSEDES** señaló que “las limitaciones están sujetas a la clasificación del centro de salud, muchos no tienen salas de internación y sólo hacen referencia, otros tienen ambulancia y estos elementos son dificultades en este tiempo de pandemia, aunque aún no se presentó ningún caso”⁵⁴⁶; no obstante, el **DSGAM**, respecto a las limitaciones y problemas en los establecimientos de salud, señaló que “en el municipio no hay limitaciones”⁵⁴⁷.

Prevención – Vigilancia Comunitaria

El **CGT** y el **JSEDES** señalaron que la comunidad ha sido capacitada para realizar acciones de vigilancia comunitaria; de acuerdo con el **CGT** el Servicio Departamental de Salud se ha encargado de ello. De igual manera, el **CGT** señaló que la capacitación ha sido en idioma materno; sin embargo, de acuerdo al **JSEDES** no fue en idioma nativo⁵⁴⁸.

El **CGT** señaló que la capacitación abarcó temas como: planificar actividades de vigilancia comunitaria articulando con el establecimiento de salud o con organizaciones representativas de la comunidad, y vigilancia en las escuelas⁵⁴⁹; mientras que según el **JSEDES** esa capacitación abarcó también la organización del comité local de salud para coordinar las acciones⁵⁵⁰; así también, el **CGT** y el **JSEDES** coincidieron en señalar que incluyó la vigilancia en la comunidad, y vigilancia en las familias.

Adicionalmente, el **CGT** ha señalado que la prevención de casos de COVID-19 en la comunidad Tapiete se efectúa a través del “distanciamiento social, lavado de manos y uso obligatorio del barbijo, y están prohibidas las reuniones”. Esta misma autoridad ha señalado que no existen personas con sospecha de tener COVID-19 en su comunidad⁵⁵¹.

Asimismo, el **JSEDES** indicó que la comunidad Tapiete cuenta con una planificación de vigilancia

546 Anexo 3B, pregunta: 2.2.3.

547 Anexo 3C, pregunta: 2.3.

548 Anexo 3A, preguntas: 2.1.1., 2.1.1.1.; y 2.1.1.2.; Anexo 3B, preguntas: 2.1.1. y 2.1.1.1.

549 Anexo 3A, pregunta: 2.1.1.3.;

550 Anexo 3B, pregunta: 2.1.2.

551 Anexo 3A, pregunta: 2.2.1.1.

comunitaria articulada con el establecimiento de salud de la comunidad⁵⁵²; sobre la misma se señaló que “con la pandemia el Sedes es el ente rector y en cada municipio tenemos coordinación con las redes de salud a quienes se les capacita para que sean ellos quienes bajen a sus comunidades a realizar la coordinación y planificación con los centros de salud”⁵⁵³; sin embargo, el CGT señaló que su comunidad no cuenta con una planificación de vigilancia comunitaria articulada con el establecimiento de salud⁵⁵⁴.

Respecto a la prevención de la enfermedad en el contexto de la pandemia, la Verificación Defensorial evidenció que en el centro de salud, Consultorio Vecinal Samaiguate, cuenta con equipos de bioseguridad como bata de protección y gafas protectoras; sin embargo, no cuenta con equipo de dispersión de hipoclorito de sodio, para la prevención y desinfección de microorganismos.

DetECCIÓN Y MANEJO

El **JSEDES** ha indicado que el Centro de Salud Ambulatorio de Villamontes no ha atendido a indígenas pertenecientes al pueblo indígena Tapiete, bajo sospecha o con la enfermedad del COVID-19; asimismo, señaló que “el Sedes está afrontando esta pandemia en base a una guía de atención de la COVID – 19 departamental con lineamientos desde el Ministerio de Salud y por consiguiente se aplica de igual manera para todos los ciudadanos, en el caso de los pueblos indígenas se recomienda respetar el tema cultural”⁵⁵⁵.

De acuerdo al **CGT**, en la detección de casos “si algún miembro de la comunidad manifiesta tener algún síntoma inmediatamente se da parte al médico del centro de salud”⁵⁵⁶; el manejo de casos en la comunidad no se ha dado puesto que “aún no hay casos de COVID-19”⁵⁵⁷; igualmente, señaló que entre los problemas que tiene su comunidad en la implementación de medidas de prevención, detección y manejo de pacientes indígenas con COVID-19 está que “el mayor problema que tenemos es la falta de atención por parte de nuestras autoridades, hasta el momento no llegan con ayuda, ni con insumos de bioseguridad”⁵⁵⁸.

Sobre este mismo aspecto, el **JSEDES** ha indicado que la comunidad ha sido capacitada en: a) Cómo se debe actuar ante un caso sospechoso, b) Detección de un caso sospechoso, c) Notificación al personal de salud, d) Procedimientos de la notificación de casos sospechosos, e) Referencia del caso sospechoso al establecimiento de salud, coordinada con el personal de salud, f) Transporte del caso sospechoso, coordinado con personal de salud cumpliendo las normas de bioseguridad y protocolos de transporte, g) Establecer un formulario de vigilancia comunitaria⁵⁵⁹; empero, el **CGT** ha señalado que solamente se habría capacitado en cómo se debe actuar ante un caso sospechoso y la detección de caso sospechoso⁵⁶⁰.

Para efectuar el manejo de la enfermedad, se ha señalado que el centro de salud proporcionaría barbijos a todos los que presenten síntomas respiratorios; sin embargo, no cuenta con equipo para la toma de muestras, insumos para la recolección de muestras (hisopos de dracon), medios de transporte viral (tubos de muestra), medios de transporte de muestras refrigerado, área de triage, consultorio para la atención de pacientes con sospecha de COVID-19, centro de aislamiento; tampoco aplica medidas para evitar aglomeraciones en áreas de espera, no realiza limpieza y desinfección de áreas; no cuenta con personal laboratorista para la toma de

552 Anexo 3B, pregunta: 2.1.5.

553 Anexo 3B, pregunta: 2.1.5.1.

554 Anexo 3A, pregunta: 2.2.4.

555 Anexo 3B, pregunta: 2.3.1.

556 Anexo 3A, pregunta: 2.2.2.

557 Anexo 3A, pregunta: 2.2.3.

558 Anexo 3A, pregunta: 2.2.1.2.

559 Anexo 3B, pregunta: 2.1.3.

560 Anexo 3A, pregunta: 2.1.1.4.

muestras, ni ambulancia para referencias y rastillaje; y tampoco con red o sistema de referencia y contrarreferencia.

Respecto a la atención, ésta se realiza en el puesto de salud, en visita familiar y atención domiciliaria. Los casos sospechosos son tratados en el Consultorio Vecinal Samaiguatú, aunque éste no cuenta con ambulancia para transporte de pacientes con COVID-19.

2.1.8.2. Eliminación de Estigmas y Estereotipos Negativos que puedan surgir sobre los pueblos indígenas en el contexto de pandemia de la COVID-19

En la entrevista realizada al **JSEDES**, señaló que el personal de su institución no ha sido capacitado sobre la eliminación de estereotipos negativos que pueden ser atribuidos a los pueblos indígenas, durante la COVID-19⁵⁶¹. Igualmente, el **DSGAM** señaló que el personal de su institución no ha

sido capacitado respecto a la eliminación de estereotipos negativos que pueden ser atribuidos a los pueblos indígenas, durante la COVID-19.⁵⁶²

Por otro lado, el **DSGAM** refirió que no se ha conocido hechos de discriminación por parte de servidores públicos de su municipio hacia los pueblos indígenas en la cuarentena⁵⁶³.

De la entrevista tomada al **CGT**, se advierte que no cree que su comunidad fuese discriminada o juzgada negativamente durante la cuarentena⁵⁶⁴.

2.1.8.3. Acceso a la información sobre la pandemia en los idiomas propios de los pueblos indígenas

Según la entrevista realizada al **JSEDES**, se señaló que el SEDES y los servicios de salud no han desarrollado acciones de información dirigidas a pueblos indígenas.

Por otro lado, el **DSGAM** refirió que se han realizado acciones de información sobre el COVID-19, dirigidas a pueblos indígenas⁵⁶⁵; esta misma instancia señaló que se ha brindado información "en el consultorio Vecinal de Samaiguatú a través de sus médicos"; la información ha sido en idioma Tapieté y se la ha brindado a través de talleres de capacitación⁵⁶⁶; sin embargo, el CGT señaló que el Pueblo Tapieté no ha recibido información del Estado sobre la pandemia de la COVID-19⁵⁶⁷.

2.1.8.4. Participación de los pueblos indígenas e inclusión de sus instituciones y autoridades propias en la formulación e implementación de políticas públicas en los COEN, COED y COEM

En la entrevista realizada al **DSGAM**, refirió que su municipio ha conformado el COEM para la gestión de riesgos de la pandemia del COVID-19⁵⁶⁸; y que las acciones "van en beneficio de toda la población del área urbana y rural"⁵⁶⁹.

De la entrevista realizada al **CGT**, se advirtió que no conoce las acciones que realiza el COEN, COED y COEM en su municipio y departamento⁵⁷⁰, por lo que ninguna autoridad gubernamental

561 Anexo 3B, pregunta: 3.1.

562 Anexo 3C, pregunta: 3.2.

563 Anexo 3C, pregunta: 3.1.

564 Anexo 3A, pregunta: 3.1.

565 Anexo 3C, pregunta: 4.1.

566 Anexo 3C, pregunta: 4.1.1.

567 Anexo 3A, pregunta: 4.1.

568 Anexo 3C, pregunta: 6.1.

569 Anexo 3C, pregunta: 6.1.2.

570 Anexo 3A, pregunta: 6.1.

hubiera coordinado con su comunidad acciones específicas para enfrentar la COVID-19⁵⁷¹, ni tampoco se hubiera participado en la toma de decisiones en las acciones desarrolladas por el COEM y COED⁵⁷².

2.1.8.5. Medidas de protección social realizadas por el Estado en todos sus niveles para mitigar los efectos socioeconómicos

En la entrevista realizada al **DSGAM**, señaló que el pueblo indígena Tapieté no ha presentado problemas económicos y/o sociales a causa de la cuarentena y otras medidas sanitarias por la COVID-19⁵⁷³.

Sin embargo, de la información proporcionada por el **CGT**, se advierte que el pueblo Tapieté tuvo problemas económicos y/o sociales a causa de la cuarentena⁵⁷⁴ en: i) Alimentación; "desabastecimiento alimentario, no pueden llevar sus productos al mercado para la venta", ii) Educación: "profesores no pasan clases, no se puede implementar las clases virtuales debido a que no cuentan con recursos económicos"; iii) Salud: "abandono de las autoridades", iv) Violencia, "no se permite"⁵⁷⁵.

Asimismo, el **CGT** señaló que las comunidades del pueblo indígena Tapieté han sido beneficiarias de la entrega de bonos en la comunidad, se les ha entregado la canasta familiar; aunque respecto a educación no tienen acceso a clases virtuales, indicando que "no hay acceso debido a la falta de recursos económicos"⁵⁷⁶. La única dificultad para el acceso a los beneficios del Estado fue explicada de la siguiente forma: "Tuvimos el tema de la distancia ya que no teníamos ningún transporte para poder trasladarnos hasta Villamontes a realizar el cobro."⁵⁷⁷

Finalmente, el **CGT** refirió que las medidas realizadas por el Estado no han logrado solucionar sus problemas⁵⁷⁸ porque "los bonos llegaron tarde, la gente ya tenía comprometido ese dinero con la gente que les fiaba para comer, cobraron y pagaron deudas"⁵⁷⁹.

2.1.9. PUEBLO INDÍGENA ARAONA

Para verificar la situación del pueblo Indígena Araona del departamento de La Paz, se entrevistó al Dr. Nilton Chuquimia Mamani, Responsable Municipal de Salud de la Red Municipal Ixiamas SEDES La Paz (**RSMI**); al Lic. Jasmani Cárdenas, Responsable de Salud del Municipio Ixiamas y Administrador Centro de Salud Ixiamas (**RSGAMIX**); y Chanito Matahua Huari, Capitán Grande del pueblo indígena Araona (**CGNIA**).

Para verificar la situación del Puesto de Salud Manurimi del municipio de Ixiamas, se realizó una entrevista y revisión fotográfica.

2.1.9.1. Enfoques de interculturalidad, diferencial y de pertinencia cultural en las esferas de a) Medidas de Prevención – Vigilancia Comunitaria y b) Detección y manejo

El servidor público entrevistado del municipio de Ixiamas señaló que su municipio cuenta con un Consejo Social Municipal de Salud⁵⁸⁰ y que existirían: Dos puestos de salud, ubicados en las

571 Anexo 3A, pregunta: 6.1.1.

572 Anexo 3A, pregunta: 6.2.

573 Anexo 3C, pregunta: 7.1.

574 Anexo 3A, pregunta: 7.1.

575 Anexo 3A, pregunta: 7.1.1.

576 Anexo 3A, pregunta: 7.1.2.

577 Anexo 3A, pregunta: 7.1.2.1.

578 Anexo 3A, pregunta: 7.1.2.2.

579 Anexo 3A, pregunta: 7.1.2.2.1.

580 Anexo 3C, pregunta: 2.1.1.

comunidades Santa Rosa Manurimi y Carmen Emero, cinco centros de salud ambulatorios en el Tigre en Alto Madidi, Carmen de Tahua, Esperanza del Madidi, La Mercedes y Toromona⁵⁸¹.

El **RSMI** ha indicado que el Pueblo Indígena Araona no cuenta con un establecimiento dentro de su territorio, y que para acceder a la atención en salud tendrían que trasladarse al Puesto de Salud Manurimi, que está a una distancia de un día de viaje por vía fluvial; sin embargo, considerando que este establecimiento de salud sólo cuenta con una auxiliar de enfermería, además de su rústica infraestructura de madera, señaló que los Araonas prefieren dirigirse al Centro de Salud Sena, ubicado en el municipio el Sena del departamento de Pando, que desde Puerto Araona está a una distancia de 5 días de navegación en bote (con motor deslizante) y hasta 7 días en bote (motor teque teque). Asimismo, en cuanto a las limitaciones y/o problemas de estos establecimientos para atender casos COVID-19, relató que "no se dispone de medio de transporte, no hay disponibilidad de combustible, sólo cuenta con un auxiliar (Puesto de Salud Manurimi); pese a que hay la Ley del SUS, varias personas que no están inscritas"⁵⁸².

Confirmando lo anterior el CGNIA, señaló que su comunidad no tiene un establecimiento de salud en su territorio⁵⁸³ y en caso de que la comunidad necesite atención médica por COVID-19, tendrían que trasladarse hasta el "Puesto de Salud Manurimi de la comunidad Santa Rosita Agroforestal, a 4 horas en bote con motor deslizante y hasta el Centro de Salud el Sena, ubicado en el municipio El Sena del departamento Pando, a nueve horas en bote con motor deslizante y dos días y medio en bote con motor teque teque"⁵⁸⁴.

En la verificación Defensorial, se evidenció que el Puesto de Salud de Manurimi no cuenta con las condiciones mínimas para un puesto de salud conforme el siguiente detalle:

Características a verificar según norma nacional de caracterización de establecimiento de salud de primer nivel – PUESTO DE SALUD	Características verificadas
<p>Infraestructura</p> <p>Galería exterior, hall de ingreso, baños con ducha, sala de uso múltiple, recepción-archivo-farmacia, consultorio dots, enfermería polivalente (vacunatorio y crecimiento y desarrollo), sala internación de tránsito, sala de parto con adecuación cultural, almacén, depósito, cuarto de limpieza, depósito final RGES, área de transporte (**), vivienda personal.</p>	<p>Construcción precaria de madera y techo de paja</p> 

581 Anexo 3C, pregunta: 2.1.1.

582 Anexo 3B, pregunta: 2.2.3.

583 Anexo 3A, pregunta: 2.3.1.

584 Anexo 3A, pregunta: 2.3.3.

<p>Servicios básicos</p> <p>a) Sistema de agua segura</p> <p>b) Energía eléctrica o alternativa</p> <p>c) Saneamiento básico</p>	<p>No cuenta con servicios básicos, no tiene agua, ni energía eléctrica.</p>
<p>Personal de salud</p> <p>Técnico – Hasta dos (2) auxiliares de enfermería.</p>	<p>Cuenta con un personal técnico – Auxiliar de Enfermería</p>

Asimismo, el Capitán Grande señaló como limitación y/o problema que “en casos de emergencia deberíamos tener un bote con motor deslizante; el pueblo Araona debería tener un ítem (personal de salud), que hasta 2011 teníamos; comunicación no tenemos, cómo informar casos de emergencia en salud, nos manejamos por radio de comunicación con Ixiamas y Sena”⁵⁸⁵.

Respecto a las limitaciones y/o problemas en los establecimientos de salud, el **RSGAMIX** indicó: “La situación geográfica, el ingreso de transporte es complicado, no hay vinculación caminera entre comunidades (inaccesibilidad caminera), los recursos económicos con los que cuenta el municipio son muy bajos”⁵⁸⁶.

Prevención – Vigilancia Comunitaria

El **RSMI** y **CGNIA** coincidieron en señalar que el pueblo indígena Araona no ha sido capacitado para realizar acciones vigilancia comunitaria⁵⁸⁷; el primero señaló que las dificultades para no realizarla fue “ la distancia, que para llegar se debe ir vía Beni y Pando, en la comunidad no hay señal de celular, el establecimiento de salud más cercano (puesto de salud Manurimi) no tiene movilidad, está a un día de viaje vía fluvial”⁵⁸⁸; asimismo, ambos señalaron que el pueblo indígena Araona no cuenta con una planificación de vigilancia comunitaria articulada con el establecimiento de salud (Ixiamas)⁵⁸⁹. El primero indicó que la razón es que “prefieren irse al municipio del Sena, tienen un médico, disponen de más personas para la atención”⁵⁹⁰ y el segundo señaló que “recién coordinamos con el municipio de Ixiamas para inscripción al SUS”⁵⁹¹.

Detección y manejo

El **RSMI** señaló que al inicio de la pandemia como municipio se elaboró un “plan de contingencia para los ocho establecimiento de salud, para que cada responsable de establecimiento adecue a las características de su sector” y para atención de casos utilizarían la guía de manejo de la COVID-19⁵⁹².

Asimismo, el **RSMI** indicó que los establecimientos de salud del municipio no atendieron personas pertenecientes al pueblo indígena Araona, bajo sospecha o con la enfermedad de la COVID-19; sin embargo, aclaró que “no se disponen de pruebas rápidas en el establecimiento de salud, y que la Dra. Karen Marca del Programa Nacional de Malaria, trabajando con las comunidades del río Manurimi sí habría encontrado algunos pacientes con sospecha de COVID, pero en la fase

585 Anexo 3A, pregunta: 2.3.4.

586 Anexo 3B, pregunta: 2.2.3.

587 Anexo 3A y 3B, preguntas: 2.1.1., 2.1.1.1.; y 2.1.1.2.

588 Anexo 3B, pregunta: “Indique las causas o dificultades para no realizar estas capacitaciones.”

589 Anexo 3B, pregunta: 2.1.5.

590 Anexo 3B, pregunta: 2.1.5.2.

591 Anexo 3A, pregunta: 2.2.4.

592 Anexo 3B, pregunta 2.3.2.1.

convaleciente⁵⁹³; aclaración, que es concordante con lo señalado por el **CGNIA** quien afirmó que sí se habría registrado casos de COVID-19, que en su mayoría hubiese sido tratado con medicina tradicional y algunos en establecimientos de salud de otros departamentos donde no les hubiesen brindado atención diferenciada o prioritaria⁵⁹⁴.

