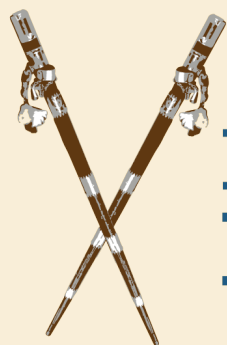




cuarto informe regional



Plataforma **Indígena**
Regional
frente a **COVID-19**

Pueblos Indígenas y vacunación contra COVID-19



PUEBLOS INDÍGENAS Y VACUNACIÓN CONTRA COVID-19. CUARTO INFORME REGIONAL © FILAC Y FIAIY

Mayo de 2021

COORDINACIÓN GENERAL

Myrna Cunningham Kain - Presidenta Consejo Directivo FILAC

Amadeo Martínez - Coordinador General Foro Indígena de AbyaYala FIAIY

SUPERVISIÓN GENERAL

Gabriel Muyuy - Secretario Técnico FILAC

Amparo Morales - Jefa de Gabinete FILAC

EQUIPO TÉCNICO

Ricardo Changala - Coordinador Observatorio Regional de Derechos de los Pueblos Indígenas ORDPI-FILAC

Libertad Pinto - Analista ORDPI-FILAC

Jean Paul Guevara - Analista ORDPI-FILAC (hasta el 31 de marzo 2021).

DISEÑO GRÁFICO

Marieliza Vasquez – FILAC

IMÁGENES

Archivo institucional FILAC

Shutterstock

Unsplash

DISTRIBUCIÓN

Libre, bajo licencia Creative Commons de

Distribución No Comercial 4.0 Internacional, citando fuente



VERSION DIGITAL EN:

FILAC

20 de Octubre 2287 esq. Rosendo Gutiérrez

filac@filac.org

La Paz, Bolivia

RED DE MONITORES

Argentina	Viviana Figueroa
Belice	Melissa Zuniga
	Andrew Castillo
Bolivia	Freddy Mamani
Brasil	Rayanne Cristine Maximo
Chile	Hortencia Hidalgo
Colombia	Gerardo Jumi Tapias
	Andrea Cardenas
	Wilson Herrera
Costa Rica	Mónica González Céspedes
Ecuador	Juan Carlos Jintiach
	Apawki Castro
El Salvador	Nataly Gomez
Guatemala	Hector Tuy
	Medarda Castro
	Norma Sactic
Honduras	Nelly Gonzales
México	Cecilio Solís Librado
	Carlos de Jesús Alejandr
	Guillermo Hernández Cha
Nicaragua	Desler Romero
Panamá	Ariel Gonzales
	Florina López
	Ricardo Miranda
Paraguay	Hilaria Cruzbie
Perú	Karem Escudero Letona
Uruguay	Martin Delgado
Venezuela	Luz Fernández

APOYO

Ford Foundation y AECID

Siglas

ACONAMAC	Asociación de Comunidades Nativas Asháninkas-Asheninkas de Masisa y Callería. Perú
ADESCOMIIZ	Asociación de Desarrollo Comunal de Mujeres Indígenas de Izalco. El Salvador
AECID	Agencia Española de Cooperación Internacional para el Desarrollo
AFEDES	Asociación Femenina para el Desarrollo de Sacatepéquez. Guatemala
AIDSESP	Asociación Interétnica de Desarrollo de la Selva Peruana
AISPED	Atención Integral de Salud a Poblaciones Excluidas y Dispersas. Perú
ALMG	Academia de Lenguas Mayas de Guatemala
AMICAM	Alianza de Mujeres Indígenas de Centroamérica y México
AMUPAKIN	Asociación de Mujeres Parteras Kichwas del Napo. Ecuador
ANVISA	Agencia Nacional de Vigilancia Sanitaria
APCOB	Apoyo Para el Campesinado Indígena del Oriente Boliviano
APIB	Articulação dos Povos Indígenas do Brasil
BDPI	Base de Datos de Pueblos Indígenas u Originarios. Perú
BID	Banco Interamericano de Desarrollo
CAAAP	Centro Amazónico de Antropología y Aplicación Práctica. Perú
CAIPIS	Centros de Atención Integral a la Primera Infancia. Panamá
CAOI	Coordinadora Andina de Organizaciones Indígenas
CCNIS	Consejo Coordinador Nacional Indígena Salvadoreño
CCSS	Caja Costarricense de Seguro Social
CEDRO	Centro de Información y Educación para la Prevención del Abuso de Drogas
CEJIS	Centro de Estudios Jurídicos e Investigación Social. Bolivia
CELAC	Comunidad de Estados Latinoamericanos y Caribeños
CEPAL	Comisión Económica para América Latina y el Caribe
CEPI	Coalición para las Innovaciones en Preparación para Epidemias
CEPIADET	Centro Profesional Indígena de Asesoría, Defensa y Traducción
CHM	Comunidad de Historia Mapuche. Ngulu Mapu. Chile
CIAP-PERÚ	Consejo Indígena Andino del Perú
CICA	Consejo Indígena de Centro América
CIDH	Comisión Interamericana de Derechos Humanos
CIDOB	Confederación Indígena del Oriente Boliviano
CIMA	Consejo Indígena de Mesoamérica
CIPCA	Centro de Investigación y Promoción del Campesinado. Bolivia
CNE	Comisión Nacional de Emergencias. Costa Rica