Por otro lado; el **CGNIA** señaló respecto a la **prevención, detección y manejo** de casos de COVID-19 en la comunidad, que la han enfrentado con medicina tradicional y natural “hemos combatido con limón, miel, cedrón, hoja de limón, guayaba y hoja de cayu, también con ibuprofeno, amoxicilina y paracetamol, medicamentos disponibles en época de zafra de diciembre a abril, termina la zafra y no hay nada”⁵⁹⁵.

Asimismo, el **CGNIA** en cuanto a problemas que tuviera su comunidad en la implementación de medidas de prevención, detección y manejo de pacientes indígenas con COVID-19, señaló “i) Que los mayores de edad están débiles, ii) Estamos abandonados por parte del Estado, muchos años hemos vivido aislados y abandonados por los Gobiernos Municipal y Departamental, no sólo por COVID-19, sino por la salud en general, como casos de parto, picadura de víbora, no tenemos camino hacia el municipio de Ixiamas”⁵⁹⁶.

2.1.9.2. Eliminación de Estigmas y Estereotipos Negativos que puedan surgir sobre los pueblos indígenas en el contexto de pandemia de la COVID-19

De la entrevista realizada al **RSMI**, respecto a si el personal de su institución fue capacitado sobre la eliminación de estereotipos negativos a los pueblos indígenas, señaló: “De 2007 a 2015 se fortaleció con una ONG dentro el Proyecto Ixiamas Sana e Intercultural, promoviendo con base en la política SAFCI; el personal nuevo no tiene esta capacitación”⁵⁹⁷.

Por otro lado, el **RSGAMIX** relató que no se han conocido hechos de discriminación hacia el pueblo indígena Araona⁵⁹⁸; asimismo, el personal de su institución sería constantemente capacitado respecto a la eliminación de estereotipos negativos durante la COVID-19⁵⁹⁹.

No obstante a lo anterior, el **CGNIA** considera que su comunidad fue discriminada o juzgada negativamente durante la cuarentena⁶⁰⁰, y que se traduce en “el abandono del Estado, Ministerio de Salud y Sedes; como pueblo Araona no nos toman en cuenta”⁶⁰¹.

2.1.9.3. Acceso a la información sobre la pandemia en los idiomas propios de los pueblos indígenas

De la entrevista realizada al **RSMI**, se advierte que el Sedes y/o servicios de salud hubieran desarrollado acciones de información (reconocimiento de síntomas, conformación de equipos de respuesta) en tres establecimientos de salud con acceso caminero (Tigres, Ixiamas y Taha); al respecto, se advierte que no se hubiera realizado ninguna acción de información dirigida al pueblo indígena Araona.

Por otro lado, el **RSGAMIX** señaló que como municipio ante la presencia de posibles casos COVID-19 en los Araona, vía telefónica se hubieran comunicado con autoridades “para darles

593 Anexo 3B, pregunta: 2.3.1.

594 Anexo 3A, pregunta: 2.2.1.1, 2.2.1.1.1.; 2.2.12

595 Anexo 3A, pregunta: 2.2.1., pregunta: “2.2.2 y 2.2.3.

596 Anexo 3A, pregunta: 2.2.1.2.

597 Anexo 3B, pregunta: 3.1.

598 Anexo 3C, pregunta: 3.1.

599 Anexo 3C, pregunta: 3.2.

600 Anexo 3A, pregunta: 3.1.

601 Anexo 3A, pregunta: 3.1.1.

pautas como sanar, naturalmente con jengibre, vapores, medicina tradicional”, en idioma castellano⁶⁰².

De la entrevista realizada al **CGNIA**, se advierte que el pueblo indígena Araona no recibió información sobre la COVID-19, y que como autoridades indígenas recibieron algo de información en los municipios del Sena y Riberalta⁶⁰³, sobre “que es la COVID-19, pandemia y el tratamiento”, a través de radio y Facebook⁶⁰⁴, en idioma castellano⁶⁰⁵; se advierte que no recibieron información del municipio de Ixiamas.

2.1.9.4. Participación de los pueblos indígenas e inclusión de sus instituciones y autoridades propias en la formulación e implementación de políticas públicas en los COEN, COED y COEM

En la entrevista realizada al **RSGAMIX**, señaló que su municipio hubiera conformado el COEM, para la gestión de riesgos de la pandemia del COVID-19⁶⁰⁶, en el cual no hubieran participado representantes del Pueblo Indígena Araona; aunque, hubiera contado con la “participación de corregimientos indígenas”⁶⁰⁷, y que el COEM estuviese en gestiones para el ingreso de una brigada a las comunidades Araona⁶⁰⁸.

En la entrevista realizada al **CGNIA**, se advierte que no conociese de las acciones que realiza el COEN, COED y COEM en su municipio y departamento⁶⁰⁹, y tampoco hubieran participado en la toma de decisiones en las acciones desarrolladas por el COEM y COED en contra la pandemia de COVID-19⁶¹⁰.

2.1.9.5. Medidas de protección social realizadas por el Estado en todos sus niveles para mitigar los efectos socioeconómicos

El **RSGAMIX** y el **CGNIA** coincidieron en afirmar que el pueblo indígena Araona ha presentado problemas económicos y/o sociales a causa de la cuarentena y otras medidas sanitarias por la COVID-19⁶¹¹.

Asimismo, el **RSGAMIX** refirió que los problemas estuvieron vinculados a: i) La alimentación, “toda la población estuvo afectada, con escasez de alimentos”; ii) Educación, “los profesores por la distancia no llegan, el Distrito 5 donde están los Araona, comienzan la gestión escolar en mayo o junio, los profesores no logran aclimatarse”; iii) Salud, “sólo tienen lo básico”⁶¹²; asimismo, señaló que como acciones para enfrentar estos problemas, el municipio “gestionó la entrega de canastas familiares, y que se van realizando gestiones para ingresar a pagar los bonos del Gobierno”⁶¹³.

El **CGNIA** señaló como sus problemas la: i) Alimentación, no tienen ingresos económicos y sufrían la escasez de alimentos que no se producen en el lugar, “sólo recibimos ingresos económicos por la castaña, ya no habían compradores, nos faltó arroz, aceite, azúcar, harina, fideo, jabón, pilas, linternas y combustible”, ii) Educación, “los profesores se fueron de la Unidad Educativa

602 Anexo 3B, pregunta: 1. Anexo 3C, pregunta: 4.1.1.

603 Anexo 3A, pregunta: 4.1.

604 Anexo 3A, pregunta: 4.1.1., Anexo 3A, pregunta: 4.4.

605 Anexo 3A, pregunta: 4.3.

606 Anexo 3C, pregunta: 6.1.

607 Anexo 3C, pregunta: 6.1.1.

608 Anexo 3C, pregunta: 6.1.2.

609 Anexo 3A, pregunta: “6.1.

610 Anexo 3A, pregunta: 6.2.

611 Anexo 3C, pregunta: 7.1.

Anexo 3A, pregunta: “7.1.

612 Anexo 3C, pregunta: “7.1.1.

613 Anexo 3C, pregunta: “7.1.2.

Puerto Araona en mayo”; iii) Salud, sufrieron “la falta de medicamentos, dificultad en las salidas e ingresos de la ciudad ”; iv) Discriminación, “estábamos aislados y abandonados”, iv) Violencia, “muy poco”⁶¹⁴.

En ese mismo sentido, el **CGNIA** señaló que el pueblo indígena Araona hubiese sido beneficiado de la entrega de bonos “en un 60% - Universal, familiar y canasta familiar”, y que hubiesen sido beneficiados en un 90% con la entrega de canastas familiares otorgadas por el municipio y la Gobernación, entregándoles “50 fracciones de arroz, azúcar y aceite, de Presidencia 70 cajas de atún, harina, Pilfrut y leche; de la gobernación arroz, fideo, azúcar y muy poco aceite - cinco cajas”; en cuanto a clases virtuales relató que no hay⁶¹⁵. Asimismo, señaló haber tenido problemas en el cobro de bonos, “la falta de documento de carnet de identidad, falta de transporte, nosotros vivimos muy lejos, falta de combustible”⁶¹⁶.

Asimismo, el **CGNIA** señaló que las medidas no han logrado solucionar sus problemas⁶¹⁷, porque la ayuda sólo les alcanzó para algunos días: “no alcanza, (...) mandé para una familia que tiene cinco o seis hijos, 11 kilos de arroz, de ese quintalcito, azúcar igual y fideo igual y después de dos días me llaman y me dicen, Capitán ya no tengo arroz, como voy a mantener los restos de los días a mi familia”⁶¹⁸.

2.2. LIMITACIÓN DE PROYECTOS EXTRACTIVOS DE EXPLOTACIÓN O DESARROLLO EN O ALREDEDOR DE LOS TERRITORIOS DE LOS PUEBLOS INDÍGENA ORIGINARIOS

De las entrevistas realizadas a las Autoridades indígenas y servidores públicos municipales, y revisión documental, se tiene que los pueblos indígenas Uru Qot Zoñi, Yuqui y Ayoreo se evidencia que estos tuviesen proyectos extractivos de explotación o desarrollo en o alrededor de sus territorios.

En el caso del pueblo indígena **Urus Qot Zoñi**, el servidor público del municipio (**SMAMP**) señaló que existen proyectos extractivos de explotación o desarrollo en o alrededor del territorio de los Urus Qot Zoñi⁶¹⁹; que abarcase la “extracción de minería en las entidades mineras, cooperativas y empresas”⁶²⁰; por lo que hubiesen emitido “leyes municipales y decretos municipales” para evitar la posible transmisión del COVID-19, en territorios de los pueblos indígenas vinculados a proyectos extractivos identificados⁶²¹; sin embargo, el PCDC de los Urus Qot Zoñi, negó la existencia proyectos⁶²²; por lo que considera que no existiese ninguna amenaza⁶²³.

En el caso del pueblo indígena **Yuqui**, se evidenció que en su territorio existe un Plan General de Manejo Forestal (PGMF) que se implementa a través de mecanismos y procedimientos técnicos y legales avalados por la Autoridad de Control Social y Fiscalización de Bosques y Tierras (ABT).

Respecto al pueblo indígena **Ayoreo**, a partir de la entrevista realizada al **SGGAMR** y **DAKASUTÉ** se colige que existen proyectos extractivos de explotación o desarrollo en o alrededor del territorio Ayoreo⁶²⁴, concretamente, el **SGGAMR** señaló que: “en la comunidad de Urucó se tiene la extracción de árido (piedra para la construcción). En la comunidad Tobité, se tiene un proyecto

614 Anexo 3A, pregunta: “7.1.1.

615 Anexo 3A, pregunta: “7.1.2.

616 Anexo 3A, pregunta: “7.1.2.1.

617 Anexo 3A, pregunta: “7.1.2.2.

618 Anexo 3A, pregunta: “7.1.2.2.1.

619 Anexo 3C pregunta 8.1

620 Anexo 3C pregunta 8.1.2.

621 Anexo 3C pregunta 8.1.

622 Anexo 3A, pregunta 8.1

623 Anexo 3A pregunta 8.2

624 Anexo 3A, pregunta 8.1 y Anexo 3C pregunta 8.1

de Núcleo Ganadero, con varias etapas: desmonte, siembra de barbecho, alambrado, dotación de vacas. El proyecto se detuvo debido a la cuarentena por la COVID-19⁶²⁵. Por su parte, el DAKASUTÉ confirmó el citado proyecto ganadero⁶²⁶, por lo que considera que existe amenaza de contagio de la COVID-19 por la continuidad del proyecto⁶²⁷, “debido a la presencia de personas ajenas a la comunidad (técnicos u otras personas que vengan de Roboré y Santa Cruz)”⁶²⁸.

2.3. PREVENCIÓN Y PROTECCIÓN DE PUEBLOS INDÍGENAS EN SITUACIÓN DE AISLAMIENTO Y NO CONTACTO

De las entrevistas realizadas a las autoridades indígenas se pudo corroborar la existencia de pueblos indígenas en situación de aislamiento y no contacto de los pueblos indígenas Yuqui, Ayoreo y Araona; sin embargo en el caso de los **Ayoreo** y **Araona** los servidores públicos del Sedes y municipio refirieron no tener registros de este segmento.

En el caso del pueblo **Yuqui**, en la entrevista realizada a la **CRIS**, señaló que su institución tiene registro de pueblos indígenas en situación de no contacto o aislamiento voluntario⁶²⁹, siendo éste el pueblo Yuqui⁶³⁰; por lo que para garantizar la prevención y protección se hubiera realizado como acción “mantener aislada a la población indígena Yuqui, para evitar que entren en contacto con los no contactados”⁶³¹; para lo cual, en la prevención y protección de este segmento se hubiera: a) Delimitado las zonas de influencia sanitaria, b) Establecido cordones de protección sanitaria para precautelar la salud, y evitar el contagio de comunidades colindantes, c) Monitoreado y dado seguimiento periódico a vectores endémicos en poblaciones colindantes y d) Formulado plan de contingencia ante situaciones excepcionales, que conlleve amenaza inminente de mortalidad en masa⁶³².

En la entrevista realizada al **DDHIGAMPV**, refirió que su municipio tiene pueblos indígenas en situación de no contacto o aislamiento voluntario⁶³³, siendo éste un segmento del pueblo Yuqui⁶³⁴, por lo que tuvieron que “fortalecer el Centro de Salud Bia Recuaté para su atención y su socialización para su prevención”⁶³⁵. Igualmente, para la prevención y protección de este segmento sólo se hubiera: a) Delimitado las zonas de influencia sanitaria; no obstante, no se hubiese realizado, b) Establecido cordones de protección sanitaria para precautelar la salud, y evitar el contagio de comunidades colindantes, c) Monitoreado y dado seguimiento periódico a vectores endémicos en poblaciones colindantes y d) Formulado plan de contingencia ante situaciones excepcionales, que conlleve amenaza inminente de mortalidad en masa⁶³⁶.

En la entrevista realizada al **SGGAMCH**, refirió que su municipio se tiene pueblos indígenas en situación de no contacto o aislamiento voluntario⁶³⁷, siendo éste el pueblo Yuracaré⁶³⁸, por lo que se habría realizado como acción la “socialización”⁶³⁹. Asimismo, que para la prevención y protección de este segmento no se hubiera a) Delimitado las zonas de influencia sanitaria, b)

-
- 625 Anexo 3C pregunta 8.1.2.
 - 626 Anexo 3A pregunta 8.1.1.
 - 627 Anexo 3A pregunta 8.2.
 - 628 Anexo 3A pregunta 8.2.1.
 - 629 Anexo 3B, pregunta: “5.1
 - 630 Anexo 3B, pregunta: “5.1.1.
 - 631 Anexo 3B, pregunta: “5.1.1.
 - 632 Anexo 3B, pregunta: “5.3.
 - 633 Anexo 3C, pregunta: “5.1.
 - 634 Anexo 3C, pregunta: “5.1.1.
 - 635 Anexo 3C, pregunta: “5.1.1.
 - 636 Anexo 3C, pregunta: “5.3.
 - 637 Anexo 3C, pregunta: “5.1.
 - 638 Anexo 3C, pregunta: “5.1.1.
 - 639 Anexo 3C, pregunta: “5.1.1.

Establecido cordones de protección sanitaria para precautelar la salud, y evitar el contagio de comunidades colindantes, c) Monitoreado y dado seguimiento periódico a vectores endémicos en poblaciones colindantes y d) Formulado plan de contingencia ante situaciones excepcionales, que conlleve amenaza inminente de mortalidad en masa⁶⁴⁰.

Corroborando lo afirmado por los servidores públicos, en la entrevista realizada al **CMCY**, señaló que en proximidades del territorio Yuqui existe un pueblo en situación de no contacto o aislamiento voluntario del pueblo Yuqui⁶⁴¹; asimismo, en contradicción a lo afirmado por servidores públicos refirió que no se hubiera realizado ninguna acción para garantizar la protección de ese pueblo no contactado en el contexto de la pandemia⁶⁴².

En el caso del pueblo **Ayoreo**, la **DCSASL** y **SGGAMR** señalaron que sus instituciones no tienen registro de pueblos indígenas en situación de no contacto o aislamiento voluntario⁶⁴³; sin embargo, el segundo señaló que: "se tiene conocimiento de la existencia de un grupo de Ayoreos no contactados en el lugar llamado Salinas, en la frontera con Paraguay entre el hito 5 y 6, ubicado en el municipio de Charagua, en el Parque Kaii"⁶⁴⁴, y no refirió medidas de protección de estos pueblos en el contexto de la pandemia⁶⁴⁵.

Por su parte, el **DAKASUTÉ** señaló la existencia de pueblos indígenas en situación de no contacto o aislamiento en proximidades de su territorio⁶⁴⁶; indicando que: "Hace muchos años los colonos de esta zona han visto a Ayoreos no contactados por la zona del Jordán que está dentro del TCO Tobité⁶⁴⁷, y que no se ha efectuado ninguna acción para garantizar la protección de ese pueblo no contactado en el contexto de la pandemia, indicando que "nunca han venido a ver ese tema"⁶⁴⁸.

En el caso del pueblo **Araona**, el **RSMI** y el **RSGAMIX** señalaron no tener registros de pueblos indígenas en situación de no contacto o aislamiento voluntario⁶⁴⁹; no obstante, en una afirmación personal el **RSGAMIX** señaló que lo conocía como "una leyenda".

Sin embargo, en la entrevista realizada al **CGNIA**, afirmó que existe en proximidades de su territorio un segmento del pueblo indígena Araona en situación de no contacto o aislamiento voluntario, a quienes los denominan "Iyapare"⁶⁵⁰; asimismo, señaló no conocer medidas del Estado para garantizar su protección.

Finalmente, se hace notar que se tiene referencias documentales, expuesta en el marco conceptual, de pueblos indígenas Ese Ejja, Mosekene, Tsimane, Chácobo, Tsimane, Yuracaré, Pacahuara, en situación de aislamiento voluntario o no contactados.

640 Anexo 3C, pregunta: "5.3.

641 Anexo 3A, pregunta: "5.1.
Anexo 3A, pregunta: "5.1.1.

642 Anexo 3A, pregunta: 5.1.2.

643 Anexo 3B, pregunta: 5.1.

644 Anexo 3C, pregunta: 5.1

645 Anexo 3C, pregunta: 5.1.1.

646 Anexo 3A, pregunta: 5.1

647 Anexo 3A, pregunta:5.1.1.

648 Anexo 3A, pregunta: 5.1.2.

649 Anexo 3B, pregunta: 5.1.

650 Anexo 3A, pregunta: 5.1

5



DEFENSORÍA DEL PUEBLO
ESTADO PLURINACIONAL DE BOLIVIA

QUINTA PARTE

ANÁLISIS



QUINTA PARTE

ANÁLISIS

I. Naciones y Pueblos Indígena Originarios en situación de alta vulnerabilidad como sujetos de protección reforzada de parte del Estado

El Convenio N° 169 de la OIT sobre Pueblos Indígenas y Tribales en países independientes y la Declaración de las Naciones Unidas sobre los Derechos de los Pueblos Indígenas consagran los derechos a la protección, a medidas especiales, la participación, la salud, diversidad cultural y no discriminación, entre otros, generando a los Estados parte obligaciones de respetar, garantizar y proteger los derechos de los pueblos indígenas en su territorio.

Asimismo, el Artículo 26 de la Declaración Americana sobre los Derechos de los Pueblos Indígenas señala que los pueblos indígenas en aislamiento voluntario o en contacto inicial tienen derecho a permanecer en dicha condición y de vivir libremente y de acuerdo a sus culturas; además, que los Estados deben adoptar políticas y medidas adecuadas, con conocimiento y participación de los pueblos y las organizaciones indígenas, para reconocer, respetar y proteger las tierras, territorios, medio ambiente y culturas de estos pueblos, así como su vida e integridad individual y colectiva.