CODEHCOM	Colectivo por el Derecho Humano a la Comunicación. Argentina
COICA	Coordinadora de las Organizaciones Indígenas de la Cuenca Amazónica
CONAIE	Confederación de Nacionalidades Indígenas del Ecuador
CONABIO	Comisión Nacional para el Conocimiento y Uso de la Biodiversidad. México
CONADI	Corporación Nacional de Desarrollo Indígena. Chile
CONAPI	Consejo Nacional Asesor de Prácticas de Inmunizaciones. Guatemala
CONEVAL	Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social. México
CONFENIAE	Confederación de Nacionalidades Indígenas de la Amazonía Ecuatoriana
CONTIOCAP	Coordinadora Nacional de Defensa de Territorios Indígenas Originarios Campesinos y Áreas Protegidas. Bolivia
COONAPIP	Coordinadora Nacional de Pueblos Indígenas de Panamá
DANE	Departamento Administrativo Nacional de Estadística. Colombia
DGEEC	Dirección General de Estadística, Encuestas y Censos. Paraguay
DIGESTYC	Dirección General de Estadística y Censos. El Salvador
DINASAPI	Dirección Nacional de Salud de los Pueblos Indígenas. Paraguay
DIRESA	Dirección Regional de Salud. Perú
DSEI	Distrito Sanitario Especial Indígena. Brasil
DSEI-Y	Distrito Sanitario Especial Indígena Yanomami. Brasil
ECMIA	Enlace Continental de Mujeres Indígenas de las Américas
EIN	Equipo de Integración Nacional. Honduras
FAO	Organización de las Naciones Unidas para la Agricultura y la Alimentación
FAPI	Federación por la Autodeterminación de los Pueblos Indígenas. Paraguay
FECONAMNCUA	Federación de Comunidades Nativas del Medio Napo, Curaray y Arabela. Perú
FECONAMAI	Federación de Comunidades Nativas Maijuna. Perú
FECONA	Federación de Comunidades Nativas del Ampiyacu. Perú
FECONAU	Federación de Comunidades Nativas de Ucayali y Afluentes. Perú
FECOTYBA	Federación de Comunidades Nativas Tikuna y Yaguas del Bajo Amazonas. Perú
FEDIQUEP	Federación Indígena Quechua del Pastaza
FENMUCARINAP	Federación Nacional de Mujeres Campesinas, Artesanas, Indígenas, Nativas y Asalariadas del Perú
FGER	Federación Guatemalteca de Escuelas Radiofónicas
FIAY	Foro Indígena del Abya Yala
FILAC	Fondo para el Desarrollo de los Pueblos Indígenas de América Latina y El Caribe.
FIMI	Foro Internacional de la Mujer Indígena
FORMABIAP	Programa de Formación de Maestros para la Amazonía Peruana
GIYC	Caucus Global de Jóvenes Indígenas
GTAV	Grupo Técnico Asesor de Vacunación. México
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografía e Estatística
ICAFÉ	Instituto Costarricense del Café
IEII-UFRO	Instituto de Estudios Indígenas e Interculturales, Universidad de La Frontera. Chile
IESS	Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social

IGSS	Instituto Guatemalteco de Seguridad Social
INAI	Instituto Nacional de Asuntos Indígenas. Argentina
INALI	Instituto Nacional de Lenguas Indígenas. México
INDEC	Instituto Nacional de Estadística y Censos. Argentina
INE	Instituto Nacional de Estadística. Bolivia
INEC	Instituto Nacional de Estadística y Censos. Costa Rica
INEI	Instituto Nacional de Estadística e Informática. Perú
INIDE	Instituto Nacional de Información de Desarrollo. Nicaragua
INPE	Instituto Nacional Penitenciario. Perú
INPI	Instituto Nacional de los Pueblos Indígenas. México
INRA	Instituto Nacional de Reforma Agraria. Bolivia
IPS	Instituciones Prestadoras de Salud
IRFA	Instituto Radiofónico Fe y Alegría. Bolivia
IUCN	Unión Internacional para la Conservación de Recursos Naturales
LGBTITI	Lesbianas, Gay, Bisexuales, Transexuales, Transgénero, Travesti e Intersexual
MOCICC	Movimiento Ciudadano frente al Cambio Climático
MPF/RR	Ministerio Público Federal en Roraima. Brasil
MSPAS	Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Guatemala
NARP	Población Negra, Afrocolombianas, Raizales y Palenquera. Colombia
NGC	Consejo Nacional Garífuna. Belice
OACNUDH	Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos
OCDE	Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos
OIJ	Organismo de Investigación Judicial
OIM	Organización Internacional para las Migraciones
OIT	Organización Internacional del Trabajo
OMIUBP	Organización de Mujeres Indígenas Unidas por la Biodiversidad de Panamá
OMS	Organización Mundial de la Salud
ONAMIAP	Organización Nacional de Mujeres Indígenas Andinas y Amazónicas del Perú
ONIC	Organización Nacional Indígena de Colombia
ONU	Organización de las Naciones Unidas
OPS	Organización Panamericana de la Salud
ORAU	Organización Regional AIDSESP-Ucayali. Perú
ORDIM	Organización Distrital Indígena de Masisea. Perú
ORDPI-FILAC	Observatorio Regional de Derechos de los Pueblos Indígenas de FILAC.
ORKIWAN	Organización Kichwaruna Wankurina del Alto Napo. Perú
ORPIO	Organización Regional de los Pueblos Indígenas del Oriente. Perú
OTCA	Organización del Tratado de Cooperación Amazónica
OXFAM	Oxford Committee for Famine Relief
PAI	Programa Ampliado de Inmunizaciones. Colombia
PANI	Patronato Nacional de la Infancia. Costa Rica

RAISG	Red Amazónica de Información Socioambiental Georreferenciada
REDESCA	Relatoría Especial sobre los Derechos Económicos, Sociales, Culturales y Ambientales
REPAM	Red Eclesial Panamazónica
RMIB	Red de Mujeres Indígenas sobre Biodiversidad de América Latina y el Caribe
SASISUS	Subsistema de Atención a la Salud de los Pueblos Indígenas
SESAI	Secretaría Especial de Saúde Indígena. Brasil
SIIC	Sistema de Información Indígena de Colombia
SMT	Sistema de Monitoreo Territorial. Colombia
SRCI	Sistema de Radiodifusoras Culturales Indígenas. México
SRI	Sistema de Registro e Información
SVA	Semana de la Vacunación de las Américas
TIOC	Territorio Indígena Originario Campesino. Bolivia
UNCA	Unión Nacional de Comunidades Aymaras. Perú
UNESCO	Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura
UNFPA	Fondo de Población de las Naciones Unidas
UNICEF	Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia
UNITAS	Unión Nacional de Instituciones para el Trabajo de Acción Social
UPC	Unidad de Paciente Crítico. Chile
USAID	Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional
WPDI	Iniciativa Whitaker para la Paz y el Desarrollo. México

Contenido

INTRODUCCIÓN	8
OBJETIVOS Y METODOLOGÍA	12
PRINCIPALES HALLAZGOS	18
Evolución del entorno global y regional	19
Prevalencia COVID-19 en Pueblos Indígenas	23
Impacto de la pandemia	24
ACCESO A LAS VACUNAS	30
El acceso a las vacunas contra la COVID-19	31
Panorama general	31
ACCESO A LA VACUNA PARA PUEBLOS INDÍGENAS	39
Acceso a las vacunas para los Pueblos Indígenas	40
La perspectiva de los Pueblos Indígenas	40
Dificultades de acceso a vacunas para las comunidades indígenas	42
Estrategia de inmunización intercultural	45
ACCIONES ESTATALES PARA LA VACUNACIÓN CONTRA LA COVID-19	47
Perspectiva general	48
Análisis por países de la región	53
EXPERIENCIAS DESTACABLES DE LOS PUEBLOS INDÍGENAS Y ESTADOS HACIA LA VACUNACIÓN CONTRA LA COVID-19	80
Introducción	81
Detalles de las experiencias registradas	82
CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	101
Fuentes de Información	110



INTRODUCCIÓN

INTRODUCCIÓN

La Plataforma Indígena Regional Frente a la COVID-19 “Por la Vida y los Pueblos” es un espacio que promueve el intercambio de información, análisis y coordinación operativa para generar y potenciar capacidades, así como de diálogo con los gobiernos y organismos internacionales, para impulsar adecuadas respuestas y acciones de contención y mitigación ante la problemática causada por la pandemia COVID-19 en los Pueblos Indígenas¹ del continente.