La CPE en el Artículo 31 establece que las naciones y pueblos indígena originarios en peligro de extinción, situación de aislamiento voluntario y no contactados, deben ser protegidos y respetados en sus formas de vida individual y colectiva; y que las naciones y pueblos indígenas en aislamiento y no contactados gozan del derecho a mantenerse en esa condición, a la delimitación y consolidación legal del territorio que ocupan y habitan. Asimismo, la Ley N° 450 en sus Artículos 1 y 2 establece que las naciones y pueblos indígena originarios en situación de alta vulnerabilidad son aquellas cuya sobrevivencia física y cultural está extremadamente amenazada y en los Artículos 5, 7, 9 y 11 se establece medidas y mecanismos estatales para la prevención de los sistemas de vida, protección y salud.

A la par, la SCP 1564/2014 de 1 de agosto en su razonamiento o saber conducente ha establecido que los pueblos indígenas minoritarios, que se encuentran en situaciones de debilidad manifiesta, requieren de una protección inmediata de parte del Estado; entre las cuales, dado el peligro de extinción, situación de aislamiento voluntario y el no contacto están las naciones y pueblos indígena originarios.

Las obligaciones estatales relacionadas a personas en situación de vulnerabilidad -como son los pueblos indígenas- se fundamentan en la garantía y protección al derecho a la vida, aspecto que ha sido ampliamente desarrollado por la Corte IDH, que a partir de una lectura sistemática de la Convención Americana de Derechos Humanos, el Protocolo de San Salvador y las disposiciones del Convenio 169 de la OIT, en el caso Comunidad Indígena Yakye Axa Vs. Paraguay ha señalado en su punto 162 que: "Una de las obligaciones que ineludiblemente debe asumir el Estado en su posición de garante, con el objetivo de proteger y garantizar el derecho a la vida, es la de generar las condiciones de vida mínimas compatibles con la dignidad de la persona humana y a no producir condiciones que la dificulten o impidan. Igualmente, que el Estado tiene el deber de adoptar medidas positivas, concretas y orientadas a la satisfacción del derecho a una vida digna,

en especial cuando se trata de personas en situación de vulnerabilidad y riesgo, cuya atención se vuelve prioritaria⁶⁵¹.

En ese contexto, a partir de la pandemia de la COVID -19, distintos organismos internacionales han establecido estándares para la protección a grupos en situación de vulnerabilidad, entre éstos, la Organización de los Estados Americanos (OEA) ha señalado que los pueblos indígenas en aislamiento voluntario y contacto inicial se encuentran en extrema vulnerabilidad sanitaria, demográfica y territorial, amenazados por la transmisión de enfermedades derivadas del contacto y que esto representa una de las amenazas más graves a la supervivencia física, pues esta población no cuenta con las defensas inmunológicas contra enfermedades relativamente comunes, y un contagio puede tener consecuencias trágicas⁶⁵².

Igualmente, la Comisión Interamericana de Derechos Humanos (CIDH), en su Resolución N° 1/2020 Pandemia y Derechos Humanos en las Américas en su punto 39, ha recomendado a los Estados: "Considerar los enfoques diferenciados requeridos al momento de adoptar las medidas necesarias para garantizar los derechos de los grupos en situación de especial vulnerabilidad al momento de adoptar medidas de atención, tratamiento y contención de la pandemia de la COVID-19; así como para mitigar los impactos diferenciados que dichas medidas puedan generar".

De acuerdo con lo desarrollado, la protección reforzada sustentada en la protección y garantía del derecho a la vida, durante la COVID -19, ha merecido recomendaciones de la CIDH dirigidas a pueblos indígenas, referidas a los enfoques de interculturalidad, diferencial y de pertinencia cultural en la salud; el acceso a la información sobre la pandemia en idiomas propios; la participación de los pueblos indígenas en la formulación e implementación de políticas públicas; el derecho de no discriminación con la eliminación de estigmas y estereotipos negativos; el derecho de protección frente a los efectos socioeconómicos negativos; la prevención y protección de pueblos indígenas en situación de no contacto y la limitación de proyectos extractivos de explotación o desarrollo en o alrededor de los territorios de los pueblos indígenas.

En ese entendido, existe un marco normativo internacional y nacional de protección reforzada sustentado en el derecho a la vida, el riesgo a la salud y existencia física y cultural que enfrentan los pueblos indígenas, durante la pandemia de la COVID-19, mismo que es aplicable para Bolivia a las naciones y pueblos indígena originarios, que conforme a la normativa interna se encuentren en situación de alta vulnerabilidad y cuya sobrevivencia física y cultural esté amenazada, siendo éstos sujetos a medidas especiales estatales que han sido objeto de la presente investigación.

II. Medidas de protección de los derechos humanos de los pueblos indígenas insuficientes en el marco de la pandemia de la COVID-19

Los incisos 1, 2 y 3 del Artículo 25 del Convenio N° 169 de la OIT, sobre pueblos indígenas y tribales en países independientes, establecen que el Estado deberá "velar porque se pongan a disposición de los pueblos interesados servicios de salud adecuados (...) a fin de que puedan gozar del máximo nivel posible de salud física y mental"; estos servicios "deberán organizarse, en la medida de lo posible, a nivel comunitario; deberán planearse y administrarse en cooperación con los pueblos interesados; tener en cuenta sus condiciones económicas, geográficas, sociales y culturales; así como sus métodos de prevención, prácticas curativas y medicamentos tradicionales".

651 Corte IDH; Sentencia caso Comunidad Indígena Yakye Axa Vs. Paraguay, Fondo y Reparaciones de 17 de junio de 2005.

652 OEA "Guía Práctica de Respuestas Inclusivas y con Enfoque de Derechos ante el COVID-19 en las Américas", página 42.

Asimismo, refiriéndose al derecho a disfrutar del nivel más alto posible de salud física y mental, el numeral 2 del Artículo 24 de la Declaración de las Naciones Unidas sobre los Derechos de los Pueblos Indígenas señala que “los Estados tomarán las medidas que sean necesarias para lograr progresivamente que este derecho se haga plenamente efectivo”; además en su numeral 1 refiere que “tienen derecho a sus propias medicinas tradicionales y a mantener sus prácticas de salud, incluida la conservación de sus plantas medicinales, animales y minerales de interés vital. Las personas indígenas, también tienen derecho de acceso, sin discriminación alguna, a todos los servicios sociales y de salud”.

La CPE en su Artículo 18 establece que el Estado garantizará la inclusión y acceso a la salud de todas las personas, sin exclusión ni discriminación alguna, el sistema único de salud será universal, gratuito equitativo, intercultural, participativo, con calidad, calidez y control social. El sistema se basa en los principios de solidaridad, eficiencia y corresponsabilidad y se desarrolla mediante políticas públicas en todos los niveles de gobierno; igualmente, el Artículo 35 señala que el Estado en todos sus niveles protegerá el derecho a la salud, promoviendo políticas públicas orientadas a mejorar la calidad de vida, el bienestar colectivo y el acceso gratuito de la población a los servicios de salud. El sistema de salud es único e incluye a la medicina tradicional de las naciones y pueblos indígena originario campesinos.

Por otro lado, la Comisión Interamericana de Derechos Humanos (CIDH), en la Resolución N° 1/2020 Pandemia y Derechos Humanos en las Américas, punto 56, refiere que los Estados deben extremar las medidas de protección de los derechos humanos de los pueblos indígenas en el marco de la pandemia de la COVID-19, tomando en consideración que estos colectivos tienen derecho a recibir una atención de salud con pertinencia cultural, que tome en cuenta los cuidados preventivos, las prácticas curativas y las medicinas tradicionales; asimismo, mediante comunicado de 6 de mayo de 2020, la CIDH adiciona a la Resolución 1/2020, recomendaciones, entre ellas que los Estados deben “garantizar el derecho a la salud de los pueblos indígenas en el contexto de la pandemia de la COVID-19, desde los enfoques de interculturalidad, género y solidaridad intergeneracional; tomando en cuenta los cuidados preventivos, las prácticas curativas y las medicinas tradicionales, con especial atención a la situación de los grupos en situación de mayor vulnerabilidad en relación con la pandemia, especialmente personas mayores y/o con condiciones preexistentes, en áreas distantes a centros de salud”.

Además, la OEA en la “Guía práctica de respuestas inclusivas y con enfoque de derechos ante la COVID-19 en las Américas”, en la parte de prevención, contención y mitigación de la COVID-19 en los pueblos indígenas, recomienda entre otros aspectos que:

- Las medidas de prevención y atención que se adopten e implementen tienen que ser cultural y lingüísticamente adecuadas, tomando en cuenta las prácticas y costumbres de los pueblos indígenas que habitan dentro de los territorios nacionales, garantizando el uso de metodologías y herramientas que permitan la transmisión de la información, en lenguas originarias y pertinentes a su cultura, de manera clara y sencilla.
- Garantizar el acceso de las poblaciones indígenas y fortalecer la capacidad operativa de los establecimientos de salud del primer nivel de atención de los pueblos indígenas para la prevención, manejo y contención de la pandemia, garantizando la disponibilidad de personal, medicamentos, insumos y equipos médicos.
- Garantizar que el personal de salud y otros agentes del Estado que ingresen a los territorios indígenas se encuentren en óptimas condiciones de salud y no sean portadores de la COVID-19

2.1. Medidas estatales para la prevención, detección y manejo del COVID-19 carentes de los enfoques intercultural, diferencial y de pertinencia cultural

El Ministerio de Salud a través de la Resolución Ministerial N° 116 aprobó la “Guía para el Manejo de la COVID-19” que contiene lineamientos, directrices y recomendaciones para el diagnóstico, abordaje clínico, manejo de pacientes y otros aspectos técnico-administrativos que orientan la toma de decisiones por parte del personal de salud y comités de vigilancia epidemiológica que se constituyen en corresponsables directos del proceso de atención del paciente y respuesta nacional frente a la pandemia de COVID-19.

Habiéndose analizado la guía anteriormente citada, la institución defensorial evidenció que ésta carece de un enfoque intercultural, diferencial y de pertinencia cultural, ya que omite incorporar medidas diferenciadas que se adapten a la realidad plurinacional como ser idioma, la cosmovisión, los usos y costumbres, así como elementos de la medicina tradicional ancestral, incluyendo en su contenido conceptos, conocimientos, saberes y prácticas milenarias ancestrales, basadas en la utilización de recursos materiales y espirituales para la prevención y curación de las enfermedades que respeten la relación armónica entre las personas, familias, comunidad con la naturaleza y el cosmos.

Igualmente, la ficha epidemiológica de la Guía para el Manejo de la COVID-19 en su punto 2, referente a la identificación del paciente, no incorpora un acápite que permita la autoidentificación cultural del paciente, evidenciándose la imposibilidad que se genere información estadística desagregada sobre la incidencia, tasas de mortalidad y aumento del riesgo de infección en las comunidades indígenas, resultando ello en una exclusión de los pueblos indígenas en las estadísticas nacionales, departamentales y municipales y en consecuencia la imposibilidad de formular medidas específicas para la protección de dicha población.

Por otro lado, el Ministerio de Salud, mediante Resolución Ministerial N° 334, aprobó el “Protocolo para el Abordaje de Covid-19 en Pueblos Indígena Originario Campesinos y Afrobolivianos”, que tiene como objetivo el coadyuvar en la mitigación de la propagación de la COVID-19, a través de la atención integral en salud con enfoque intercultural para los pueblos indígena originario campesinos y afrobolivianos.

Al respecto, cabe señalar que si bien el protocolo se constituye en una medida afirmativa, se advierte que el mismo fue aprobado cuatro meses después del inicio de la pandemia en territorio boliviano, no fue publicado ni socializado y su contenido cuenta con limitaciones, entre otras, sólo abarca de manera enunciativa acciones de promoción de la salud, prevención y medidas de bioseguridad; omitiendo acciones y/o medidas que establezcan una atención integral en salud con enfoque intercultural y medidas que incorporen a la medicina tradicional, como señala el objetivo del protocolo.

Asimismo, en las acciones de promoción de la salud y prevención de la enfermedad, con criterio de interculturalidad, establecidas en el punto 7 del protocolo, se refiere a la conformación del comité local de prevención y lucha contra la COVID-19, conformado por un representante de: establecimiento de salud, estructura social, prestador del servicio de medicina tradicional y delegado de la comunidad, planteamiento que se sobrepone a la constitución de los COEM creados a nivel municipal para atender la emergencia sanitaria a nivel local

En cuanto a las acciones de información, educación y comunicación establecidas en el punto 7.2, el protocolo se limita a una breve directriz y a la delegación de la misma a autoridades locales, municipales y departamentales; sin mencionar la obligación de capacitación por parte del personal de salud en interculturalidad, misma que es necesaria para que las acciones de prevención y la atención que se brinden sean culturalmente apropiadas y libres de todo tipo de discriminación o estigmatización.

Ahora bien, resulta positivo que el protocolo haya incluido medidas de bioseguridad de COVID-19 para pueblos indígenas originarios, que abarca medidas para las empresas productivas y económicas circundantes a las comunidades de los pueblos indígenas, acciones generales para la comunidad, en actividades domésticas; así como medidas generales en actividades de caza, pesca, siembra y cosecha; pijcheo, acullico y boleó; medidas generales del poreo (tomar yerba mate), entre otras.

Por otra parte, de las entrevistas realizadas a los servidores públicos de los Sedes de La Paz, Oruro, Cochabamba, Tarija, Pando y Santa Cruz, se infiere que los establecimientos de salud que atienden a personas indígenas aplicaron la guía de manejo de la COVID-19 emitido por el Ministerio de Salud; asimismo, únicamente el Puesto de Salud Bolpebra (que atiende a los pueblos indígenas Yaminawa y Machineri) indicó, también, haber utilizado el “Protocolo para abordaje de COVID-19 en pueblos indígenas originario campesinos y afroboliviano”.

Por lo anteriormente citado, si bien el Estado Plurinacional cuenta con instrumentos para la prevención, detección y manejo de la COVID-19 establecidos en la Guía de Manejo y Protocolo anteriormente señalados, el primero omite considerar los enfoques de interculturalidad diferencial y de pertinencia cultural establecidos por la CIDH, aspecto que se constituye en una omisión estatal para lograr la efectiva protección y garantía de derechos de las naciones y pueblos indígena originarios en situación de alta vulnerabilidad. En el caso del protocolo, si bien se trata de una medida afirmativa, ésta no resultó oportuna, no fue difundida y cuenta con limitaciones que impiden el abordaje de la COVID -19 con enfoques intercultural, diferencial y de pertinencia cultural, teniendo como consecuencia la falta de medidas adecuadas dirigidas a dicha población.

En consecuencia, las omisiones por parte del Ministerio de Salud y Deportes en la elaboración de las guías y protocolos citados no sólo evidencian el incumplimiento del marco normativo internacional y nacional de protección de las naciones y pueblos indígena originarios en situación de alta vulnerabilidad, incluidas las recomendaciones establecidas por la CIDH; sino, además, resultan en una afectación a sus derechos a la vida, salud, igualdad y no discriminación, más aun existiendo un precedente constitucional sobre las obligaciones del Estado, como la Sentencia Constitucional 0200/2011-R de 12 de marzo de 2011, que en su razonamiento o saber conducente señala que los órganos del Estado tienen que establecer las condiciones adecuadas para que aquéllos (persona humana, familia y grupos sociales) puedan alcanzar un estado óptimo de bienestar físico, mental y social y garanticen el mantenimiento de esas condiciones; en ese sentido, el Ministerio de Salud y Deportes, como parte del Estado, está en la obligación de garantizar la salud de la población a través de su promoción, prevención de las enfermedades, curación y rehabilitación.

2.1.1. Escasas condiciones materiales para la prevención, detección y manejo de la COVID -19 en pueblos indígenas

De acuerdo con la normativa para el abordaje de la COVID-19, existen acciones para la prevención, detección y manejo de casos que dependen del funcionamiento de los establecimientos de salud, medidas que de acuerdo con la recomendación de la CIDH deberían considerar los enfoques de interculturalidad, diferencial y pertinencia cultural; en ese sentido, la investigación defensorial abordó las condiciones mínimas materiales de los establecimientos de salud, que territorialmente corresponden a los sujetos de investigación, con la finalidad de analizar si estos cumplen con los enfoques recomendados y en consecuencia son idóneos para la protección de la vida y salud de las personas pertenecientes a las naciones y pueblos indígena originarios en situación de alta vulnerabilidad.

Conforme la Ley N° 031, Marco de Autonomías y Descentralización “Andrés Báñez”, el Ministerio de Salud aprobó la normativa nacional de caracterización de establecimientos de salud de primer nivel, que establece los parámetros en cuanto a infraestructura, equipamiento, medicamentos, insumos médicos y personal sanitario, aplicables a los gobiernos nacional, departamental y

municipal, parámetros que han sido analizados en la presente investigación defensorial como elementos mínimos que deberían garantizarse a tiempo de considerarse la prevención, detección y manejo de la COVID-19.

La investigación Defensorial evidenció que para la atención primaria en salud sólo los pueblos indígenas Yuqui, Ayoreo, Weenhayek y Tapiete cuentan con establecimientos de salud en funcionamiento dentro su territorio indígena, y que los pueblos indígenas Urus Qot Zoñi, Urus Iruito, Ese Ejja, Yaminawa, Machineri y Araona no cuentan con establecimientos de salud dentro sus territorios, teniendo que salir a establecimientos de salud más cercanos, recorriendo como mínimo 20 minutos en vehículo; y en el caso de los Araona, hasta 1 día de viaje vía fluvial, por la inexistencia de vinculación caminera.

En caso de que pacientes indígenas con síntomas o con la enfermedad de la COVID-19 requieran trasladarse a establecimientos de salud que ofrezcan mayor atención médica de esta enfermedad; el tiempo de viaje y la distancia se amplía aún más, en movilidad dos horas y media de viaje en el caso de los Yuqui, Urus Irohito y Weenhayek de Yacuiba, una hora aproximadamente de viaje en el caso de los Ayoreo, Yaminawa y Machineri; 45 minutos de viaje para los Tapiete y 15 minutos de viaje para los Weenhayek de Villamontes.

De manera particular, el pueblo indígena Araona no tendría ningún tipo de vinculación caminera hacia el Centro de Salud Ixiamas, al cual corresponden, ya que el personal de salud del municipio para dirigirse al Territorio Indígena Araona debe viajar vía terrestre por el departamento del Beni (Rurrenabaque, Santa Rosa) hasta Pando (municipio Sena) y de ahí ingresar en bote hacia las comunidades, sumando un tiempo total de viaje de cinco a siete días; por lo que los Araonas prefieren dirigirse al Centro de Salud Sena, ubicado en el municipio el Sena del departamento de Pando, el cual se encuentra a una distancia de nueve horas en bote con motor deslizante y dos días y medio en motor teque teque, de menor potencia.

Por otro lado, respecto al traslado de casos sospechosos, se evidenció que el Centro de Salud con Internación San Juan de Dios (Urus Qot Zoñi), Centro de Salud Ambulatorio “Santa Lucía” (Ayoreos) y Centro de Salud Integral San Buenaventura (Ese Ejja) cuentan con ambulancias para el traslado de pacientes COVID-19; y que los demás establecimientos de salud no cuentan con ambulancias para el efecto.

La falta de disponibilidad y accesibilidad en los servicios de salud de primer nivel, afectan al derecho a la salud de las personas pertenecientes a las naciones y pueblos indígena originarios en situación de alta vulnerabilidad en un contexto cotidiano y en mayor medida en el contexto de la pandemia, más aun considerando que la Guía de Manejo de la COVID-19 estableció la conformación de la Red de Establecimientos de salud y otros vinculados a la vigilancia epidemiológica para identificar y atender casos sospechosos e infectados⁶⁵³, y que conforme al flujo para la detección y manejo de pacientes los establecimientos de salud de primer nivel en áreas rurales se constituyen en espacios esenciales para hacer frente a la enfermedad.