Articula, en un esfuerzo continental, a las organizaciones indígenas regionales, subregionales y nacionales, de mujeres, hombres y jóvenes indígenas, respetando sus formas tradicionales de organización, su cosmovisión y diversidad cultural.

Como parte de su trabajo ha construido un sistema de registro e información sobre los efectos de la pandemia en los Pueblos Indígenas del continente.

El equipo de trabajo se coordina a través del Observatorio Regional sobre Derechos de los Pueblos Indígenas de FILAC, con colaboración de las diversas organizaciones que integran la Plataforma a través de delegados designados para esa tarea. El Observatorio Regional es el encargado de compilar, procesar, sistematizar y compartir la información obtenida, así como de la redacción de los informes y otros materiales de divulgación².

Para la compilación de los datos se ha recurrido a diversas fuentes oficiales e institucionales tanto nacionales como internacionales, pero, en particular debe destacarse la información y análisis aportados por las propias organizaciones y comunidades indígenas que han hecho un enorme esfuerzo por comunicar sus realidades y sus necesidades en el marco de la pandemia.

Como anunciáramos en el primer informe presentado públicamente a inicios de mayo del año 2020, periódicamente presentaremos reportes para actualizar información y análisis, enfatizando en algunos de los temas de mayor relevancia detectados en el proceso de recopilación, sistematización y análisis de la información.

1 Los términos ‘Pueblos Indígenas’ y ‘Pueblos Originarios’ se utilizan indistintamente en este material.

2 Mas detalles del Sistema de Información y Registro pueden verse en el Primer Informe Regional https://www.ordpi.org/wp-content/uploads/2020/11/FILAC_FIAY_primer-informe-PI_COVID19.pdf

En este cuarto reporte, el énfasis está puesto en el acceso de los Pueblos Indígenas a la vacunación contra la COVID-19 que en general en el mundo y en nuestra región inició sobre fines del año 2020.

Los notables avances científicos que permitieron tener varias opciones vacunales contra el virus en un tiempo muy breve no han sido seguidos por un acceso amplio para todos los países y personas en el mundo que permita una inmunización masiva.

Al contrario, los datos que pueden verse en este informe resultan preocupantes en términos de equidad de acceso y de efectivo avance de la vacunación en el mundo. Las organizaciones indígenas que integran la Plataforma Regional han planteado en diversos ámbitos esta situación que afecta especialmente a las comunidades de los pueblos originarios del continente.

La Plataforma Indígena Regional Frente al COVID-19 “Por la Vida y los Pueblos” está integrada por las siguientes organizaciones:

- Fondo para el Desarrollo de Pueblos Indígenas de América Latina y El Caribe – FILAC
- Foro Indígena Abya Yala – FIAY
- Coordinadora de Organizaciones Indígenas de México
- Consejo Indígena de Centroamérica – CICA
- Coordinadora de las Organizaciones Indígenas de la Cuenca Amazónica – COICA
- Coordinadora Andina de Organizaciones Indígenas - CAOI
- Consejo Indígena Andino del Perú CIAP-PERU
- Organización Nacional Indígena de Colombia- ONIC
- Confederación de Nacionalidades Indígenas del Ecuador - CONAIE
- Coordinadora nacional de Pueblos Indígenas de Panamá – COONAPIP
- Alianza de Mujeres Indígenas de Centroamérica y México -AMICAM
- Organización de mujeres indígenas Wangky Tangni
- Gobierno de la Nación Sumu Mayangna
- Mesa Nacional Indígena de Costa Rica
- Red de Mujeres Indígenas sobre Biodiversidad de América Latina y el Caribe -RMIB
- Asociación de mujeres indígenas de Paraguay
- Consejo Coordinador Nacional Indígena Salvadoreño - CCNIS
- Enlace continental de Mujeres Indígenas (ECMIA) para Centro América
- Enlace continental de Mujeres Indígenas de México
- Organización Nacional de Mujeres Indígenas Andinas y Amazónicas del Perú – ONAMIAP

- Enlace continental de Mujeres Indígenas (ECMIA) para Sur América
- Coordinadora nacional de mujeres indígenas México
- Red de Mujeres indígenas por la Biodiversidad
- Caucus Global de Jóvenes Indígenas
- Juventud Indígena Argentina
- Red de Jóvenes Indígenas de América Latina y el Caribe
- Consejo Indígena de Mesoamérica -CIMA
- Organización de Mujeres Indígenas Unidas por la Biodiversidad de Panamá – OMIUBP
- Organismo Indígena – Naleb’.



OBJETIVOS Y METODOLOGÍA



OBJETIVOS Y ALCANCES DEL INFORME

El Sistema de Registro e Información (SRI) sobre los efectos de la COVID-19 en territorios y comunidades de Pueblos Indígenas de la región, ha diseñado e instalado herramientas para la recopilación y divulgación de información y análisis cuyo objetivo esencial es ayudar a salvar vidas y proteger comunidades, desde una perspectiva de derechos, interculturalidad, autodeterminación, y gobernanza de los territorios.³

El SRI se ha propuesto registrar de forma sistemática datos y elaborar análisis sobre los siguientes cinco campos de investigación:

- Evolución de las tendencias del entorno regional y global,
- Personas, comunidades y Pueblos Indígenas afectados por el COVID-19;
- Comunidades y Pueblos Indígenas con riesgos sociales y económicos potencialmente graves;
- Acciones de prevención, contención, mitigación y recuperación implementadas por los Pueblos Indígenas;
- Acciones de prevención, contención, mitigación y recuperación de los servicios de salud y programas sociales del Estado;

Considerando la gran cantidad de factores implicados, el volumen de información generada y especialmente por la relevancia que tienen a los efectos de identificar acciones urgentes para ayudar al objetivo de salvar vidas y proteger comunidades, este informe ha puesto especial énfasis en dos aspectos:

- Actualización de datos y análisis de la prevalencia del virus en la región incluyendo los datos disponibles específicos sobre Pueblos Indígenas.
- Identificación de políticas y acciones específicas de los Estados en torno a la vacunación de los pueblos y comunidades indígenas.
- Presentación de experiencias específicas destacables tanto de los Estados como con intervención de los Pueblos Indígenas relacionadas con la vacunación contra la COVID-19.

Al mismo tiempo, se mantiene una mirada sistémica sobre los diversos campos de investigación, dando cuenta del estado actual de los campos relacionados con el entorno global y al-

3 Otros aspectos del SRI fueron explicados en FILAC – FIAY, “Los Pueblos Indígenas ante la pandemia de COVID-19. primer informe regional”, mayo 2020, que puede consultarse en https://indigenascovid19.red/wp-content/uploads/2020/05/FILAC_FIAY_primer-informe-PI_COVID-19.pdf

gunos acontecimientos nacionales especialmente relevantes para la protección de los Pueblos Indígenas ante la pandemia.

En ese contexto, este informe, que aporta datos y hallazgos preliminares sobre un proceso de vacunación que aún se encuentra en etapas iniciales, pretende compartir información y análisis para mejorar la comprensión de la realidad actual que viven los Pueblos Indígenas, así como para aportar insumos útiles para las acciones que tanto gobiernos como organizaciones y comunidades indígenas desarrollen para enfrentar los embates de la COVID-19 en la región y especialmente para que los Pueblos Indígenas tengan una adecuada información y acceso a las vacunas en un marco de relaciones interculturales que optimicen sus efectos positivos.

MARCO CONCEPTUAL Y METODOLÓGICO

El informe Pueblos Indígenas y Vacunación contra COVID-19 mantiene el modelo sistémico de observación y análisis empleado en los informes anteriores, que propone que la escala de gravedad de este impacto está determinada por cuatro redes de factores estructurales preexistentes, a saber:

Red 1. Factores sociales de riesgo; Red 2. Factores económicos de riesgo;⁴ Red 3. Limitada capacidad de los Estados para la provisión de servicios de salud; Red 4. Escasa influencia de los Pueblos Indígenas en las decisiones públicas sobre sus derechos en el marco de la pandemia.

Los hechos ocurridos desde la publicación de los informes anteriores demuestran que estos factores sistémicos son la principal fuente de vulnerabilidad de los Pueblos Indígenas frente a la pandemia y de la aceleración del deterioro de las condiciones de vida de las familias y comunidades, visibles de múltiples maneras, entre otras por la pérdida de medios de vida; agravamiento de la situación de seguridad alimentaria; profundización de la pobreza y la desigualdad social.

Las limitaciones de acceso de los Pueblos Indígenas a los servicios públicos de salud ha sido una constante durante la crisis sanitaria y se ha agudizado más en los últimos meses.

En definitiva, se trata de una generalizada pérdida de condiciones habilitantes para el ejercicio de los derechos económicos, sociales y culturales.

El paso del tiempo en escenario de pandemia ha alimentado un falso debate dicotómico entre prioridades: proteger la salud o reactivar la economía. Aunque no existe sustento técnico para oponer ambos conceptos, en la práctica lo hemos visto de manera reiterada. A mediados del año 2020, atendiendo estas contradicciones, varios organismos internacionales hicieron énfasis en el abordaje integral de la temática.⁵

4 Se incluyen, entre otros, los relacionados a la propiedad, uso y usufructo de las tierras y territorios indígenas.

5 Véase, por ejemplo, CEPAL-OPS. Salud y Economía. Una convergencia necesaria para enfrentar el COVID-19 y retomar la senda hacia el desarrollo sostenible en América Latina y el Caribe.

Para los pueblos y comunidades indígenas, las medidas de “reapertura” económica a pesar del no descenso e incluso el aumento de los casos de contagio, generó nuevos problemas en virtud de tornar muy difícil mantener medidas de protección y aislamiento en ese contexto.

A su vez, el anuncio de la vacunación, al tiempo que abrió una justificable expectativa positiva, también permitió cierto aflojamiento en los cuidados, lo cual rápidamente se ha demostrado como un serio problema ya que la propagación del virus tiene una velocidad muy superior a la inoculación de las vacunas.

Llegamos a mayo de 2021 con un escenario de alta complejidad y aumento de vulnerabilidades. Claramente, los cuatro factores estructurales en que se basa la metodología de análisis de estos informes deben ser tomados en cuenta de manera sistémica si quiere encontrarse explicaciones y sobre todo salidas viables a la difícil situación actual.

En este informe nos concentramos especialmente en el acceso de los Pueblos Indígenas a la o las vacunas contra la COVID-19, no solo por la relevancia del tema sino porque no conocemos ningún otro trabajo similar en la región.

Como en los reportes anteriores, en virtud de la escasez de datos desagregados para Pueblos Indígenas y también con el objetivo de destacar experiencias positivas que se han registrado, se hace prioritario el enfoque cualitativo, sin dejar de reportar datos numéricos, cuando ello es posible.

Se ha contado nuevamente con el apreciable apoyo de la Red Regional de Monitoreo de la Plataforma Indígena Regional que permite tener una mirada de estos temas desde las organizaciones indígenas de los diversos países que componen la región.

En resumen, los principales métodos de recolección de información empleados han sido los siguientes:

- *Grupo focal con integrantes de la red de monitoreo:* sesiones colectivas con intercambio de información y análisis sobre la visión de los Pueblos indígenas en relación a la vacunación contra COVID-19, así como de la evolución de la pandemia, sus impactos y demás temas relevantes para el informe.
- *Entrevistas complementarias a integrantes de la red de monitoreo:* el equipo de FILAC realizó entrevistas semiestructuradas a integrantes de la red de monitoreo con el objetivo de profundizar el relato sobre situaciones específicas, experiencias y buenas prácticas de comunidades y Pueblos Indígenas.

- Sesión de trabajo con la Plataforma Indígena Regional: a partir de los primeros hallazgos realizados en el proceso de elaboración del informe, los dirigentes de las organizaciones que conforman la PIR realizaron aportes, reflexiones y sugerencias sobre la tarea.
- Sesión de trabajo con delegados gubernamentales a FILAC: en base a un cuestionario previamente facilitado, los delegados gubernamentales de los Estados parte de FILAC, tanto por escrito como verbalmente, pudieron compartir sus políticas, planes y en general los esfuerzos que realizan para vacunar a su población en general y a los Pueblos Indígenas en particular contra la COVID-19.
- Revisión y análisis de informes y pronunciamientos de organismos internacionales: el equipo encargado del informe ha revisado y analizado de forma sistemática informes de organismos internacionales sobre el impacto de la pandemia en los Pueblos Indígenas de la región, que en los últimos meses han sido más abundantes.
- Revisión y análisis de estudios y ensayos especializados: el equipo encargado del informe también ha realizado un monitoreo y análisis continuo de estudios y ensayos académicos emergentes que tratan sobre los impactos y las vacunas contra la COVID-19 en distintos dominios de la sociedad global y los países de América Latina y El Caribe.
- Revisión y análisis de reportes de prensa y organizaciones diversas: el informe también se ha nutrido con la información de la prensa internacional, regional y local, así como de organizaciones de los Pueblos Indígenas, centros académicos y organizaciones de sociedad civil.