Por otra parte, los gobiernos autónomos municipales no estarían dotando adecuadamente servicios básicos, equipos, mobiliario, medicamentos, insumos y demás suministros a los establecimientos de salud de primer nivel, conforme establece la Ley N° 031 Marco de Autonomías y Descentralización (Artículo 81.III.2.g); asimismo, los gobiernos autónomos departamentales no habrían estructurado las redes de salud de manera adecuada con las entidades territoriales autónomas municipales en el marco de la Política Nacional de la Salud Familiar Comunitaria Intercultural; aspectos que dificultarían la detección y manejo de la COVID-19 en las comunidades indígenas y en consecuencia resultan en la imposibilidad de establecer medidas que contengan los enfoques anteriormente referidos.

653 Ministerio de Salud; “Guía para el manejo de la COVID-19”, versión mayo 2020; p. 72.

En ese marco, se advierte que los gobiernos autónomos municipales de San Buenaventura, Jesús de Machaca, Poopó, Puerto Villarroel, Yacuiba, Villamontes, Bolpebra y Roboré y, con mayor gravedad, el municipio de Ixiamas en el caso del Pueblo Araona, y los gobiernos autónomos departamentales de La Paz, Oruro, Cochabamba, Tarija, Pando y Santa Cruz, omiten su deber de protección del derecho a la salud en sus elementos de disponibilidad y accesibilidad, incumpliendo con el numeral 1 del Artículo 25 del Convenio N° 169 y numeral 2 del Artículo 24 de la Declaración de las Naciones Unidas sobre los Derechos de los Pueblos Indígenas y el numeral 13 del parágrafo II del Artículo 30 de la CPE y las recomendaciones de la CIDH, por las escasas condiciones materiales proporcionadas a los establecimientos de salud de primer nivel para la prevención, detección y manejo de la COVID-19 y la falta de estructuración efectiva de las redes de salud, en el contexto de la pandemia, teniendo como consecuencia la afectación del derecho a la salud e incluso la vida de los pueblos indígenas que habitan en su jurisdicción municipal.

Únicamente el Centro de Salud con Internación San Juan de Dios (Urus Qot Zoñi) cuenta con los elementos necesarios para la detección y manejo de la COVID-19.

Por otro lado, el Puesto de Salud Bia Recuate (Yuqui), Centro de Salud Jancohaque (Urus Uru Ito), Centro de Salud Ambulatorio "Santa Lucía" (Ayoreos), Centro de Salud Ambulatorio "La Misión" y "Crevaux" (Weenhayek), Centro de Salud Ambulatorio – Consultorio Vecinal Samaiguat (Tapiete), Puesto de Salud Manurimi (Araona) y Puesto de Salud Bolpebra, no cumplen con los parámetros establecidos en la "Guía para el Manejo del COVID-19", ya que no cuentan con el equipamiento necesario para la toma y traslado de muestras, ni insumos de bioseguridad.

En ese marco, la falta de equipamiento y de insumos de bioseguridad en cantidad suficiente para el manejo de COVID-19 se constituye en una afectación al derecho a la salud en sus elementos de disponibilidad y calidad, de los pueblos indígenas Yuqui, Uru Iruito, Ese Ejja, Ayoreo, Yaminawa, Machineri, Tapiete, Weenhayek y Araona, ya que al no garantizarles el acceso a establecimientos de salud con bienes y servicios apropiados desde el punto de vista científico y médico, que entre otras cosas, debiera contar con equipo hospitalario científicamente aprobado, en buen estado y ser proporcionados por los gobiernos autónomos municipales respectivos, se constituye en un factor de riesgo para la vida, salud e integridad personal de los pueblos indígenas mencionados.

En la investigación defensorial, se advirtieron servicios inadecuados e incluso inexistentes de agua potable, energía y saneamiento básico en todos los puestos de salud verificados –Bia Recuaté (Yuqui), Manurimi (Araona) y Bolpebra (Yaminawa y Machineri)–, además del Centro de Salud "Santa Lucía" (Ayoreo) que no cuenta con saneamiento básico, carencias que se constituyen en una afectación al derecho a la salud de los pueblos indígenas (en su elemento de disponibilidad y calidad), por parte de los gobiernos autónomos municipales de Puerto Villarroel, Ixiamas, Bolpebra y Robore, ya que no brindan las condiciones sanitarias adecuadas y seguras, aspectos fundamentales para la prevención y la atención de la COVID-19.

Por tanto, como resultado de la investigación defensorial se evidenció el incumplimiento de las condiciones mínimas de equipamiento, infraestructura y servicios básicos de los puestos de salud a los cuales acuden los pueblos indígenas sujetos de esta investigación, haciendo inaplicable la implementación de la guía del manejo COVID-19 y en consecuencia develando la imposibilidad de aplicar los enfoques de interculturalidad y diferencial en el marco del numeral 9 del parágrafo II del Artículo 30 de la CPE y las recomendaciones de la CIDH.

Personal de salud no apto para la atención de pueblos indígenas en situación de alta vulnerabilidad

La investigación defensorial identificó que de los establecimientos de salud verificados, ninguno cuenta con un médico tradicional, partero(a) o naturista; asimismo, que los Puestos de Salud Bia Recuaté (Yuqui), Yaminawa y Manurimi (Araona), cuentan con el personal mínimo establecido por la normativa nacional. Respecto a los establecimientos de tipo Centro de Salud (Ambulatorio,

Internación e Integral) sólo uno cuenta con el personal necesario para su categoría (Centro de Salud con Internación San Juan de Dios – Urus Qot Zoñi).

Adicionalmente, se advierte que el personal del Centro de Salud Jesús de Machaca (Urus Uru Ito) no cuenta de bata de protección; el personal del Centro de Salud Ambulatorio “La Misión” (Weenhayek) no tiene bata de protección, barbijos N 95 ni guantes de nitrilo o látex, y el Centro de Salud Ambulatorio – Consultorio Vecinal Samaiguat (Tapiete) no tiene equipo de dispersión de hipoclorito de sodio, incumpliendo lo establecido en la “Guía para el manejo de la COVID-19”.

En ese marco, los establecimientos de salud citados anteriormente no cumplen con parámetros mínimos establecidos en la “Normativa nacional de caracterización de establecimientos de salud de primer nivel” y la “Guía para el Manejo de la COVID-19”, lo cual se pudo advertir mediante la verificación a la infraestructura, equipamiento, personal sanitario, equipo de protección del personal sanitario, equipamiento para la detección y manejo de la COVID-19 y traslado de pacientes sospechosos y sus falencias; este aspecto limitaría la aplicación de los enfoques de interculturalidad, diferencial y pertinencia cultural, incumpliendo desde el gobierno central a través del Ministerio de Salud y Deportes, gobiernos autónomos departamentales y gobiernos autónomos municipales, respectivos, las recomendaciones 56 de la Resolución N° 1/2020 y 1 de las adiciones, emitidas por la CIDH, ya que el Estado no estuviese extremando las medidas de protección de los derechos humanos de los pueblos indígenas y en consecuencia no estuviese garantizando su derecho a la salud, en los elementos de disponibilidad, accesibilidad en su dimensión de no discriminación y aceptabilidad.

2.1.2. Falta de Políticas Públicas con enfoques Intercultural, Diferencial y pertinencia Cultural para el fortalecimiento y desarrollo de la Medicina Tradicional

El numeral 2 del Artículo 25 del Convenio N° 169 de la OIT establece que los servicios de salud deberán organizarse, en la medida de lo posible, a nivel comunitario. Estos servicios deberán planearse y administrarse en cooperación con los pueblos interesados y tener en cuenta sus condiciones económicas, geográficas, sociales y culturales, así como sus métodos de prevención, prácticas curativas y medicamentos tradicionales. Estos aspectos buscan el fortalecimiento y desarrollo de la salud de los pueblos indígenas partiendo del interior de las culturas (intraculturalidad) para la consolidación del derecho a la salud en todos sus elementos; y por otro lado, desde el enfoque intercultural, en busca de la incorporación de los saberes y conocimientos de las cosmovisiones de estos pueblos en el sistema de salud.

La Constitución Política del Estado, en el numeral 9 del párrafo II del Artículo 30, incorporó como derecho de los pueblos indígena originario campesinos, que sus saberes y conocimientos tradicionales, su medicina tradicional, sean valorados, respetados y promocionados; asimismo, el párrafo II del Artículo 35 de la norma constitucional refiere que el sistema de salud es único e incluye a la medicina tradicional de las naciones y pueblos indígena originario campesinos.

En ese marco, el entonces Viceministerio de Medicina Tradicional e Interculturalidad (VMTI), por mandato del Decreto Supremo N° 29894 Artículo 92, tenía como atribución “ b) Diseñar, proponer y desarrollar un modelo de atención integral de promoción y fomento de la salud familiar y comunitaria, respetando la interculturalidad en las comunidades, pueblos, suyus, marcas, ayllus, tentas, capitanías y otras territorialidades y formas de gestión política en el país. c) Incorporar y desarrollar prácticas de medicina tradicional en el Sistema Único de Salud”; sin embargo a través de notas **MS/DOCH/CE/947/2020 y MS/VMTI/CE/135/2020**, e informe **MS/VMTI/CE/135/2020**, el VMTI señaló como acciones, planes, proyectos, protocolos, instructivos y otras medidas para la prevención, desarrollados para la contención y tratamiento de la COVID -19 en pueblos indígenas, implementados a través de cámaras de baños a base de eucalipto, wira wira y manzanilla en zonas y barrios urbanas de la ciudad de El Alto y La Paz; observándose que dichas acciones no hubieran tenido incidencia en las naciones y pueblos indígena originarios en situación de alta vulnerabilidad, por lo cual se manifiesta la falta de una política pública con

enfoque de interculturalidad, diferencial y pertinencia cultural que busque el fortalecimiento de la medicina tradicional ancestral con los pueblos indígenas.

Por otro lado, si bien la Resolución Ministerial N° 0039 de 30 de enero de 2013, que aprueba la normativa nacional de caracterización de establecimientos de salud de primer nivel, tiene entre sus objetivos: “Coadyuvar en la articulación de la Medicina Tradicional ancestral en los servicios de los Establecimientos de Salud de Primer Nivel de Atención”; y entre sus componentes está la atención integral intercultural de la salud, con el fin de contribuir a transformar determinantes de la salud, reorientar los servicios de salud y generar hábitos de protección de la salud, mediante la gestión participativa y control social y la atención integral intercultural que permitan la mejora del estado y situación de salud de la población, se observa que entre las particularidades generales de los Centros de Salud con Internación e Integrales se deja a la demanda de la población, usos y costumbres, la posibilidad de incorporar el personal médico tradicional, partero(a) o naturista, juntamente con su consultorio, limitándolos a estudios de factibilidad y demanda; además que en los niveles de puesto de salud y centro de salud ambulatorio, no incorpora como parte de la estructura mínima del personal de salud el médico tradicional, partero(a) o naturista, aspecto contrario a una atención con enfoque intercultural y diferencial del acceso a la salud.

En ese marco, en las verificaciones defensoriales se pudo advertir que ninguno de los establecimientos de salud (sujetos de este informe) cuenta con un consultorio de medicina tradicional, ni personal médico tradicional, partero(a) o naturista; aspecto que denota una falta de aplicación de un enfoque intercultural y la ausencia de una política de fortalecimiento y desarrollo de la salud intercultural, constituyéndose en una afectación del derecho a la salud en su elemento de aceptabilidad, incumpliendo lo establecido en el numeral 2 del Artículo 25 del Convenio 169 de la OIT, Artículo 30.II.9 de la CPE y la recomendación 57 de la Resolución N° 1/2020 y la recomendación adicional N° 1 de la CIDH.

Al respecto, se observa que el Estado en todos los niveles conforme establece la Norma de Caracterización de Establecimientos de Salud de Primer Nivel, debe adoptar medidas para incorporar la medicina tradicional más aún considerando las recomendaciones internacionales referidas a extremar las medidas de protección de los derechos humanos de los pueblos indígenas en el marco de la pandemia de la COVID-19.

2.1.3 Limitaciones y deficiencias en la prevención y Vigilancia Comunitaria en pueblos indígenas

El Convenio N° 169 de la OIT, en su Artículo 4 numerales 1 y 2, establece que los Estados deberán adoptar las medidas especiales que se precisen para salvaguardar a las personas y las culturas, entre otros, además que dichas medidas no deberán ser contrarias a los deseos expresados libremente por los pueblos interesados. Igualmente, la Constitución Política del Estado, en su Artículo 37, establece que el Estado tiene la obligación indeclinable de garantizar y sostener el derecho a la salud, y que se priorizará la promoción de la salud y la prevención de las enfermedades.

Además, la Política de Salud Familiar Comunitaria Intercultural (SAFCI), con los objetivos de a) Contribuir en la eliminación de la exclusión social en salud, reivindicando, fortaleciendo y profundizando la participación y control social efectivo en la toma de decisiones sobre la gestión de la salud, brindando servicios de salud que tomen en cuenta a la persona, familia y comunidad, aceptando, respetando, valorando y articulando la medicina académica y la medicina de los pueblos indígenas originarios campesinos; y b) Mejorar las condiciones de vida de la población; bajo los principios la participación social y la interculturalidad, entre sus componentes considera a nivel local a la comunidad, en los espacios de deliberación intersectorial de la gestión de salud, a las asambleas, cabildos, ampliados, reuniones, juntas reuniones de planificación u otras, y en la estructura social de salud a la autoridad local de salud.

Igualmente, la Guía para el Manejo de la COVID-19 establece que el recurso humano del establecimiento de salud coordinará la vigilancia comunitaria de la infección producida por COVID-19 con organizaciones representativas de la comunidad para la generación de información y toma de decisiones oportunas por las diferentes instancias de gestión y atención del Sistema Nacional de Salud, y que la vigilancia comunitaria debe contemplar acciones y actividades específicas.

En ese marco, de las entrevistas realizadas, se advierte que las autoridades de los pueblos indígenas Yuqui, Weenhayek y Tapiete y servidores públicos del Sedes coincidieron en señalar que se realizaron acciones de capacitación de vigilancia comunitaria. En el caso de los pueblos indígenas Urus Qot Zoñi, Urus Irohito, Ayoreo, Ese Ejja, Yaminawa y Machineri, los servidores públicos del Sedes señalaron haber realizado capacitaciones en vigilancia comunitaria; sin embargo, las Autoridades Indígenas refieren no haber recibido ningún tipo de capacitación (excepto los Ayoreos que señalaron haber sido capacitados por PROBIOMA⁶⁵⁴, institución privada). En el caso del pueblo indígena Araona, el servidor público del Sedes y la Autoridad Indígena coincidieron en que no se realizó ningún tipo de capacitación.

Respecto a los Urus Qot Zoñi, Urus Irohito, Ayoreo, Ese Ejja, Yaminawa, Machineri y Araona, el no haber recibido capacitación en vigilancia comunitaria tuvo como consecuencia no planificar actividades articuladas con el establecimiento de salud y con organizaciones representativas de la comunidad, dificultándose e incluso impidiendo la conformación de un Comité local de Salud para la coordinación de acciones específicas que monitoreen el avance o ingreso de la pandemia a sus territorios, afectándose el acceso a la información del derecho a la salud.

Respecto a la capacitación sobre cómo se debe actuar en la detección, notificación, transporte de casos sospechosos de COVID-19⁶⁵⁵, se advierte de las entrevistas realizadas que: i) En el caso del pueblo indígena Ayoreo hubo coincidencia entre el servidor público del Sedes y la autoridad indígena en que la capacitación fue proporcionada en todos sus elementos; ii) En el caso de los pueblos indígenas Yuqui, Tapiete y Weenhayek hubo coincidencia y variaciones en la información que fue proporcionada; iii) En el caso de los pueblos indígenas Urus Qot Zoñi, Urus Irohito, Yaminawa, Machineri hubo entrevistas no uniformes, ya que los servidores públicos del Sedes refieren haber realizado capacitación a estos pueblos en todos o algunos de los elementos citados, en cambio las autoridades indígenas refieren no haber recibido ningún tipo de capacitación; iv) En el caso del pueblo indígena Araona ambos señalan no haberse realizado ninguna capacitación.

En ese marco, de lo anterior se advierte que en el caso de los pueblos indígenas Yuqui, Tapiete y Weenhayek la variación o contradicción de las entrevistas podría ser producto de que la información no hubiese sido proporcionada en términos claros, sencillos y culturalmente apropiados, lo cual significaría una afectación al derecho a la salud en su elemento de accesibilidad en su dimensión de acceso a la información y aceptabilidad (sólo el pueblo indígena Weenhayek hubiese recibido capacitación en idioma propio aunque el servidor público del Sedes afirmó lo contrario). En el caso de los pueblos indígenas Urus Qot Zoñi, Urus Irohito, Yaminawa, Machineri y Araona, se observa una afectación a su derecho a la salud, en su elemento de accesibilidad, en su dimensión de acceso a la información, ya que la falta de información los ubica en una situación de vulnerabilidad frente al contagio de la COVID-19.

654 Productividad Biosfera Medio Ambiente, es una institución privada de desarrollo social con sede en Santa Cruz de la Sierra.

655 a) Cómo se debe actuar ante un caso sospechoso, b) Detección de un caso sospechoso, c) Notificación al personal de salud, d) Procedimientos de la notificación de casos sospechosos, e) Referencia del caso sospechoso al establecimiento de salud, coordinada con el personal de salud, f) Transporte del caso sospechoso, coordinado con personal de salud cumpliendo las normas de bioseguridad y protocolos de transporte, g) Establecer un formulario de vigilancia comunitaria.

En sentido, se advierte que la falta de capacitación a los representantes de las comunidades para la difusión y vigilancia comunitaria de la COVID-19, tarea que debió ser desarrollada por personal sanitario de los establecimientos de salud del Centro de Salud con Internación San Juan de Dios, Centro de Salud Ambulatorio Jankohaque, Centro de Salud Integral San Buenaventura, Puesto de Salud Integral del municipio de Bolpebra y Puesto de Salud Manurimi, limitó la detección, notificación, referencia y traslado de casos sospechosos.

2.2. Ausencia de políticas públicas para la eliminación de la discriminación, estigmas y estereotipos negativos que puedan surgir sobre los pueblos indígenas en el contexto de pandemia de la COVID-19

El párrafo II del Artículo 14 de la Constitución Política del Estado prohíbe y sanciona toda forma de discriminación basada en el color, origen, cultura, idioma, entre otros; asimismo, los párrafos I y II del Artículo 18 de la misma Constitución establecen que todas las personas tienen derecho a la salud y que el Estado garantiza la inclusión y acceso a la salud de todos, sin exclusión ni discriminación.

El Convenio Número 169 sobre Pueblos Indígenas y Tribales en Países Independientes, en su Artículo 7. 2., señala el deber de los gobiernos en relación con el mejoramiento de las condiciones de vida y de trabajo, y del nivel de salud de los pueblos indígenas; los artículos 24 y 25 señalan las obligaciones de los gobiernos en relación con la seguridad social y la salud, que incluye disponibilidad de servicios de salud para los pueblos indígenas e implementación de servicios en la comunidad.

La Declaración de las Naciones Unidas sobre los Derechos de los Pueblos Indígenas señala, en su Artículo 24 numeral 1, que los pueblos indígenas tienen derecho a sus propias medicinas tradicionales y a mantener sus prácticas de salud, incluida la conservación de sus plantas, animales y minerales de interés vital desde el punto de vista médico. Las personas indígenas también tienen derecho de acceso, sin discriminación alguna, a todos los servicios sociales y de salud, entre otros.