Con la información recogida de las distintas fuentes mencionadas, el informe Pueblos Indígenas y Vacunación contra COVID-19 ha organizado su contenido, con los siguientes énfasis:

- Actualización del entorno global, avances científicos, acuerdos internacionales y acciones nacionales especialmente destacables en el combate contra la pandemia.
- Actualización de casos de COVID-19 en personas y comunidades, incluyendo casos positivos de contagios y personas fallecidas.
- Políticas y estrategias de los Estados para la vacunación de los Pueblos Indígenas contra la COVID-19.
- Experiencias de particular destaque, tanto de Estados como de los Pueblos Indígenas relacionadas con la vacunación de los Pueblos Indígenas contra la COVID-19.



PRINCIPALES HALLAZGOS

PRINCIPALES HALLAZGOS

Evolución del entorno global y regional

A inicios del mes de mayo de 2021, el impacto de la pandemia sigue siendo el acontecimiento más importante en el mundo.

Como ha dicho el Director de la Organización Mundial de la Salud, “el virus no se cansa de nosotros”.

Al 10 de mayo de 2021, los datos mundiales son los siguientes:

Prevalencia mundial	
Casos de Coronavirus COVID-19 totales	159.317.866
Fallecidos	3.311.590
Recuperados	136.891.848
Fuente: https://www.worldometers.info/coronavirus/ Actualizado al 10 de mayo, 15.32 GMT	

En nuestro continente, los datos actualizados son:

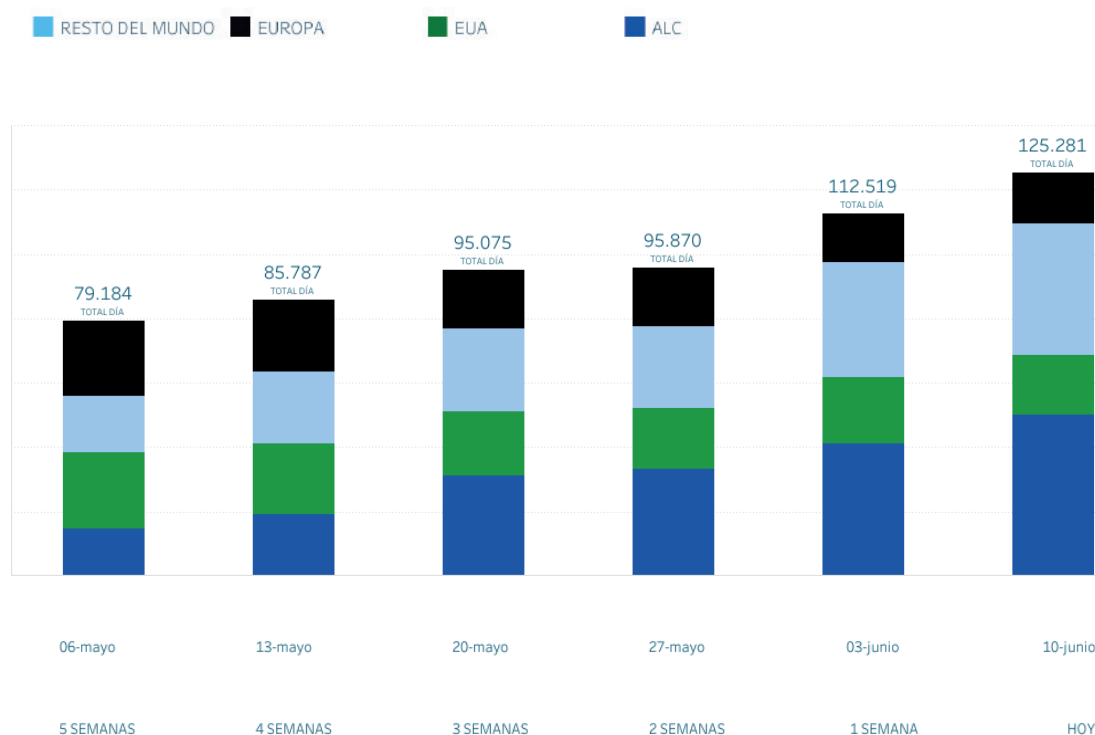
Prevalencia en las Américas	
América del Norte, Centro América y Caribe	38.859.240
América del Sur	25.924.198
Total en las Américas	64.783.438
Fuente: https://www.worldometers.info/coronavirus/ Actualizado al 10 de mayo, 15.32 GMT	

La Organización Mundial de la Salud (OMS) desde el 22 de mayo de 2020 ubicaba en nuestra región, el centro de la pandemia en términos de contagios y velocidad de expansión. Los hechos han ratificado este pronóstico ya que el aumento ha sido muy importante.

Prevalencia en América Latina y El Caribe	
Casos registrados	29.805.571
Personas fallecidas	954.050
Porcentaje de los casos mundiales	18.83% (la Población de ALC no llega al 9% mundial)
Fuente https://www.iadb.org/es/coronavirus/situacion-actual-de-la-pandemia Actualizado al 10 de mayo, 15.32 GMT	

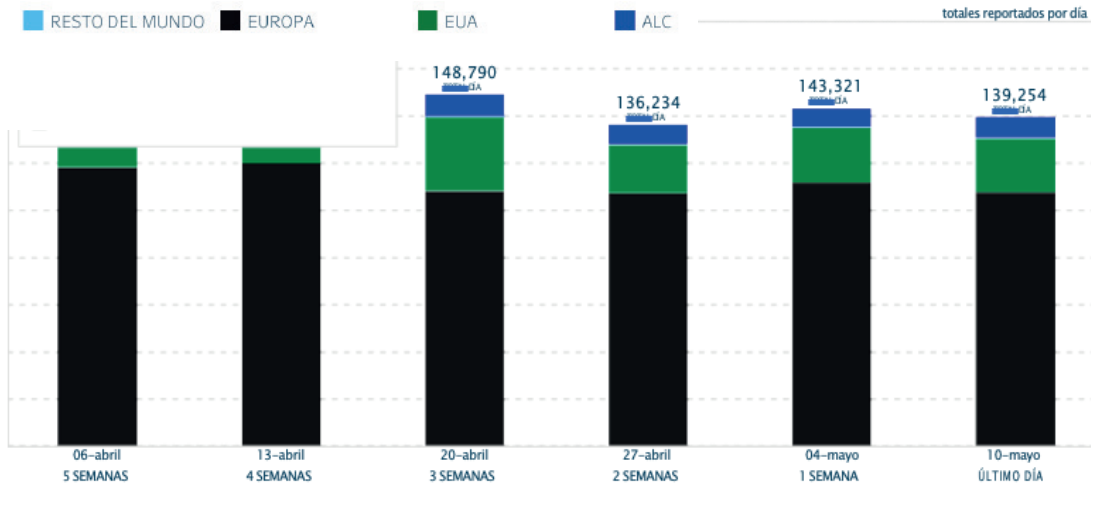
En el siguiente gráfico puede verse la proporción de crecimiento de los contagios que de manera sostenida aumenta más en América Latina que en el resto del mundo:

Total de nuevos casos

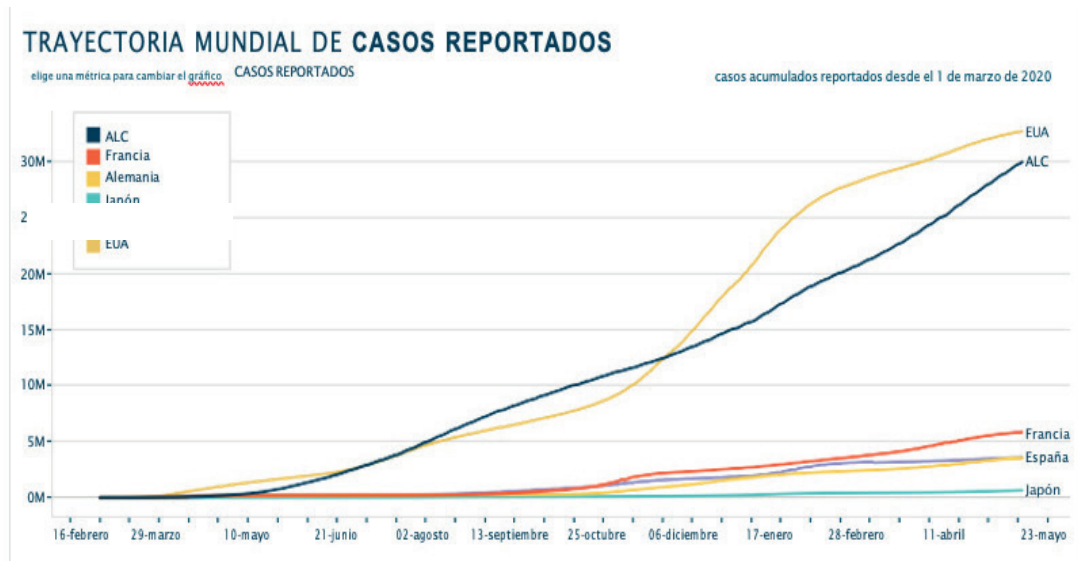


<https://www.iadb.org/es/coronavirus/current-situation-pandemic>

TOTAL DE CASOS REPORTADOS POR REGIÓN DE LAC



<https://www.iadb.org/es/coronavirus/current-situation-pandemic>



<https://www.iadb.org/es/coronavirus/current-situation-pandemic>

Brasil tiene el segundo lugar en el mundo en casos registrados con más de tres millones de contagiados, con una tasa de crecimiento muy elevada. Dentro del país, una de las regiones que presenta mayor aumento de análisis positivos es la Amazonia donde viven la mayor parte de los Pueblos Indígenas del país.

A fines de julio en la cuenca amazónica se estaba cerca de los 700 mil casos confirmados y 20 mil fallecidos, sobre un total de 33 millones de habitantes de la región. Aunque el subregistro es muy alto, al menos se han detectado 27.517 casos de indígenas de los cuales 1.108 han fallecido.⁶

Chile, México y Perú se encuentran entre los países que sostienen una curva ascendente de contagios por COVID-19.

	CASOS REPORTADOS	CASOS REPORTADOS POR 100K HABITANTES	MUERTES REPORTADAS	MUERTES REPORTADAS POR 100K HABITANTES	NUEVAS MUERTES REPORTADAS	NUEVOS CASOS REPORTADOS
ALC	30,022,607	4,760	960,67	152	4	139,254
Brasil	15,282,705	7,241	425,54	202	2	72,715
Argentina	3,191,097	7,101	68,31	152	490	25,976
Colombia	3,031,726	6,023	78,77	156	429	16,425
México	2,368,393	1,856	219,32	172	234	1,897
Perú	1,853,370	5,701	64,37	198	270	3,080
Chile	1,256,546	6,630	27,36	144	38	3,738
Ecuador	402,595	2,317	19,29	111	44	535,000
Panamá	368,368	8,675	6,28	148	5	460,000
Bolivia	320,209	2,781	13,26	115	30	1,599
Paraguay	302,061	4,288	7,28	103	75	2,377
Costa Rica	273,714	5,423	3,46	68	26	2,236
República Dominicana	272,809	2,540	3,55	33	10	701,000
Guatemala	236,266	1,423	7,78	47	40	962,000
Uruguay	225,847	6,524	3,21	93	37	2,977
Honduras	222,118	2,279	5,79	59	124	1,933
Venezuela	210,116	737,000	2,32	8	16	954
El Salvador	70,380	1,091	2,16	34	6	0
Jamaica	46,821	1,588	814	28	5	39
Guyana	14,531	1,856	331	42	4	89
Trinidad y Tobago	13,802	989,000	224	16	9	348

6 Red Eclesial Pan amazónica REPAM, Boletín Nro. 2, Julio 2020, <https://redamazonica.org/wp-content/uploads/ESP.-Bolet%C3%ADn-Informativo-REPAM-n%C2%B0-2-julio-2020.pdf>

Haití	13,179	117,000	264	2	1	15
Belice	12,704	3,254	323	83	0	4
Surinam	11,306	1,945	220	38	2	93
Bahamas	10,908	2,801	214	55	0	0
Nicaragua	7,086	108,000	184	3	1	97
Barbados	3,950	1,376	45	16	0	4

Fuente: elaboración propia con datos oficiales.

Prevalencia de COVID-19 en Pueblos Indígenas

A pesar de que la ausencia de datos estadísticos oficiales desagregados por etnia o Pueblos Indígenas sigue siendo una falla sistémica de los servicios de salud de la mayor parte de los países de la región, es indudable que el impacto grave de la COVID-19 en los Pueblos Indígenas es cada día más visibles. En materia de prevalencia de contagios y fallecimientos, actualmente algunos Estados han comenzado a incluir esta información, en el entendido que es información clave para poder tomar decisiones y llevar adelante políticas públicas.

A continuación, un cuadro que resume información de casos de COVID-19 en personas indígenas en algunos países de la región.