La Ley N° 045 Contra el Racismo y Toda Forma de Discriminación establece, en su Artículo 6. II. 6, que es deber del Estado definir y adoptar una política pública de prevención y lucha contra el racismo y toda forma de discriminación, la cual debe aplicarse en todos los niveles territoriales nacionales, departamentales y municipales, conteniendo acciones como la capacitación a las servidoras y servidores de la administración pública sobre las medidas de prevención, sanción y eliminación del racismo y toda forma de discriminación.

De las entrevistas realizadas a los servidores públicos de los Sedes, se tiene que el personal de los establecimientos de salud que atiende a los pueblos indígenas Yuqui, Ayoreo, Ese Eja y Araona hubieran sido capacitados sobre la eliminación de estigmas y estereotipos negativos que pueden ser atribuidos a los pueblos indígenas durante la pandemia de la COVID-19; sólo en el caso de los establecimientos de salud que atienden a los Yuqui y Araona la capacitación hubiese contemplado el modelo de Salud Familiar Comunitaria Intercultural que tiene como uno de sus objetivos evitar la exclusión social en temas de salud⁶⁵⁶. Sin embargo, en los casos de los Araona, la última capacitación se hubiera realizado el 2015 y en los Ayoreo la capacitación al personal de salud hubiese sido hace tres años abordando su idioma, cultura y cosmovisión; en el caso de los Ese Eja, la capacitación señalada estaba enmarcada en otro ámbito.

Asimismo, el personal de salud de los establecimientos de salud de primer nivel que atienden a los pueblos indígenas Urus Qot Zoñi, Uru Irohito, Yaminawa, Machineri, Weenhayek y Tapiete señalaron que no fueron capacitados en temas relativos a eliminación de estereotipos negativos que pueden ser atribuidos a los pueblos indígenas.

656 La política SAFCI, su estrategia de promoción de la salud y prácticas alimentarias saludables. Ministerio de Salud y Deportes, 2013.

Por otro lado, de las entrevistas realizadas a los servidores públicos de los gobiernos autónomos municipales correspondientes a los 10 pueblos indígenas señalados, se tiene que la mayoría refirió no haber registrado casos de discriminación de parte de servidores públicos municipales. Únicamente, el municipio de Bolpebra reportó una situación que involucra a los pueblos indígenas Yaminawa y Machineri, siendo que las comunidades circundantes a su TCO les hubiesen restringido el ingreso a sus comunidades, ya que los primeros casos de COVID-19 en la región se hubiesen registrado en esa TCO.

Sin embargo, en las entrevistas realizadas a las Autoridades Indígenas de los pueblos Yuqui, Uru Iruhito, Ese Ejja, Yaminawa, Machineri, Weenhayek y Araona, se refirió que consideran haber sido discriminados durante la cuarentena. El caso del Pueblo Yuqui reviste importancia pues ellos señalan que sus tradiciones, costumbres y forma de vida son diferentes, lo que hace que no vean de manera positiva la cuarentena, especialmente el encierro y la falta de contacto con el exterior. De la misma forma, para el caso de los Uru Iruhito la cuarentena no era una medida que se ajustaba a su cultura.

En el caso de los pueblos Ese Ejja, Yaminawa y Machineri, éstos han referido que sufrieron discriminación, principalmente reflejada en la falta de atención médica oportuna ante la presencia de casos COVID-19. En la misma línea, el pueblo indígena Araona manifestó que no son tomados en cuenta en las acciones asumidas por el Estado (el Ministerio de Salud y el Sedes). Por otro lado, sólo los pueblos indígenas Uru Qot Zoñi, Ayoreo y Tapieté refirieron no haber sido discriminados.

Así, se advierte que los establecimientos de salud que atienden a las comunidades de los pueblos indígenas sujetos de la investigación (excepto el personal del Puesto de Salud Bia Recuaté de los Yuqui) no se encuentran debidamente capacitados en la eliminación de estigmas y estereotipos negativos hacia los pueblos indígenas en el contexto de la pandemia.

La generación de estigmas y estereotipos contra personas pertenecientes a naciones y pueblos indígena originario campesinos afecta su derecho a la igualdad y no discriminación, restringiendo el acceso y goce en condiciones igualitarias de otros derechos como la salud, educación, trabajo, entre otros.

En ese marco, se identificaron acciones de discriminación a miembros del pueblo indígena Yuqui con sospecha de COVID-19 por personal sanitario del Hospital de Segundo nivel de Ivirgarzama, por negarles la atención correspondiente, generando así una afectación a su derecho de acceso a la salud y la estigmatización de los pueblos indígenas Yaminawa y Machineri. En ese entendido, una ausencia de políticas públicas del nivel central del Estado, que tome en cuenta la situación de alta vulnerabilidad de los pueblos indígenas, que enfrentan escenarios de desigualdad y exclusión histórica frente a las sociedades mayoritarias, así como, se describió en el punto 2.1 del presente documento, una invisibilización en los datos estadísticos epidemiológicos nacionales y departamentales, principalmente por la omisión en la ficha epidemiológica de la Guía para el Manejo de la COVID-19 en su punto 2; lo cual podría considerarse como atentatorio a su derecho a la igualdad material y no discriminación, así como limitaciones en los enfoques intercultural, diferencial y de pertinencia cultural en las medidas estatales para la prevención, detección y manejo de la COVID-19, señaladas en puntos anteriores.

Por tanto, la institución defensorial advierte una ausencia de políticas públicas específicas, así como la falta del deber de protección del Estado en sus niveles central, departamental y municipal al no asumir la recomendación 39 de la Resolución 1/2020 de la Comisión Interamericana de Derechos Humanos, respecto a la promoción que las autoridades deben dar para la eliminación de estigmas y estereotipos negativos a partir del contexto de la pandemia.

2.3. Falta de documentos de identidad y de inscripción al Sistema Único de Salud

La Declaración Americana sobre los Derechos de los Pueblos Indígenas, en su Artículo XVIII, señala que los pueblos tienen derecho en forma colectiva e individual al disfrute del más alto nivel

posible de salud física, mental y espiritual, tienen derecho a sus propios sistemas y prácticas de salud, así como al uso y la protección de las plantas, animales, minerales de interés vital, y otros recursos naturales de uso medicinal en sus tierras y territorios ancestrales; derecho a utilizar, sin discriminación alguna, todas las instituciones y servicios de salud y atención médica accesibles a la población en general. Los Estados en consulta y coordinación con los pueblos indígenas promoverán sistemas o prácticas interculturales en los servicios médicos y sanitarios, entre otros.

La Ley N° 475 de Prestaciones de Servicios de Salud Integral del Estado Plurinacional de Bolivia, de 2013, establece y regula la atención integral y la protección financiera en salud de la población beneficiaria que no se encuentre cubierta por el Seguro Social Obligatorio de Corto Plazo modificado por la Ley N° 1152, de ampliación del Sistema Único de Salud, Universal y Gratuito.

En ese marco, la Resolución del Ministerio de Salud N° 0132 de 27 de marzo de 2019, que establece el marco normativo para la aplicación de la Ley N° 1152, de ampliación del Sistema Único de Salud, Universal y Gratuito, señala en su Artículo 3. I. y II que para el acceso de la población al Sistema Único de Salud (SUS) las personas beneficiarias deben adscribirse al mismo, y que el ingreso debe ser de preferencia a través de los establecimientos de primer nivel. Asimismo, que el Artículo 5. I. y II, señala que la atención en el SUS se realiza bajo un enfoque intercultural y comprende la medicina tradicional ancestral boliviana.

De las entrevistas realizadas a las autoridades indígenas, se advierte que la falta de documentación hubiese afectado en el acceso al sistema de salud y acceso a bonos del Estado; en el caso de los Ayoreos cinco personas adultas mayores de la comunidad Tobite no cuentan con documento de identidad, razón por la cual no se hubiesen registrado en el SUS y no pueden acceder a éste; este mismo aspecto se refleja en los Ese Ejja Eyoquivo, que refirieron haber tenido problemas durante la cuarentena por documentación; igualmente en los Urus Qot Zoñi, que señalaron la falta de documentos; y los Araonas que indicaron que algunos no tendrían documento de identidad y que en su mayoría no estarían registrados en el SUS, razón por la cual pagan por los medicamentos y servicios sanitarios recibidos.

En ese marco, el derecho a la identidad puede ser conceptualizado, en general, como el conjunto de atributos y características que permiten la individualización de la persona en sociedad y, en tal sentido, comprende varios otros derechos según el sujeto de derechos de que se trate y las circunstancias del caso; asimismo, el Artículo 8 de la Convención sobre los Derechos del Niño establece que el derecho a la identidad comprende, entre otros, el derecho a la nacionalidad, al nombre y a las relaciones de familia, que además habilita al acceso a otros derechos esenciales, como el derecho a la salud, al derecho a la educación y a la protección social del Estado.

El derecho a la identidad se inicia con el nacimiento de una persona, designándole un nombre y un apellido que lo distinguen de otras personas; en el ejercicio de este derecho el Estado tiene la obligación de dar a través del certificado de nacimiento la individualización de la persona, la filiación y nacionalidad; y mediante una Cédula de Identidad la individualización y garantía de identidad en todos los actos jurídicos, públicos y privados que realice.

El inciso e) del Artículo 5 de la Ley N° 145 del Servicio General de Identificación Personal y del Servicio General de Licencias para Conducir establece que es obligación del SEGIP registrar la información necesaria para otorgar la Cédula de Identidad (C.I.), a las bolivianas, los bolivianos y extranjeros naturalizados, cumpliendo parámetros técnicos internacionales.

En ese sentido, en el contexto de la pandemia de la COVID-19, la falta de documentos de identidad como el certificado de nacimiento y Cédula de Identidad que debieran ser proporcionados por el Servicio de Registro Cívico (SERECI) y Servicio General de Identificación Personal y de Licencias para Conducir (SEGIP), se constituyó en una limitación para el acceso al derecho a la salud y a la protección social del Estado principalmente en los pueblos indígenas Ayoreo, Ese Ejja, Araona y Urus Qot Zoñi.

De lo señalado, se advierte que el Ministerio de Salud y Deportes, como órgano rector del Sistema Único de Salud, Universal y Gratuito (SUS) en el contexto de la pandemia, para la adscripción de las personas pertenecientes a naciones y pueblos indígena originario campesinos, no ha previsto una política diferenciada, considerando que por distintos factores éstos no cuentan con certificados de nacimiento y cédulas de identidad, afectándose el derecho a la salud gratuita en su elemento de accesibilidad, conforme al parágrafo I del Artículo 35 de la CPE.

2.4. Derecho al acceso a la información sobre la pandemia en los idiomas propios

El Artículo 30 del Convenio 169 de la OIT refiere como deber de los gobiernos el adoptar medidas acordes a las tradiciones y culturas de los pueblos interesados, a fin de darles a conocer sus derechos y obligaciones especialmente en lo que atañe a las cuestiones de salud, entre otros, y que para tal fin, deberá recurrirse si fuera necesario a traducciones escritas y a la utilización de los medios de comunicación en las lenguas de dichos pueblos.

Respecto al derecho a la salud, el Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (párr. 12), en su Observación General N° 14, refiere que en todas sus formas y todos los niveles abarca los elementos de: a) Disponibilidad⁶⁵⁷, b) Accesibilidad⁶⁵⁸, c) Aceptabilidad⁶⁵⁹, y d) Calidad⁶⁶⁰; donde el elemento de accesibilidad contempla la dimensión de acceso a la información que comprende el derecho de recibir información e ideas acerca de las cuestiones relacionadas con la salud.

El Artículo 37 de la Constitución Política del Estado señala que se priorizará la promoción de la salud y la prevención de las enfermedades; en su Artículo 298 parágrafo II, numeral 17, establece como competencias exclusivas del nivel central del Estado la política de salud; en su Artículo 299 parágrafo II, numeral 2, establece, como competencia concurrente por el nivel central del Estado y las entidades territoriales autónomas la gestión del sistema de salud.

El numeral 1 del Artículo 16 de la Declaración de las Naciones Unidas, sobre los derechos de los pueblos indígenas, establece que los pueblos indígenas tienen derecho a establecer sus propios medios de información en sus propios idiomas y a acceder a todos los demás medios de información no indígenas sin discriminación.

Asimismo, la Constitución Política del Estado, en su parágrafo IV del Artículo 107, señala que el Estado apoyará la creación de medios de comunicación comunitarios en igualdad de condiciones y oportunidades, además en su Artículo 30, parágrafo II, numeral 8, determina que las naciones y pueblos indígena originario campesinos tiene derecho a crear y administrar sistemas, medios y redes de comunicación propios.

El Decreto Supremo 29601, en su Artículo 4, señala que la Promoción de la Salud es la estrategia de implementación de la Política SAFCI, considerado como el proceso político de movilización social, continua, por el cual el equipo de salud se involucra con los actores sociales facilitando su organización y movilización, para responder a la problemática de salud y sus determinantes, entre otros.

657 Cada Estado Parte deberá contar con un número suficiente de establecimientos, bienes y servicios públicos de salud y centros de atención de la salud, así como de programas. La naturaleza precisa de los establecimientos, bienes y servicios dependerá de diversos factores, en particular el nivel de desarrollo del Estado Parte.

658 Los establecimientos, bienes y servicios de salud deben ser accesibles a todos, sin discriminación alguna, dentro de la jurisdicción del Estado Parte. La accesibilidad presenta cuatro dimensiones superpuestas: 1) no discriminación, 2) Accesibilidad física, 3) Accesibilidad económica (asequibilidad), 4) Acceso a la información.

659 Todos los establecimientos, bienes y servicios de salud deberán ser respetuosos de la ética médica y culturalmente apropiados, es decir respetuosos de la cultura de las personas, las minorías, los pueblos y las comunidades, a la par que sensibles a los requisitos del género y el ciclo de vida, y deberán estar concebidos para respetar la confidencialidad y mejorar el estado de salud de las personas de que se trate.

660 Además de aceptables desde el punto de vista cultural, los establecimientos, bienes y servicios de salud deberán ser también apropiados desde el punto de vista científico y médico, y ser de buena calidad. Ello requiere, entre otras cosas, personal médico capacitado, medicamentos y equipo hospitalario científicamente aprobados y en buen estado, agua limpia potable y condiciones sanitarias adecuadas.

El párrafo II del Artículo 5 de la Constitución Política del Estado reconoce como idiomas oficiales en Bolivia, además del castellano, todos los idiomas de las naciones y pueblos indígena originario campesinos; así también, el numeral 9 del párrafo II del Artículo 30 les reconoce como derecho a que sus idiomas sean valorados, respetados y promocionados, entre otros. Además, la Resolución 1/2020 de la CIDH recomienda proporcionar información sobre la pandemia en su idioma tradicional, estableciendo cuando sea posible facilitadores interculturales que permitan la comprensión de las medidas adoptadas por el Estados y los efectos de la pandemia.

De acuerdo con las entrevistas realizadas a los servidores públicos de los municipios y Servicios Departamental de Salud (Sedes), hubiesen facilitado algún tipo de información sobre COVID-19 a los Yuqui, Uru Qot Zoñi, Ese Ejja, Yaminawa y Machineri; que los Urus Irohito, Ayoreo, Weenhayek y Tapieté lo hubiesen recibido sólo del gobierno municipal; y que a los Araona no se les hubiese brindado ningún tipo de información sobre el COVID-19.

No obstante, en contraposición a lo informado en el anterior párrafo, las Autoridades indígenas de los Urus Qot Zoñi, Ayoreo, Ese Ejja, Yaminawa, Machineri y Tapieté señalaron que no recibieron ningún tipo de información sobre la COVID-19 por parte del Estado y la que obtuvieron fue a través de otros medios como redes sociales, internet, radio y televisión.

Por otra parte, de las entrevistas realizadas tanto a servidores públicos de los Sedes y del municipio, se tiene que a los pueblos Yuqui, Uru Qot Zoñi, Uru Irohito, Ayoreo, Ese Ejja, Yaminawa, Machineri y Weenhayek (Villamontes) se les hubiese brindado información sobre COVID-19 en idioma castellano; al pueblo Tapieté (se debe considerar que las autoridades indígenas refirieron no haber recibido información) y Weenhayek (Yacuiba) en su idioma originario; en los Urus Irohito, se hubiese dado información en idioma aimara (ajeno a su cultura) ya que su idioma nativo es considerado casi extinto.

Por otro lado, de las entrevistas se advierte que en el caso del pueblo Yuqui se hubiese brindado información en idioma castellano, ya que la mayoría de sus miembros lo habla y que sólo los “ancianos” hablan Yuqui; afectándoles a las personas adultas mayores su derecho de acceder a la información sobre la COVID-19 en su idioma nativo.

Cabe señalar, que a partir de las entrevistas realizadas a las autoridades indígenas de los pueblos Yuqui, Uru Qot Zoñi, Urus Iruhito, Ese Ejja, Yaminawa y Araona, hubiesen recibido información sobre la COVID-19, principalmente, a través de radio emisoras comunitarias; aunque en el caso de los Yaminawa y Machineri también lo hicieron a través de redes sociales; por lo que es importante que el Estado pueda fortalecer el acceso a medios de comunicación a pueblos indígenas en sus territorios.

De estas situaciones, se advierte que la promoción de la salud respecto a la COVID 19 no involucró la socialización de información en idioma originario, lo cual representa una limitante para los pueblos indígena originarios, vulnerándose el numeral 9 del párrafo II del Artículo 30 de la Constitución Política del Estado, que les reconoce como derecho a que sus idiomas sean valorados, respetados y promocionados en relación al derecho a la salud, específicamente en el acceso a la información, incumpléndose de esa manera la recomendación 54 de la Resolución 01/2020 de la CIDH.

Al respecto, se advierte que la falta de información en idioma propio deriva en un desconocimiento sobre las características del virus COVID- 19, en consecuencia la imposibilidad de conocer, prevenir y difundir la información al interior de sus comunidades; constituyéndose este hecho una obligación del nivel central del Estado, a través del Ministerio de Salud y Deportes, los gobiernos autónomos departamentales de La Paz, Oruro, Cochabamba, Tarija, Pando y Santa Cruz, y los gobiernos autónomos municipales de Ixiamas, San Buenaventura, Poopó, Puerto Villarroel, Villamontes, Bolpebra y Roboré.

2.5. Limitada participación de los pueblos indígenas en los COEN, COED y COEM

El Artículo 4 del Convenio N° 169 de la OIT establece el deber de adoptar medidas especiales para salvaguardar a las personas, trabajo, cultura, el medio ambiente, entre otros, de los pueblos indígenas, dichas medidas no deben ser contrarias a los deseos expresados por los mismos; el inciso c) del Artículo 5, señala que las medidas deberán adoptarse con la participación y cooperación de los pueblos indígenas (concordante con el Artículo 18 de la DNUDPI). Además, el numeral 2 del Artículo 7 del convenio establece que el mejoramiento de las condiciones de salud de los pueblos interesados deberá ser con su participación y cooperación, entre otros.

El numeral 5 y 15 del párrafo II del Artículo 30 de la CPE establece el derecho de que las instituciones de los pueblos indígenas sean parte de la estructura general del Estado, además de ser consultados mediante procedimientos apropiados, y en particular a través de sus instituciones, cada vez que se prevean medidas legislativas o administrativas susceptibles de afectarlos; además, como parte de la población boliviana, conforme el párrafo I del Artículo 241 y numeral 1 del Artículo 242 de la CPE, tienen el derecho a participar en el diseño de políticas públicas y participar en la formulación de políticas del Estado, respectivamente.