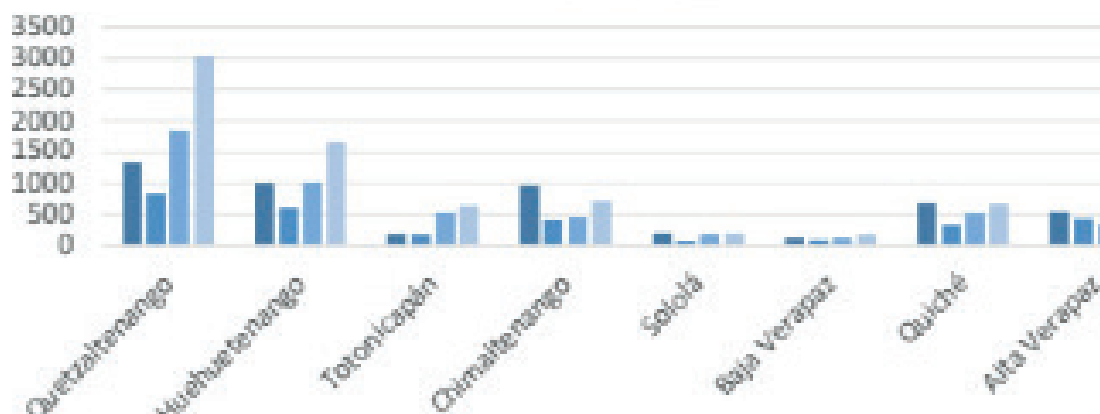
País	Contagiados	Fallecidos	Recuperados	Fuente	Fecha actualización
Argentina	115	41	s/d	INAI	29/4/21
Brasil	47.373	657	44.305	SESAI	27/4/21
Colombia	42.686	1.325	40.372	Informe a FILAC	29/4/21
México	19.040	2.888	12.895	INPI	27/4/21
Paraguay	388	35	s/d	DINASAPI	6/05/21
Perú	27.713	536	s/d	Ministerio Salud	26/4/21

Fuente: elaboración propia con datos oficiales.

En el caso de Guatemala, si bien el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social no cuenta con estadísticas desglosadas por origen étnico, la afectación sobre los pueblos originarios puede inferirse a partir de considerar aquellos departamentos donde la población indígena es notablemente mayoritaria.

Con esa perspectiva, las autoridades guatemaltecas han preparado el siguiente cuadro:

Situación de Covid-19 en Guatemala por Departamento Enero a abril de 2021



El departamento con mayor tasa de mortalidad es Quetzaltenango, con 61,7 fallecidos por cada 100.000 habitantes, le siguen Totonicapán y Chimaltenango con una tasa de 27,5 y 27,00 respectivamente.

Impactos de la pandemia

Si algo caracteriza a estos tiempos de pandemia es la incertidumbre sobre muchos de sus componentes, como el origen, sus posibles mutaciones, sobre cómo y cuándo cesarán sus efectos.

Lo que es evidente es su potencial impacto devastador; en especial sobre aquellos sectores en peores condiciones para enfrentarla, en especial porque afecta en diversos ámbitos de la vida personal y colectiva de nuestra sociedad, exacerbando previos problemas y crisis en curso.

En ese contexto, algunos prestigiosos investigadores han señalado que, en realidad, el mundo no se enfrenta a una pandemia, sino a un fenómeno aún más impactante: una “sindemia”.

Se entiende por “sindemia” un cuadro epidémico en el que la enfermedad infecciosa se entrelaza con otras enfermedades, como por ejemplo las no transmisibles (ENT), asociadas a su vez a factores sociales como la distribución desigual de la riqueza, el acceso a vivienda o

salud, así como a otros factores, incluyendo la discriminación hacia ciertos sectores, el género y también la ubicación en la escala social.

Una sindemia no es simplemente una comorbilidad, sino que se trata de la interacción de factores biológicos y sociales que aumentan la susceptibilidad de una persona a sufrir daños o empeoran los resultados de los tratamientos sanitarios.

La sindemia es una pandemia en la que no puede haber una solución parcial o meramente técnica, sino que requiere respuestas y acciones integrales. La consecuencia más importante de ver COVID-19 como sindemia es subrayar sus orígenes sociales.

La vulnerabilidad de los ciudadanos con menores protecciones sociales apunta a una verdad hasta ahora apenas reconocida: no importa cuán efectivo es un tratamiento o una vacuna protectora, una solución puramente biomédica habrá de fallar. A menos que se diseñen políticas y programas para revertir las profundas disparidades existentes, nuestras sociedades nunca serán verdaderamente seguras ante la COVID-19.⁷

En este sentido, resultan emblemáticas las palabras del Secretario General de la ONU sobre la desigualdad que define al mundo de hoy: la COVID-19 “expone las falacias y las falsedades por todas partes: la mentira de que el libre mercado puede darle un seguro de salud a todos; la ficción de que el trabajo no remunerado no es trabajo; el delirio de que vivimos en un mundo que ha superado el racismo; el mito de que estamos todos en el mismo bote, porque, aunque todos flotamos en el mismo mar, es claro que algunos lo hacen en yates de lujo mientras que otros se aferran a los desechos que quedan a la deriva”.⁸

Numerosos estudios destacan la grave crisis por la que atraviesa el mundo y la región: “...se trata de una grave crisis humanitaria que ha costado millones de vidas humanas, truncadas por el contagio del virus, así como pérdidas de producción y empleo que se han traducido también en deterioro de las condiciones de bienestar material de vastos segmentos de la población mundial (sobre todo en materia de salud, educación y nutrición) y, por lo mismo, en fuertes retrocesos en materia de pobreza y distribución de los ingresos.

7 Richard Horton, The Lancet, Offline: COVID-19 is not a pandemic, September 2020 <https://www.thelancet.com/action/showPdf?pii=S0140-6736%2820%2932000-6>

8 Discurso brindado por el Secretario General de Naciones Unidas, en conmemoración del día internacional de Nelson Mandela, <https://news.un.org/es/story/2020/07/1477581>

En esta sombría escena mundial, América Latina ha resultado ser una de las regiones más afectadas por la pandemia, situación que no es casual en el marco de las asimetrías internas y externas que configuran su disfuncional estilo de desarrollo, patrón que las literaturas estructuralista y neoestructuralista han descrito en numerosos escritos en los que se analiza la dinámica socioeconómica y ambiental de la región en diferentes estadios históricos.”⁹

En términos económicos y sociales, la región también ha resultado ser la más afectada por la crisis, que al final del año, según diversos estudios de la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL).

Arrojará como resultados una contracción del PIB del orden del 9,1%, el cierre de 2,7 millones de empresas, 44,1 millones de desocupados, 231 millones de personas en condición de pobreza, de las cuales 96 millones se encontrarán en situación de pobreza extrema, y aumentos significativos del índice de Gini, lo que refleja la manera en que el flagelo del coronavirus profundizará la desigualdad regional, que ya era estructuralmente elevada antes de la crisis.

La mayor intensidad con que ha incidido la pandemia y la crisis económica en nuestra región se explica por el mediocre crecimiento que registraba desde 2014 y los rasgos estructurales en términos productivos y distributivos que caracterizan históricamente su patrón disfuncional de desarrollo económico, social, político y ambiental.¹⁰

Pasado algo menos de un año de la divulgación de los primeros informes sobre el impacto del virus en las sociedades latinoamericanas, sus principales recomendaciones siguen siendo plenamente válidas. La necesidad de operativizar “tres fases no lineales e interrelacionadas: control, reactivación y reconstrucción”, es aún más necesario que antes.