La Ley N° 602 de Gestión de Riegos, en su Artículo 4, establece como principio la integralidad, la cual debe desarrollarse a partir de una visión que implica la coordinación y articulación multisectorial, territorial e intercultural; en su Artículo 13, respecto a los Comités de Operaciones de Emergencia Departamentales (COEDs) y Comités de Operaciones de Emergencia Municipal (COEMs), establece que son las instancias conformadas por instituciones públicas, privadas y organizaciones sociales a nivel departamental y municipal respectivamente, vinculadas con la atención de desastres y/o emergencias; asimismo, en su Artículo 23 señala que el nivel central del Estado y las entidades territoriales autónomas, deberán identificar, evaluar, sistematizar, revalorizar y aplicar los saberes y prácticas ancestrales en la gestión de riesgos, conjuntamente con los pueblos indígena originario campesinos, en el marco de la cosmovisión de los mismos y respetando sus estructuras organizativas territoriales naturales.

Asimismo, la Ley N° 602 de Gestión de Riesgos, en su Artículo 9 párrafo IV, establece que el Consejo Nacional para la Reducción de Riesgos y Atención de Desastres y/o Emergencias (CONARADE), podrá convocar a instituciones públicas y privadas, organizaciones sociales y comunitarias, vinculadas con la gestión de riesgos; igualmente, la citada Ley y su reglamento no especifica la participación de organizaciones indígena originario campesinas.

De las entrevistas realizadas a los servidores públicos de los municipios de Chimoré, Puerto Villarroel, Poopó, Jesús de Machaca, Ixiamas, Roboré, San Buenaventura, Bolpebra y Villamontes y Yacuiba, se tiene que todos hubiesen conformado su Comité de Operaciones de Emergencia Municipal (COEM)⁶⁶¹ para enfrentar la COVID-19, sin la participación de organizaciones de pueblos indígenas. En contraste con las entrevistas realizadas a las autoridades indígenas, sólo el pueblo indígena Uru Iruito hubiese participado en el COEM del municipio de Jesús de Machaca.

Los municipios de Chimoré, Puerto Villarroel, Poopó, Roboré, San Buenaventura, Bolpebra y Villamontes no hubiesen desarrollado acciones específicas y efectivas para poder garantizar la participación en sus COEM de los pueblos indígena originarios, a excepción del municipio de Bolpebra que refirió haber realizado una invitación a la OTB de la TCO Yaminawa-Machineri,

661 Instancia político-técnica de coordinación, conducción y decisión interinstitucional que tiene por finalidad llevar acciones de preparación, alerta y respuesta ante la ocurrencia de un evento adverso de manera eficiente y eficaz, contribuyendo a minimizar sus efectos directos e indirectos sobre la vida humana y los bienes materiales. "Son las instancias conformadas por instituciones públicas, privadas y organizaciones sociales a nivel municipal, vinculadas con la atención de desastres y/o emergencias y la recuperación" MINISTERIO DE DEFENSA; "Comité de Operaciones de Emergencia Municipal: Lineamiento para su conformación y funcionamiento", Serie, municipios 2; segunda edición, La Paz 2016; p. 24

aunque las autoridades indígenas señalan que no han coordinado con ellos y Yacuiba que señaló que por la distancia no pudieron participar.

Por otro lado, de las entrevistas a los servidores públicos municipales, respecto a las acciones en favor de los pueblos indígenas por parte de los COEM, se ha realizado la entrega de víveres a las comunidades de los pueblos indígenas Yuqui, Uru Qot Zoñi, Uru Iruito, Ese Ejja, Araona; además, en el caso de los Yuqui se ha fortalecido con personal y medicamentos al puesto de salud; en la comunidad Nohaya de los Yaminawa se hubieran realizado la toma de muestras. Sin embargo, las acciones realizadas por los COEM se han limitado a la realización de acciones paliativas, que no se constituyeron en respuestas efectivas a favor de estos pueblos, aspecto que pudo haberse generado, entre otros aspectos, por la misma falta de participación a nivel COEN, COED y COEM, correspondientes.

En ese marco, se observa que la normativa nacional no prevé expresamente la participación de los pueblos indígenas en el CONARADE, CODERADE y COMURADE; y COEN, COED y COEM; es así que se advierte que los pueblos indígenas sujetos de esta investigación no participan en las instancias ya señaladas, lo cual se refleja en los municipios de Chimoré, Puerto Villarroel, Poopó, Roboré, San Buenaventura, Bolpebra, Ixiamas, Yacuiba y Villamontes, aspecto que refleja el incumplimiento de la recomendación 38 de la Resolución N° 01/2020 de la CIDH y su recomendación adicional 2 para pueblos indígenas.

2.6. Ausencia de medidas de protección social con enfoque diferencial, frente a los efectos socioeconómicos negativos de la COVID-19 y del Estado

El inciso b) del numeral 2 del Artículo 2 del Convenio N° 169 de la OIT establece que el Estado, en su deber de proteger los derechos de los pueblos indígenas y de garantizar el respeto de su integridad, deberá incluir medidas que promuevan la plena efectividad de los derechos sociales, económicos y culturales de esos pueblos, respetando su identidad social y cultural, sus costumbres y tradiciones, y sus instituciones, que ayuden a los miembros de los pueblos interesados a eliminar las diferencias socio-económicas.

El Convenio N° 102 sobre la Seguridad Social de la OIT y las Recomendaciones sobre los Pisos de Protección Social, de la Conferencia General de la Organización Internacional del Trabajo, proporcionan una importante orientación para las políticas de protección social.

Las Recomendación sobre el Empleo y el Trabajo Decente para la Paz y la Resiliencia de la OIT, respecto a la protección social, en su numeral 21, señala que los Estados deberán, tan pronto como sea posible, tratar de garantizar la seguridad básica del ingreso, en particular para las personas que hayan perdido sus puestos de trabajo o medios de vida a causa de la crisis; adoptar, restablecer o ampliar regímenes integrales de seguridad social y otros mecanismos de protección social; y tratar de garantizar el acceso efectivo a una atención de salud esencial y a otros servicios sociales básicos, en particular para los grupos de población y las personas a los que la crisis ha hecho particularmente vulnerables. Asimismo, en su numeral 22 señala que a fin de prevenir las crisis, posibilitar la recuperación y potenciar la resiliencia, los miembros deberían establecer, restablecer o mantener pisos de protección social y procurar cerrar las brechas de cobertura, teniendo en cuenta el convenio sobre la seguridad social (norma mínima), 1952 (núm. 102), la Recomendación sobre los pisos de protección social, 2012 (núm. 202), y otras normas internacionales del trabajo pertinentes.

En ese marco, dadas las situaciones de las poblaciones vulnerables y la pandemia de la COVID-19, los Estados deben adoptar medidas para enfrentar el impacto del coronavirus, entre ellas el establecimiento de medidas de protección social, incluidos pisos de protección social. A ese efecto, la Organización Internacional del Trabajo ha señalado que debe garantizarse el acceso a una atención sanitaria de calidad; movilizar fondos públicos adicionales para aumentar los presupuestos de atención de salud como parte de la respuesta de emergencia; salvaguardarse y ampliarse la cobertura de los mecanismos de protección social de la salud durante y después

de la crisis; y, principalmente, mejorar la seguridad de los ingresos mediante transferencias de efectivo y otras prestaciones, dadas las deficiencias de la protección social en muchos países de ingreso bajo y mediano, donde las personas no están protegidas por los regímenes de seguro social o por programas de asistencia social o universal y de protección social en caso de pérdida de ingresos por enfermedad, desempleo o pérdida de medios de vida⁶⁶².

En ese marco, los servidores públicos de los municipios Chimoré, Puerto Villarroel, Poopó, Jesús de Machaca, Roboré, San Buenaventura, Bolpebra e Ixiamas y las Autoridades indígenas de los pueblos indígenas Yuqui, Uru Qot Zoñi, Uru Iruito, Ayoreo, Ese Ejja, Yaminawa, Machineri y Araona coincidieron en señalar que dichos pueblos presentaron problemas económicos y/o sociales a causa de la cuarentena y otras medidas sanitarias por la COVID-19.

Asimismo, los servidores públicos municipales de Villamontes y Yacuiba afirmaron que los pueblos Weenhayek y Tapieté no presentaron los citados problemas; sin embargo, en contraposición a lo señalado, las autoridades indígenas de estos pueblos señalaron haber tenido problemas económicos y/o sociales durante la cuarentena.

Al respecto se advierte que la pandemia de la COVID-19 y las medidas estatales de confinamiento con restricciones de circulación y desarrollo de actividades, entre otras, tuvieron un impacto directo en los medios de vida de los pueblos indígenas Yuqui, Uru Qot Zoñi, Uru Iruito, Ayoreo, Ese Ejja, Yaminawa, Machineri, Araona, Weenhayek y Tapieté, ya que éstos no pudieron realizar sus actividades habituales, provocando un efecto social y económico negativo; al no poder desarrollar sus actividades económicas con normalidad se vieron impedidos a acceder a mercados para la venta de sus productos y compra de insumos no producidos en sus tierras, existió una drástica reducción del empleo mayoritariamente informal, la imposibilidad de estudiar a distancia, inseguridad alimentaria, entre otros aspectos.

La falta y escasez de alimentos que no producen en sus territorios y la pérdida de trabajo, medios de vida y recursos económicos afectaron a su alimentación adecuada y su derecho a la alimentación adecuada⁶⁶³, en los elementos de disponibilidad⁶⁶⁴ de alimentos en cantidad y calidad suficientes para satisfacer las necesidades alimentarias⁶⁶⁵, y de accesibilidad en su dimensión de accesibilidad económica⁶⁶⁶ y física⁶⁶⁷, obligaciones propias del COEN y el Ministerio de Defensa a

662 Organización Internacional del Trabajo; "Medidas de protección social para responder a la pandemia de COVID19 en los países en desarrollo: Fortalecimiento de la resiliencia mediante el establecimiento de una protección social universal"; mayo de 2020, disponible en: https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---ed_protect/---soc_sec/documents/publication/wcms_747854.pdf

663 Comité del Pacto Internacional de DESC en su Observación General N° 12.

664 Observación General N° 18 del Comité del PIDESC; 12. Por disponibilidad se entienden las posibilidades que tiene el individuo de alimentarse ya sea directamente, explotando la tierra productiva u otras fuentes naturales de alimentos o mediante sistemas de distribución, elaboración y de comercialización que funcionen adecuadamente y que puedan trasladar los alimentos desde el lugar de producción a donde sea necesario según la demanda.

665 Observación General N° 18 del Comité del PIDESC: Por necesidades alimentarias se entiende que el régimen de alimentación en conjunto aporta una combinación de productos nutritivos para el crecimiento físico y mental, el desarrollo y el mantenimiento, y la actividad física que sea suficiente para satisfacer las necesidades fisiológicas humanas en todas las etapas del ciclo vital, y según el sexo y la ocupación. Párrafo 9.

666 Observación General N° 18 del Comité del PIDESC: La accesibilidad económica implica que los costos financieros personales o familiares asociados con la adquisición de los alimentos necesarios para un régimen de alimentación adecuado deben estar a un nivel tal que no se vean amenazados o en peligro la provisión y la satisfacción de otras necesidades básicas. La accesibilidad económica se aplica a cualquier tipo o derecho de adquisición por el que las personas obtienen sus alimentos y es una medida del grado en que es satisfactorio para el disfrute del derecho a la alimentación adecuada. Los grupos socialmente vulnerables como las personas sin tierra y otros segmentos particularmente empobrecidos de la población pueden requerir la atención de programas especiales.

667 Observación General N° 18 del Comité del PIDESC: La accesibilidad física implica que la alimentación adecuada debe ser accesible a todos, incluidos los individuos físicamente vulnerables, tales como los lactantes y los niños pequeños, las personas de edad, los discapacitados físicos, los moribundos y las personas con problemas médicos persistentes, tales como los enfermos mentales. Será necesario prestar especial atención y, a veces, conceder prioridad con respecto a la accesibilidad de los alimentos a las personas que viven en zonas propensas a los desastres y a otros grupos particularmente desfavorecidos. Son especialmente vulnerables muchos grupos de pueblos indígenas cuyo

través del Viceministerio de Defensa Civil, conforme el Artículo 20 del Decreto Supremo N° 2342, de 29 de abril de 2015, que reglamenta la Ley N° 602, de 14 de noviembre de 2014, de Gestión de Riesgos, incluidos los COEDs y COEMs en el ámbito local.

Por otra parte, los servidores públicos de los municipios y las autoridades indígenas de los pueblos indígenas, en cuanto a educación, coincidieron en señalar que los estudiantes no pasaron clases debido a que las y los maestros abandonaron las comunidades; y que no tienen acceso a clases virtuales debido a que las madres y padres de familia no cuentan con los recursos económicos para adquirir medios tecnológicos (celulares y equipos de computación) y acceder servicios de internet; asimismo, desconocen del manejo de plataformas virtuales. En ese sentido, se puede establecer que el entonces Ministerio de Educación, como parte del Estado, no estableció políticas educativas en el contexto de la pandemia que ayuden a superar las dificultades de los pueblos indígenas; aspecto que se constituye en la afectación del derecho a la educación⁶⁶⁸ de los pueblos indígenas en su elemento de accesibilidad, en su dimensión de no discriminación, accesibilidad material (tecnología) y accesibilidad económica.

Por otro lado, de las entrevistas realizadas a las autoridades indígenas, se tiene que los pueblos indígenas sujetos de la investigación hubiesen sido beneficiarios de la entrega de bonos⁶⁶⁹ del gobierno central, emitidos a través los Decretos Supremos 4197, 4199, 4200, 4205, 4210 y 4215; sin embargo, éstos no hubieran sido suficientes para superar sus problemas, ya que señalaron haber tenido dificultades en el cobro, ya que tuvieron que salir de sus comunidades, realizar filas extensas y dormir en los bancos, tuvieron que atravesar problemas de transporte, falta de información y algunos no hubieran recibido el bono por falta o problemas de documentación personal; asimismo, que el hecho de haber salido de sus comunidades para cobrar los bonos, hubiera sido identificado por autoridades indígenas como causal de contagio de la COVID-19.

Igualmente, las autoridades indígenas de los pueblos indígenas citados (excepto Ese Eja) relataron que, pese haber sido beneficiarios de la entrega de bonos y canastas familiares, no lograron solucionar sus problemas, ya que los recursos económicos recibidos hubieran sido insuficientes, ya que sólo les alcanzó para comprar algunos elementos básicos a un precio mayor de lo normal y las canastas familiares recibidas por algunas familias se hubiesen terminado al poco tiempo.

Al respecto, se advierte que las medidas y políticas respecto a la protección social implementadas durante la cuarentena, no hubieran sido suficientes ni tuvieron el enfoque de interculturalidad y diferencial, ya que no se adoptaron medidas especiales y diferenciadas al resto de la población urbana, aspecto que afectó el derecho a la alimentación sana, adecuada y suficiente de las naciones y pueblos indígenas en situación de alta vulnerabilidad citados en la presente investigación establecida en el Artículo 16 de la CPE, en consecuencia no se hubiese cumplido a cabalidad la recomendación adicional tercera, de la Resolución Nro. 1/2020 de la CIDH.

acceso a las tierras ancestrales puede verse amenazado.

- 668 Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (DESC) de las Naciones Unidas, dentro las Observaciones Generales 13, del 21 Período de Sesiones de 1999¹⁶⁷, ha establecido que el derecho a la educación se garantiza a través de la: **a) Disponibilidad; b) Accesibilidad**, que consta de tres dimensiones que coinciden parcialmente: iii) No discriminación, iii) Accesibilidad material, iii) Accesibilidad económica; **c) Aceptabilidad; y d) Adaptabilidad**
- 669 **i) canasta familiar** de Bs 400 para beneficiarios de la renta dignidad, bono Juana Azurduy y personas con discapacidad; **ii) familia** de Bs 500, a los estudiantes del nivel de Educación Primaria Comunitaria Vocacional de las Unidades Educativas Fiscales, del nivel de Educación Secundaria Comunitaria Productiva de las Unidades Educativas Fiscales y de Convenio del Subsistema de Educación Regular, a los estudiantes con discapacidad que se forman en Centros de Educación Especial Públicos, bajo Modalidad Directa, del Subsistema de Educación Alternativa y Especial, además ampliar el alcance del "Bono Familia" a los estudiantes de Unidades Educativas Fiscales y de Convenio del Área de Personas Jóvenes y Adultas y de Unidades Educativas Privadas; y **iii) universal** de Bs 500, a todos los bolivianos desde los 18 años cumplidos hasta los menores de 60 años.

2.7. Ausencia de limitaciones para la realización de actividades extractivas de recursos renovables en o alrededor de territorios de los pueblos indígenas

El numeral 5 del Artículo 9 de la Constitución Política del Estado establece como uno de los fines del Estado garantizar el acceso de las personas a la salud; asimismo, el Artículo 31 de la Constitución Política del Estado establece que las naciones y pueblos indígena originarios en peligro de extinción, entre otros, serán protegidos y respetados en sus formas de vida individual y colectiva.

Asimismo, la Ley N° 450 de Protección a Naciones y Pueblos Indígena Originarios en Situación de Alta Vulnerabilidad establece mecanismos y políticas sectoriales e intersectoriales de prevención, protección y fortalecimiento, para salvaguardar los sistemas y formas de vida individual y colectiva de las naciones y pueblos indígena originarios en situación de alta vulnerabilidad, cuya sobrevivencia física y cultural esté extremadamente amenazada; esta Ley identifica como una de las situaciones de alta vulnerabilidad el peligro de extinción.

En el marco de la COVID 19, el Estado ha implantado medidas sanitarias de aislamiento social y de restricción de locomoción terrestre y aérea; aunque las mismas han establecido excepciones para actividades esenciales, como la atención de emergencias, la prestación de servicios de salud o la comercialización y abastecimiento de bienes de primera necesidad.

Sin embargo, por disposición del Decreto Supremo N° 4199 de 21 de marzo de 2020 se han exceptuado las actividades de producción y abastecimiento de hidrocarburos por considerarlas esenciales; además por Resolución Multi-Ministerial N° 01/2020, de 30 de abril de 2020, se ha condicionado el reinicio de las actividades mineras a la presentación de un protocolo de bioseguridad y solicitar las autorizaciones correspondientes para el transporte de minerales y metales, conforme norma ante las autoridades competentes.

Las actividades extractivas en hidrocarburos y minería incrementan la vulnerabilidad de los pueblos indígenas, así como los riesgos y amenazas que enfrentan respecto a la COVID 19, debido a que sus operaciones se efectúan en sus territorios, por lo que el ingreso y salida de trabajadores limita la efectividad de las acciones de protección adoptadas.

De las entrevistas realizadas a las Autoridades indígenas y servidores públicos municipales, se identificó que en o alrededor de los territorios de los pueblos indígenas Uru Qot Zoñi y Ayoreo se tendrían proyectos extractivos. En el primer caso, se traduce en la extracción de minería en las entidades mineras, cooperativas y empresas, que en contraste con lo afirmado con la autoridad indígena no existiría ninguna amenaza. En el segundo caso, el servidor público del municipio entrevistado y la autoridad indígena señalaron la existencia en la comunidad Tobité un proyecto de núcleo ganadero que contempla el desmonte, siembra, alambrado y dotación de vacas; el primero, refirió que dicho proyecto se paralizó debido a la cuarentena de la COVID-19 y el segundo (la autoridad indígena) consideró que existe amenaza de contagio de la COVID-19 por la continuidad del proyecto, debido a la presencia de personas ajenas a la comunidad (técnicos u otras personas que vengan de Roboré y Santa Cruz).

En ese marco, dado que el proyecto ganadero contempla la realización de desmonte y la presencia de personas ajenas a la comunidad, de manera provisional se advierte un posible riesgo de contagio para los miembros del pueblo indígena Ayoreo (comunidad Tobité); no obstante, que los elementos colectados no permiten afirmar una posible vulneración o afectación de derechos por presencia de proyectos extractivos.

Tomado en cuenta que para la realización de las actividades mineras e hidrocarburíferas se ha condicionado su concreción mediante la adopción de protocolos de bioseguridad; pero que en territorios indígenas también pueden desarrollarse otras actividades extractivas de recursos renovables como la caza, pesca y tala de madera, se advierte la necesidad de regulación específica desde el Estado en todos sus niveles, para la adopción de medidas sanitarias por parte de terceros en territorios indígenas.

2.8. Ausencia de medidas para la prevención y protección de pueblos indígenas en situación aislamiento y no contacto

El Artículo 31 de la Constitución Política del Estado establece que las naciones y pueblos indígena originarios en peligro de extinción, en situación de aislamiento voluntario y no contactados, serán protegidos y respetados en sus formas de vida individual y colectiva; asimismo, las naciones y pueblos indígenas en aislamiento y no contactados gozan del derecho a mantenerse en esa condición, a la delimitación y consolidación legal del territorio que ocupan y habitan.

Asimismo, la Ley N° 450 de Protección a Naciones y Pueblos Indígena Originarios en Situación de Alta Vulnerabilidad establece mecanismos y políticas sectoriales e intersectoriales de prevención, protección y fortalecimiento, para salvaguardar los sistemas y formas de vida individual y colectiva de las naciones y pueblos indígena originarios en situación de alta vulnerabilidad, cuya sobrevivencia física y cultural esté extremadamente amenazada; esta Ley en el parágrafo II del Artículo 2 identifica como situaciones de alta vulnerabilidad el aislamiento y no contactados.

Ley N° 450 también establece que en el ámbito de la salud debe efectuarse la delimitación de las zonas de influencia sanitaria; establecer cordones de protección sanitaria para precautelar la salud y evitar el contagio de comunidades colindantes; monitorear y dar seguimiento periódico a vectores endémicos en poblaciones colindantes, y formular un plan de contingencia ante situaciones excepcionales, que conlleve amenaza inminente de mortalidad en masa.

Igualmente, la Ley N° 450 en el parágrafo III del Artículo 2 señala que el no contacto de una nación o pueblo indígena originario o segmento de éste no deberá ser considerado en ningún caso como prueba de su inexistencia.

De las entrevistas realizadas a las autoridades indígenas, se pudo corroborar una posible existencia de pueblos indígenas en situación de aislamiento y no contacto de segmentos de los pueblos indígenas Yuqui, Ayoreo y Araona; sin embargo, en el caso de los Ayoreo y Araona los servidores públicos del Sedes y municipal refirieron no tener registros de estos segmentos, pese a la existencia de indicios y estudios que afirman la existencia de un segmento Ayoreo en aislamiento⁶⁷⁰ y un segmento Araona igual en aislamiento voluntario⁶⁷¹, razón por la cual no se hubiese realizado ninguna acción destinada a la protección de este pueblo.

En ese marco, considerando que los pueblos indígenas en situación aislamiento y no contacto gozan de una protección reforzada de parte del Estado, se advierte que deben implementarse desde todos los niveles de gobierno acciones urgentes que garanticen los derechos a la salud, vida e integridad personal, y el respeto y la garantía del derecho a la autodeterminación⁶⁷², más aún durante el contexto de emergencia sanitaria por la COVID-19.

Asimismo, se observa que la falta de una reglamentación de la Ley N° 450, por parte del Ministerio de Justicia y Transparencia Institucional, impide que la Dirección General de Protección a Naciones y Pueblos Indígena Originarios (DIGEPIO), conforme a sus atribuciones, pueda realizar los procedimientos técnicos para la identificación de los titulares de derechos; formular y ejecutar, de manera coordinada con las entidades territoriales autónomas, en el marco de sus competencias, y con organizaciones de las naciones y pueblos indígena originarios, planes,

670 Díez Astete Álvaro. "Compendio de etnias indígenas y ecorregiones Amazonía, Oriente y Chaco". CESA-Plural, 2011. Página 406.

671 Díez Astete Álvaro. "Compendio de etnias indígenas y ecorregiones Amazonía, Oriente y Chaco". CESA-Plural, 2011. Página 200.

672 Conforme señalan las Directrices de Protección para los Pueblos Indígenas en Aislamiento y en Contacto Inicial de la Región Amazónica, el Gran Chaco y la Región Oriental de Paraguay, para los pueblos Indígenas en aislamiento la garantía del derecho a la autodeterminación se traduce en el respeto a su decisión de mantenerse en aislamiento, sin que esto haga presuponer que la situación de estos pueblos no pueda evolucionar en lo que se refiere a su deseo o necesidad de establecer contacto en el tiempo.

programas, proyectos y estrategias de prevención y protección para salvaguardar los sistemas de vida; aspecto que devela una omisión que afecta los derechos a la vida, salud, cultura, entre otros, de los pueblos indígenas en situación aislamiento y no contacto Yuqui, Ayoreo y Araona, poniendo en riesgo su existencia física y cultural frente a la amenaza de la COVID-19.

III CONCLUSIONES

De acuerdo con los hechos expuestos, el marco normativo nacional e internacional y jurisprudencial de la presente investigación, la Defensoría del Pueblo concluye lo siguiente:

Los Yuqui, Uru (Qot Zoñi y Iruito), Ese Ejja, Araona, Ayoreo, Yaminawa, Machineri, Tapieté y Weenhayek son pueblos indígenas en situación de alta vulnerabilidad y que en el contexto de la pandemia de la COVID-19 requieren de una especial protección, es así que, la ausencia de medidas especiales y diferenciadas del Estado que protejan y garanticen el goce efectivo de sus derechos, los pone en riesgo de extinción física y cultural.

La falta de inclusión de elementos de enfoque de interculturalidad, diferenciado y de pertinencia cultural como el idioma nativo, cosmovisión, medicina tradicional ancestral para la prevención y manejo de la COVID-19 en la "Guía para el Manejo de la COVID-19", elaborada y aprobada por el Ministerio de Salud, se constituye en una vulneración al derecho a la salud de los pueblos indígenas en su elemento de aceptabilidad, por no adaptarse a la realidad plurinacional y no ser culturalmente pertinentes.

La no inclusión en la Ficha de Notificación Epidemiológica del Ministerio de Salud de un apartado para la identificación cultural de los pacientes con sospecha o con la COVID-19 vulnera el derecho a la autoidentificación de las naciones y pueblos indígena originario campesinos, imposibilitando la generación de información estadística desagregada sobre contagios, tasas de mortalidad y del riesgo de infección en las naciones pueblos indígena originario campesinos.

Si bien el "Protocolo para el Abordaje de Covid-19 en Pueblos Indígena Originario Campesinos y Afrobolivianos", elaborado y aprobado por el Ministerio de Salud, se constituyó en una medida afirmativa en el contexto de la pandemia de la COVID-19, éste no resultó oportuno ya que fue aprobado cuatro meses después del inicio de la pandemia en territorio boliviano, no ha sido difundido plenamente y principalmente cuenta con limitaciones para la aplicación efectiva de los enfoques de interculturalidad, diferencial y pertinencia cultural, por ser enunciativa y no contener medidas para incorporar la medicina tradicional.

La falta de articulación de los establecimientos de salud con las comunidades indígenas de la investigación, por parte de los Servicios Departamentales de Salud de los gobiernos autónomos departamentales de La Paz, Oruro, Cochabamba, Tarija, Pando y Santa Cruz, dificultó e impidió que pacientes indígenas con síntomas o con la enfermedad de la COVID-19, puedan acceder a establecimientos de salud con mayor capacidad, equipamiento e insumos médicos.

Los establecimientos de salud de primer nivel verificados no cumplen con parámetros mínimos establecidos en normativa nacional vigente, respecto a infraestructura, equipamiento, personal sanitario, equipo de protección del personal sanitario, equipamiento para la detección y manejo de la COVID-19 y traslado de pacientes sospechosos; aspecto que es responsabilidad y competencia del Ministerio de Salud y Deportes, gobiernos autónomos departamentales de La Paz, Oruro, Cochabamba, Tarija, Pando y Santa Cruz, y los gobiernos autónomos municipales de Ixiamas, San Buenaventura, Jesús de Machaca, Poopó, Puerto Villarroel, Yacuiba, Villamontes y Roboré.

Los establecimientos de salud de tipo Puesto de Salud padecen de las mayores carencias; aspectos que se constituyen en una afectación del derecho a la salud, en los elementos de disponibilidad y accesibilidad, en su dimensión de no discriminación, hacia los pueblos indígenas investigados.

La inexistencia de una planificación de vigilancia comunitaria contra la COVID-19, articulada entre los establecimientos de salud y las comunidades indígenas investigadas, tarea que debiera ser asumida por las Redes de Salud de los Servicios Departamentales de Salud de los gobiernos autonómicos departamentales de La Paz, Oruro, Cochabamba, Tarija, Pando y Santa Cruz, se constituye una afectación al derecho a la salud de los pueblos indígenas Yuqui, Uru (Qot Zoñi y Iruito), Ese Ejja, Araona, Ayoreo, Yaminawa, Machineri, Tapieté y Weenhayek.

La falta de capacitación e información culturalmente adecuadas, escaso apoyo y en algunos casos abandono total por parte del Estado (en sus diferentes niveles) hacia los pueblos indígenas investigados, en especial el Araona, se constituyen en limitaciones en la prevención, detección y manejo de pacientes indígenas con COVID-19, lo que les dificulta el acceso a la salud y los ubica en una condición de vulnerabilidad frente a la pandemia.

El personal sanitario de los establecimientos de salud dependientes de los Servicios Departamentales de Salud de los gobiernos autonómicos departamentales de La Paz, Oruro, Tarija, Pando y Santa Cruz, que atienden a las comunidades de los pueblos indígenas sujetos de la investigación (excepto el Puesto de Salud Bia Recuaté - Yuqui), no se encuentran debidamente capacitados en la eliminación de la discriminación, estigmas y estereotipos negativos que pueda surgir hacia los pueblos indígenas en el contexto de la pandemia afectando su derecho a la igualdad y no discriminación.

En el contexto de la pandemia de la COVID-19 y las medidas de confinamiento, la falta de documentos de identidad, como el certificado de nacimiento y cédula de identidad que debieran ser proporcionados por el Servicio de Registro Cívico (SERECI) y Servicio General de Identificación Personal y de Licencias para Conducir (SEGIP), se constituyó en una limitación para el acceso al derecho a la salud y a la protección social del Estado, principalmente en los pueblos indígenas Ayoreo, Ese Ejja, Araona y Uru Zoñi.

La implementación de cuarentenas y restricciones de circulación en el contexto de la pandemia de la COVID-19, definidas por el gobierno central y los Comités de Operaciones de Emergencia Departamental y Municipal, evidenciaron la amplia brecha existente entre campo y ciudad respecto al acceso a medios de comunicación, cobertura y de acceso a tecnologías, aspectos que repercutieron en la limitada información sobre la COVID-19 recibida por los pueblos indígenas, afectándoles su derecho a la salud en su elemento de accesibilidad y dimensión de acceso a la información.

La normativa nacional no prevé expresamente la participación de los pueblos indígenas en el CONARADE, CODERADE y COMURADE ni COEN, COED y COEM; por lo que se advierte que los pueblos indígenas sujetos de esta investigación en su mayoría no participan en las instancias ya señaladas, lo cual se refleja en los COEM de los municipios de Chimoré, Puerto Villarroel, Poopó, Roboré, San Buenaventura, Bolpebra, Ixiamas, Yacuiba y Villamontes.

La falta de representación de los pueblos indígenas en los Comités de Operaciones de Emergencia Nacional, Departamental y Municipal de Ixiamas, San Buenaventura, Poopó, Chimoré, Puerto Villarroel, Villamontes, Bolpebra, Yacuiba y Roboré, vulneraron el derecho a la participación y su libre determinación de los pueblos indígenas, derivando en la adopción de medidas contrarias a los deseos expresados por los mismos, sin un enfoque de interculturalidad, diferencial y pertinencia cultural, afectando en mayor medida a los pueblos indígenas objeto de la presente investigación.

Las medidas y políticas sociales implementadas por los diferentes niveles de gobierno como los Ministerios de Defensa, Salud y Deportes, y Gobierno; además del Comité de Operaciones de Emergencia Nacional, gobiernos autónomos departamentales de La Paz, Oruro, Cochabamba, Tarija, Pando y Santa Cruz, y los gobiernos autónomos municipales de Ixiamas, San Buenaventura, Jesús de Machaca, Poopó, Puerto Villarroel, Chimoré, Yacuiba, Villamontes y Roboré, durante la cuarentena, fueron insuficientes y no tuvieron el enfoque de interculturalidad y diferencial, ya

que no se adoptaron medidas especiales y diferenciadas al resto de la población no indígena originaria.

De las entrevistas realizadas a las autoridades indígenas se pudo establecer una posible existencia de pueblos indígenas en situación de aislamiento y no contacto de segmentos de los pueblos indígenas Yuqui, Ayoreo y Araona, aspecto que denota la urgencia de la adopción de medidas de prevención y protección en el ámbito de la salud, dirigidas a estos pueblos indígenas.

La falta de implementación y puesta en marcha de la Dirección General de Protección a Naciones y Pueblos Indígena Originarios (DIGEPIO), por ausencia de Decreto Supremo Reglamentario a la Ley N° 450, que debiera ser aprobado por la o el Presidente del Estado y elaborado por el Ministerio de Justicia y Transparencia Institucional, impiden realizar procedimientos técnicos para la identificación de los titulares de esta Ley, así como elaborar e implementar planes, programas, proyectos y estrategias de prevención, protección y fortalecimiento para salvaguardar los sistemas de vida de los pueblos indígenas en aislamiento Yuqui, Ayoreo y Araona, exponiendo en riesgo su existencia física y cultural, frente a la amenaza de la COVID-19.

El Estado, en los niveles central, departamental y municipal no asumió las recomendaciones de la Resolución N° 1/2020 y recomendaciones adicionales sobre pueblos indígenas de la Comisión Interamericana de Derechos Humanos (CIDH), aspecto que tiene como consecuencia la afectación de varios derechos como la salud, integridad física, alimentación, educación, trabajo, igualdad, no discriminación, entre otros.

IV. DETERMINACIONES DEFENSORIALES

La Defensora del Pueblo del Estado Plurinacional de Bolivia, en el marco del Artículo 218 y en uso de las atribuciones conferidas por los Numerales 3, 4 y 5 del Artículo 222 y 223 de la Constitución Política del Estado, concordantes con los Artículos 24 y 25 de la Ley N° 870 de 13 de diciembre de 2016, del Defensor del Pueblo, determina:

RECOMENDAR

AL MINISTERIO DE SALUD Y DEPORTES

En el marco del numeral 17 del párrafo II del Artículo 298 de la Constitución Política del Estado, numeral 1 y 4 del párrafo I del Artículo 81 de la Ley N° 031 Marco de Autonomías y Descentralización, inciso e) y f) del Artículo 90 del Decreto Supremo N° 29894 de Organización del Órgano Ejecutivo, modificado por Decreto Supremo N° 4393, 13 de noviembre de 2020:

- Incorporar en la Guía para el Manejo de la COVID-19, los enfoques de interculturalidad, diferencial y pertinencia cultural, así como elementos de la medicina tradicional ancestral.
- Incorporar en la Ficha de Notificación Epidemiológica de la Guía para el Manejo del COVID-19 un acápite que permita la autoidentificación cultural.
- Modificar el Protocolo para el Abordaje de Covid-19 en Pueblos Indígena Originario Campesinos y Afrobolivianos, incorporando acciones y/o medidas que establezcan una atención integral en salud con enfoque intercultural y medidas que incorporen a la medicina tradicional y la medicina académica, con participación de representantes de las naciones y pueblos indígena originario campesinos, especialistas en medicina tradicional ancestral y profesionales médicos con conocimientos en el modelo de Salud Familiar Comunitaria Intercultural (SAFCI).
- En el marco del modelo de Salud Familiar Comunitaria Intercultural (SAFCI), establecer mecanismos de articulación entre el personal de salud y médicos tradicionales de las Naciones y Pueblos Indígena Originario Campesino, en base a sus organizaciones en la gestión participativa y control social y la atención integral intercultural de la salud.

- Establecer una política pública de fortalecimiento de los establecimientos de salud de primer nivel que mejore las condiciones de los establecimientos cuyo alcance es de pueblos indígenas.
- Modificar la norma nacional de caracterización de establecimientos de salud de primer nivel, considerando la incorporación como parámetro mínimo en personal sanitario profesional, un médico general con formación y conocimientos del modelo de Salud Familiar Comunitaria Intercultural y medicina tradicional.

AL MINISTERIO DE DEFENSA Y CONSEJO NACIONAL DE REDUCCIÓN DE RIESGOS Y ATENCIÓN DE DESASTRES Y/O EMERGENCIA (CONARADE)

En el marco del numeral 1 del párrafo I del Artículo 100 de la Ley N° 031 Marco de Autonomías y Descentralización; inciso a) del párrafo I del Artículo 9, incisos a) y b) del Artículo 10, párrafo I del Artículo 11 de la Ley N° 602 de Gestión de Riesgos:

- Implementar medidas para garantizar la participación y representación de autoridades de las naciones y pueblos indígena originario campesinos en el CONARADE, CODERADE, COMURADE, COEN, COED y COEM.

AL MINISTERIO DE LA PRESIDENCIA Y VICEMINISTERIO DE COMUNICACIÓN

En el marco del numeral 1 del párrafo II del Artículo 7 de la Ley N° 164, de 8 de agosto de 2011, Ley General de Telecomunicaciones, Tecnologías de Información y Comunicación; numerales oo) y rr) del Artículo 22 e inciso d) y j) del Artículo 24 ter del Decreto Supremo N° 29894, de 7 de febrero de 2009, Organización del Órgano Ejecutivo, modificado por los Decretos Supremos N° 3058, de 22 de enero de 2017, N° 3070, de 1 de febrero de 2017 y N° 4257, de 4 de junio de 2020:

- Apoyar y fortalecer la cobertura las radios comunitarias en los territorios de los pueblos indígenas en situación de alta vulnerabilidad.
- Desarrollar una estrategia de prevención dirigida a naciones y pueblos indígena originario campesinos, que incluya todos los medios de comunicación y con alcance nacional en territorios indígenas.

AL MINISTERIO DE ECONOMÍA Y FINANZAS PÚBLICAS

En el marco del Artículo 62 de la Constitución Política del Estado e inciso b) del Artículo 5 del Decreto Supremo N° 29894, de 7 de febrero de 2009, Organización del Órgano Ejecutivo:

- Elaborar e implementar un plan o protocolo diferenciado para la entrega de bonos en territorios indígena originario campesinos, considerando su extrema vulnerabilidad, riesgo, cultura, ubicación geográfica distante, entre otros aspectos propios de los pueblos indígenas.

AL MINISTERIO DE JUSTICIA Y TRANSPARENCIA INSTITUCIONAL

En el marco del párrafo I del Artículo 31 de la Constitución Política del Estado; Disposición Final Única de la Ley N° 450, de Protección a Naciones y Pueblos Indígena Originarios en Situación de Alta Vulnerabilidad; e inciso g) del Artículo 80 e inciso c) y e) del Artículo 82 del Decreto Supremo 29894 de Organización del Órgano Ejecutivo:

- Reglamentar e implementar la Ley N° 450, de 4 de diciembre de 2013 de Protección a Naciones y Pueblos Indígena Originarios en situación de Alta Vulnerabilidad.

AL MINISTERIO DE OBRAS PÚBLICAS, SERVICIOS Y VIVIENDA, Y LA EMPRESA NACIONAL DE TELECOMUNICACIONES – ENTEL S.A.

En el marco del Artículo 20 y numeral 2 del párrafo II del Artículo 298 de la Constitución Política del Estado, e inciso c) del Artículo 70 del Decreto Supremo N° 29894 de Organización del Órgano Ejecutivo:

- Garantizar el acceso a la comunicación con la ampliación de la cobertura telefónica celular e internet al territorio indígena Araona del municipio de Ixiamas del departamento de La Paz, con participación de las autoridades de este pueblo.

AL MINISTERIO DE SALUD Y DEPORTES Y MINISTERIO DE LA PRESIDENCIA

En el marco del inciso mm) y oo) del Artículo 22 e inciso f) del Artículo 90 del Decreto Supremo N° 29894 de Organización del Órgano Ejecutivo, modificado por Decretos Supremos N° 4257 de 4 de junio de 2020 y 4393, 13 de noviembre de 2020:

- Desarrollar una política pública para el acceso a la información sobre la COVID-19 u otras enfermedades endémicas o pandémicas que puedan poner en riesgo a pueblos indígenas originarios en situación de alta vulnerabilidad, que considere particularidades y participación de los pueblos indígenas que no cuentan con acceso a señal de televisión, internet, radio, telefonía celular u otros medios tecnológicos; asimismo, tome en cuenta su idioma y cultura.
- Proporcionar información sobre la pandemia en idioma materno, culturalmente apropiado y en medios de comunicación accesibles a las comunidades del pueblo indígena Yuqui.

AL MINISTERIO DE CULTURAS, DESCOLONIZACIÓN Y DESPATRIARCALIZACIÓN, VICEMINISTERIO DE DESCOLONIZACIÓN Y DESPATRIARCALIZACIÓN Y MINISTERIO DE SALUD Y DEPORTES

En el marco del inciso b) y u) del Artículo 90, inciso o) del Artículo 115, e inciso a del Artículo 116 del Decreto Supremo N° 29894 de Organización del Órgano Ejecutivo:

- Elaborar de manera conjunta una política pública para la eliminación de la discriminación, estigmatización o estereotipos en la atención en salud de las naciones y pueblos indígenas originarios, enfocada en el modelo de Salud Familiar Comunitaria Intercultural.

AL MINISTERIO DE SALUD Y SERVICIOS DEPARTAMENTALES DE SALUD DE LOS GOBIERNOS AUTÓNOMOS DEPARTAMENTALES DE LA PAZ, ORURO, COCHABAMBA, TARIJA, PANDO Y SANTA CRUZ

En el marco del numeral 5 del Artículo 9, Artículo 18, numeral 13 del párrafo II del Artículo 30; Artículos 35, 37 y 42, 66; y numeral 2 del párrafo II del Artículo 299 de la Constitución Política del Estado; numeral 9 del párrafo I, numeral 1 y 2 del párrafo III del Artículo 81 de la Ley N° 031 Marco de Autonomías y Descentralización; Artículos 7 y 11 de la Ley N° 450 de Protección a Naciones y Pueblos Indígena Originarios en Situación de Alta Vulnerabilidad, párrafo I del Artículo 6 y párrafo I y IV del Artículo 7 de la Ley N° 475 de Prestaciones de Servicios de Salud Integral del Estado Plurinacional de Bolivia, modificado por la Ley N° 1069; Artículos 4, 5, 6, 14 y 15 del Decreto Supremo N° 29601 Modelo de atención y de Gestión en Salud en el marco de la Salud Familiar Comunitaria Intercultural – SAFCI:

- Incluir dentro de las políticas públicas de prevención, detección y manejo contra la COVID-19 y otras enfermedades endémicas o pandémicas, medidas prioritarias para personas adultas mayores, dada su situación de riesgo ante enfermedades, evitando su discriminación en la implementación de políticas de capacitación e información en los pueblos indígenas.

AL MINISTERIO DE SALUD Y SERVICIOS DEPARTAMENTALES DE SALUD DE LOS GOBIERNO DEPARTAMENTALES DE LA PAZ, ORURO, COCHABAMBA, TARIJA, PANDO Y SANTA CRUZ, Y GOBIERNOS AUTÓNOMOS MUNICIPALES DE IXIAMAS, SAN BUENAVENTURA, JESÚS DE MACHACA, POOPÓ, PUERTO VILLARROEL, CHIMORÉ, YACUIBA, VILLAMONTES, BOLPEBRA Y ROBORÉ

En el marco del numeral 5 del Artículo 9, Artículo 18, numeral 13 del párrafo II del Artículo 30; Artículos 35, 37 y 42, 66; y numeral 2 del párrafo II del Artículo 299 de la Constitución Política del Estado; numeral 9 del párrafo I, numeral 1 y 2 del párrafo III del Artículo 81 de la Ley N° 031 Marco de Autonomías y Descentralización; Artículos 7 y 11 de la Ley N° 450 de Protección a Naciones y Pueblos Indígena Originarios en Situación de Alta Vulnerabilidad, párrafo I del Artículo 6 y párrafo I y IV del Artículo 7 de la Ley N° 475 de Prestaciones de Servicios de Salud Integral del Estado Plurinacional de Bolivia, modificado por la Ley N° 1069; Artículos 4, 5, 6, 14 y 15 del Decreto Supremo N° 29601 Modelo de atención y de Gestión en Salud en el marco de la Salud Familiar Comunitaria Intercultural – SAFCI:

- Fortalecer con equipamiento (incluida camas, Unidades de Terapia Intensiva, entre otros necesarios), insumos y personal médico (académico y tradicional ancestral) a establecimientos de salud de primer y segundo nivel con alcance a pueblos indígenas, para aumentar la capacidad de atención para pacientes sospechosos o positivos de COVID-19.

AL MINISTERIO DE SALUD Y GOBIERNOS AUTÓNOMOS MUNICIPALES DE IXIAMAS, SAN BUENAVENTURA, JESÚS DE MACHACA, POOPÓ, PUERTO VILLARROEL, CHIMORÉ, YACUIBA, VILLAMONTES, BOLPEBRA Y ROBORÉ

En el marco del numeral 5 del Artículo 9, Artículo 18, numeral 13 del párrafo II del Artículo 30; Artículos 35, 37 y 42, 66; y numeral 2 del párrafo II del Artículo 299 de la Constitución Política del Estado; numeral 2 del párrafo III del Artículo 81 de la Ley N° 031 Marco de Autonomías y Descentralización; Artículos 7 y 11 de la Ley N° 450 de Protección a Naciones y Pueblos Indígena Originarios en Situación de Alta Vulnerabilidad, párrafo I del Artículo 6 y párrafo I y IV del Artículo 7 de la Ley N° 475 de Prestaciones de Servicios de Salud Integral del Estado Plurinacional de Bolivia, modificado por la Ley N° 1069; Artículos 4, 5, 6, 14 y 15 del Decreto Supremo N° 29601 Modelo de atención y de Gestión en Salud en el marco de la Salud Familiar Comunitaria Intercultural – SAFCI:

- Equipar los establecimientos de salud de primer nivel con equipos adecuados para la detección, toma de muestras y manejo de pacientes indígenas con síntomas o con COVID-19.

A LOS GOBIERNOS AUTÓNOMOS DEPARTAMENTALES Y SERVICIOS DEPARTAMENTALES DE SALUD DE LA PAZ, ORURO, COCHABAMBA, TARIJA, PANDO Y SANTA CRUZ

En el marco del numeral 5 del Artículo 9, Artículo 18, numeral 13 del párrafo II del Artículo 30, Artículos 35, 37, 40, 41, 42; numeral 2 del párrafo II del Artículo 299 de la Constitución Política del Estado, incisos i), j), II) del numeral 1 del párrafo III del Artículo 81 de la Ley N° 031 Marco de Autonomías y Descentralización; Artículos 6 y 7 de la Ley N° 475 de Prestaciones de Servicios de Salud Integral del Estado Plurinacional de Bolivia:

- En el marco de la prevención de la enfermedad, fortalecer el sistema de capacitación sobre acciones de vigilancia comunitaria, detección, notificación, referencia y transporte de pacientes sospechosos o con la COVID-19.
- Establecer una planificación articulada entre la comunidad indígena y el establecimiento de salud para enfrentar la COVID-19 u otras enfermedades endémicas o pandémicas,

articulando las comunidades indígenas con los establecimientos de salud de primer nivel y demás niveles de las Redes de Salud en los departamentos.

- Desarrollar y/o fortalecer una política pública departamental para capacitar al personal sanitario de los establecimientos de salud que atenderían a los pueblos indígenas Araona, Ese Ejja, Uru Iruito, Uru Qot Zoñi, Yuqui, Yaminawa, Machineri, Ayoreo y otros pueblos indígenas en situación de vulnerabilidad, sobre la eliminación de estigmas y estereotipos negativos hacia estos pueblos, a su cultura, forma de vida, usos y costumbres.
- Realizar verificaciones a los establecimientos de salud de primer nivel en el área rural para verificar el cumplimiento de parámetros mínimos establecidos en la "Norma Nacional de Caracterización de Establecimientos de Salud de Primer Nivel".

A LOS GOBIERNOS AUTÓNOMOS DEPARTAMENTALES, COMITÉS DEPARTAMENTALES DE REDUCCIÓN DE RIESGOS Y ATENCIÓN DE DESASTRES Y/O EMERGENCIAS (CODERADE), COMITÉS DE OPERACIONES DE EMERGENCIA DEPARTAMENTAL (COED) DE LA PAZ, ORURO, COCHABAMBA, TARIJA, PANDO Y SANTA CRUZ; Y A LOS GOBIERNOS AUTÓNOMOS MUNICIPALES, COMITÉS MUNICIPALES DE REDUCCIÓN DE RIESGOS Y ATENCIÓN DE DESASTRES Y/O EMERGENCIAS (COMURADE), COMITÉS DE OPERACIONES DE EMERGENCIA MUNICIPAL (COEM) DE LOS MUNICIPIOS DE IXIAMAS, SAN BUENAVENTURA, JESÚS DE MACHACA, POOPÓ, PUERTO VILLARROEL, CHIMORÉ, YACUIBA, VILLAMONTES, BOLPEBRA Y ROBORÉ

En el marco de los numerales 4, 5, 15 y 18 del párrafo II del Artículo 30, párrafos I y VI del Artículo 241 y numeral 1 del Artículo 242 de la Constitución Política del Estado; párrafos I y II del Artículo 13, inciso b) del párrafo I del Artículo 19 de la ley N° 602 de Gestión de Riesgos; Artículos 6 y 8 del Decreto Supremo N° 2342, que reglamenta la Ley N° 602 de Gestión de Riesgos:

- Establecer mecanismos de socialización e información de las medidas a ser desarrolladas por los Comités de Operaciones de Emergencia (Nacional, departamental y municipal), que alcance a las naciones y pueblos indígena originario campesinos sujetos de la presente investigación.
- Establecer planes y proyectos integrales y diferenciados de atención socioeconómica para minimizar el impacto a las naciones y pueblos indígena originarios en situación de alta vulnerabilidad, garantizando una alimentación adecuada, acceso a insumos y alimentos de primera necesidad.

A LOS GOBIERNOS AUTÓNOMOS MUNICIPALES, COMITÉS MUNICIPALES DE REDUCCIÓN DE RIESGOS Y ATENCIÓN DE DESASTRES Y/O EMERGENCIAS (COMURADE), COMITÉS DE OPERACIONES DE EMERGENCIA MUNICIPAL (COEM) DE LOS MUNICIPIOS DE IXIAMAS, SAN BUENAVENTURA, POOPÓ, PUERTO VILLARROEL, CHIMORÉ, YACUIBA, VILLAMONTES, BOLPEBRA Y ROBORÉ

En el marco del párrafo I del Artículo 12 y párrafo II del Artículo 13 de la Ley N° 602 de Gestión de Riesgos:

- Incorporar dentro la regulación normativa municipal del COMURADE y COEM, medidas específicas para garantizar la participación y representación de autoridades de las naciones y pueblos indígena originario campesinos en los comités.

A LOS GOBIERNOS AUTÓNOMOS MUNICIPALES DE IXIAMAS, SAN BUENAVENTURA, JESÚS DE MACHACA, PUERTO VILLARROEL, YACUIBA, VILLAMONTES, BOLPEBRA Y ROBORÉ

En el marco de los incisos c) y f) del numeral 2 párrafo III del Artículo 81 de la Ley N° 031, de 19 de julio de 2010, Marco de Autonomías y Descentralización:

- Mejorar, adecuar y fortalecer las condiciones de funcionamiento de los establecimientos de salud de primer nivel a los que acceden los pueblos indígenas, haciendo énfasis en cuanto a infraestructura, equipamiento e insumos de bioseguridad.

A LOS GOBIERNOS AUTÓNOMOS MUNICIPALES DE IXIAMAS, SAN BUENAVENTURA, JESÚS DE MACHACA, POOPÓ, PUERTO VILLARROEL, YACUIBA, VILLAMONTES, BOLPEBRA Y ROBORÉ

En el marco de los incisos c) y f) del numeral 2 párrafo III del Artículo 81 de la Ley N° 031, de 19 de julio de 2010, Marco de Autonomías y Descentralización:

- Equipar a los establecimientos de salud: Centro de Salud Integral San Buenaventura (Ese Eja), Puesto de Salud Bia Recuaté (Yuqui), Centro de Salud Jesús Jancohaque (Urus Uru Ito), Centro de Salud Ambulatorio "Santa Lucía" (Ayoreos), Centro de Salud Ambulatorio "La Misión" y "Crevaux" (Weenhayek), Centro de Salud Ambulatorio – Consultorio Vecinal Samaiguatate (Tapieté), Puesto de Salud Manurimi (Araona), Puesto de Salud Bolpebra (Yaminawa y Machineri), con elementos necesarios para la detección y manejo de la COVID-19, como equipamiento para la toma y traslado de muestras.

A LOS GOBIERNOS AUTÓNOMOS MUNICIPALES DE PUERTO VILLARROEL, IXIAMAS, BOLPEBRA

En el marco de los incisos c) y f) del numeral 2 del párrafo III del Artículo 81 de la Ley N° 031, de 19 de julio de 2010, Marco de Autonomías y Descentralización:

- Garantizar la instalación de servicios adecuados de agua potable, energía y saneamiento básico en los establecimientos de salud verificados, Bia Recuaté (Yuqui), Manurimi (Araona) y Bolpebra (Yaminawa y Machineri), además del Centro de Salud "Santa Lucía" (Ayoreo) que no cuenta con saneamiento básico.

AL GOBIERNO AUTÓNOMO DEPARTAMENTAL DE PANDO, SERVICIO DEPARTAMENTAL DE SALUD Y AL GOBIERNO AUTÓNOMO MUNICIPAL DE BOLPEBRA

En el marco de los incisos c) y f) del numeral 2 del párrafo III del Artículo 81 de la Ley N° 031, de 19 de julio de 2010, Marco de Autonomías y Descentralización:

- Restablecer y fortalecer los servicios sanitarios en el Puesto de Salud Yaminawa, ubicado dentro la TCO Yaminawa Machineri.

AL GOBIERNO AUTÓNOMO DEPARTAMENTAL DE COCHABAMBA, SERVICIO DEPARTAMENTAL DE SALUD DE COCHABAMBA Y GOBIERNO AUTÓNOMO MUNICIPAL DE PUERTO VILLARROEL

En el marco de los incisos b), e) y II) del numeral 1 e incisos c) y f) del numeral 2, del párrafo III del Artículo 81 de la Ley N° 031, de 19 de julio de 2010, Marco de Autonomías y Descentralización:

- Capacitar al personal de salud del establecimiento de salud de segundo nivel de Ivirgarzama, en cuestiones de eliminación de la discriminación y estigmatización en la atención a pacientes indígenas.
- Analizar la interposición de sanciones al personal de salud que hubiese negado la atención médica de pacientes indígenas Yuqui con sospecha de portar la COVID-19.

A LOS GOBIERNOS AUTÓNOMOS DEPARTAMENTALES DE LA PAZ, ORURO, COCHABAMBA, TARIJA, PANDO Y SANTA CRUZ

En el marco de los incisos a), b), f), j) del numeral 1 del párrafo III del Artículo 81 de la Ley N° 031, de 19 de julio de 2010, Marco de Autonomías y Descentralización:

- Elaborar planes de articulación entre las comunidades indígenas y establecimientos de

salud para la vigilancia y referencia de pacientes sospechosos o con la COVID-19, y otras enfermedades endémicas y pandémicas de similar naturaleza.

AL GOBIERNO AUTÓNOMO DEPARTAMENTAL DE ORURO Y COMITÉ DE OPERACIONES DE EMERGENCIA MUNICIPAL ORURO

En el marco del Artículo 13 de la Ley N° 602, de 14 de noviembre de 2014, de Gestión de Riesgos y Desastres:

- Reconocer y considerar a las comunidades indígenas del pueblo indígena Uru Qot Zoñi del municipio Poopó en las medidas y acciones positivas establecidas por el COEM.

DELEGACIONES DEFENSORIALES DEPARTAMENTALES Y COORDINACIONES REGIONALES

LA PAZ

Calle Capitán Ravelo N° 2329
Edificio Excelsior Piso 5
Telf.: (2) 2113588

ORURO

Calle Soria Galvarro N° 5212 entre Tupiza y León
Telf.: (2) 5112471 - 5112927

COCHABAMBA

Calle 16 de Julio N° 680 (Plazuela Constitución)
Telf./Fax: (4) 4140745 – 4140751

SANTA CRUZ

Calle Andrés Ibañez N° 241
Telf./Fax: (3) 3338808 - 3111695

BENI

Calle Félix Pinto N° 68 entre Suárez y 18 de Noviembre
Telf.: (3) 4652200 - 4652401

PANDO

Calle Cochabamba N° 86, detrás del templo
de Nuestra Señora del Pilar
Telf./Fax: (3) 842 3888 - 71112900

TARIJA

Calle Ingavi N° 789 Esq. Ramón Rojas, El Molino
Telf./Fax: (4) 6112441 – 6116444

YACUIBA

Calle Juan XXIII S/N entre Martín Barroso y Cornelio Ríos
Telf.: (4) 682 7166 * Fax: (4) 6822142

DESAGUADERO

Av. La Paz Esq. Calle Ballivián
S/N (Ex local Suipacha)

EL ALTO

Av. Juan Pablo II N° 75 (Altura Cruz Papal)
Telf.: (2) 2112572 – 211 2573 * Fax: (2) 2119808

CARANAVI

Calle Tocopilla S/N Edif. COSAPAC Piso 1
Telf./Fax: (2) 8243934

LLALLAGUA

Calle Oruro N° 33 entre Bolívar y Cochabamba
Telf./Fax: (2) 5821538

CHAPARE

Calle Hans Grether N° 10
Telf./Fax: (4) 4136334

PUERTO SUÁREZ

Av. 6 de Agosto N° 29 entre La Paz y Santa Cruz
Telf. 67290016

RIBERALTA

Av. Plácido Méndez, Plácido Molina, Gabriel René Moreno y
Cosme Gutierrez Manzano 59, Zona A, Distrito 1
Telf./Fax: 73993148

SUCRE

Calle J.J. Pérez N° 602 Esq. Trinidad
Telf./Fax: (4) 6916115 – 6918054

POTOSÍ

Av. Serrudo N° 143 Esq. Arce, Edificio Renovación (interior)
Telf./Fax: (2) 6120805 - 6124744

MONTEAGUDO

Barrio Paraiso, Avenida Costanera S/N.
Telf. :(4) 6473352

LA PAZ

Oficina Central: Calle Colombia N° 440 - Zona San Pedro Central
(2) 2113600 - 2112600 * Casilla 791



800 10 8004
LÍNEA GRATUITA



@DPBoliviaOf



Descargue el material
escaneando el código QR