Como plantearon oportunamente de manera conjunta OPS y CEPAL, no habrá reactivación posible sin un plan claro tendiente a evitar el repunte de los contagios, al tiempo que las medidas sanitarias deben articularse con medidas sociales y económicas dirigidas a atenuar los efectos de la crisis.

9 Alicia Bárcena y Mario Cimoli, Presentación Economía global y desarrollo en tiempos de pandemia: los retos para América Latina y el Caribe, en CEPAL, El COVID-19 y la crisis socioeconómica en América Latina y el Caribe, Diciembre 2020. <https://www.cepal.org/es/publicaciones/46838-revista-cepal-132-edicion-especial-covid-19-la-tesis-socioeconomica-america>

10 CEPAL, El COVID-19 y la crisis socioeconómica en América Latina y el Caribe, Diciembre 2020, Editorial.

Se trata, en definitiva, de enfrentar las crisis colocando en el centro un desarrollo sostenible e inclusivo que tienda a disminuir desigualdades en lugar de ahondarlas.¹¹

De acuerdo con la Organización Internacional del Trabajo, producto de la crisis sanitaria se perderán 44 millones de puestos de trabajo. A fin del 2020, el nivel de pobreza será igual que en el 2005.

América Latina y el Caribe constituyen la región con mayor contracción en las horas de trabajo en todo el mundo, con una reducción estimada de alrededor de 20.9% para los primeros tres trimestres de 2020. Esta cifra casi duplica la estimación media mundial, del 11.7%. Por su parte, los ingresos por trabajo se contrajeron en 19.3 %, también muy por encima de la tasa mundial del 10.7%. Dado que los ingresos laborales representan, en promedio, de un 70% a un 90% de los ingresos familiares totales, estas reducciones han significado grandes pérdidas para numerosos hogares, con impactos significativos sobre los niveles de pobreza.¹²

Respecto a los Pueblos Indígenas, entidades como OXFAM hablan de la posibilidad de un etnocidio en la región. Señalan que para evitarlo no solo se tienen que respetar las medidas sanitarias adoptadas por los Pueblos Indígenas, sino que también se tendría que “impedir toda actividad extractiva o que implique un riesgo de contagio en sus territorios y alrededores”, tocando así factores estructurales que profundizaron los efectos de la pandemia.¹³

Los problemas no cesan y recientemente, varias organizaciones indígenas denuncian distintos eventos directamente relacionados con estas prácticas que no son vigiladas ni detenidas por parte de las autoridades.

Por ejemplo, la Coordinación General de la Comisión de Jefes y Líderes Indígenas de la Tierra Indígena Araribóia, divulgó una carta denunciando serios problemas que enfrentan ante el avance de acciones extractivas.

Los pueblos Guajajara y Wazayzar que viven en forma autónoma en la Amazonia brasileña, denuncian que están rodeados de madereros, acaparadores de tierras, cazadores y traficantes sin que el Estado actúe para protegerles. Sostienen que, desde 2015, su territorio

11 CEPAL-OPS, Salud y economía: una convergencia necesaria para enfrentar el COVID-19 y retomar la senda hacia el desarrollo sostenible en América Latina y el Caribe, julio 2020 <https://www.cepal.org/es/publicaciones/45840-salud-economia-convergencia-necesaria-enfrentar-covid-19-retomar-la-senda>

12 OIT, Impactos en el mercado de trabajo y los ingresos en América Latina y el Caribe, octubre 2020, (https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/-americas/-ro-lima/documents/publication/wcms_756694.pdf)

13 Oxfam Internacional, “Evitar el Etnocidio - Pueblos indígenas y derechos territoriales en crisis frente a la COVID-19 en América Latina”; julio de 2020. <https://oxfamlibrary.openrepository.com/bitstream/handle/10546/621028/bp-evitar-el-etnocidio-210720-es.pdf>

perdió más del 50% de su cobertura vegetal debido a la deforestación y los incendios forestales, provocando una gran degradación ambiental, afectando seriamente sus formas de vida que depende de la rica biodiversidad del entorno. Actualmente, a los problemas anteriores, se suman los cultivadores de soja.

Por su parte, en el Perú, pobladores y autoridades de 16 comunidades indígenas del distrito de Trompeteros, provincia de Loreto, denuncian, el día 13 de mayo, un derrame de petróleo en las aguas del río Corrientes proveniente, de la batería 1 del Lote 8, administrado por la empresa Pluspetrol.

Los derrames suceden constantemente, afectando a más de 19 comunidades aguas abajo, que de ese río beben el agua todos los días y ahora se encuentra con petróleo derramado, denunció el apu Teddy García, de la comunidad indígena achuar.

Si bien la empresa ha reconocido el problema y promete dotar de agua potable a las comunidades, el problema de fondo habrá de continuar mientras no se tomen medidas de fondo.

La Organización Mundial de la Salud (OMS), en un comunicado de fin de julio¹⁴, señalaba que si bien son las personas más pobres y vulnerables del mundo quienes están especialmente en riesgo frente al Covid-19, eso es aún más cierto para los Pueblos Indígenas, sea que habiten en áreas urbanas o rurales.

Al momento de reconocer que los Pueblos Indígenas tienen culturas e idiomas únicos y mantienen relaciones profundas con el medio ambiente, la OMS considera que los mismos enfrentan muchos desafíos. Entre estos, la falta de representación política, la marginación económica y la falta de acceso a servicios de salud, de educación y servicios sociales. “Los Pueblos Indígenas a menudo tienen una alta carga de pobreza, desempleo, desnutrición y enfermedades transmisibles y no transmisibles, lo que los hace más vulnerables a Covid-19 y sus graves resultados”.

En ese sombrío escenario, Latinoamérica destaca por ser la región donde más se incrementó la inseguridad alimentaria severa, por el impacto del Covid-19.

13 https://www.who.int/docs/default-source/coronaviruse/transcripts/covid-19-virtual-press-conference---20-july.pdf?sfvrsn=356178b_2

El número de personas con inseguridad alimentaria severa en Latinoamérica y el Caribe podría alcanzar los 16 millones, siendo los más afectados los adultos mayores y niños menores de 5 años; las mujeres embarazadas y lactantes; personas con enfermedades crónicas; comunidades indígenas; y migrantes¹⁵.

Como señala el Informe de OXFAM citado, la crisis sanitaria ha agravado la inseguridad alimentaria en los hogares indígenas; las restricciones a la movilidad y las medidas de aislamiento han interrumpido la producción y el suministro de alimentos, siendo los más pobres los más afectados.

15 <https://www.efeagro.com/noticia/latinoamerica-es-la-region-donde-mas-crece-la-inseguridad-alimentaria-por-la-covid/>



ACCESO A LAS VACUNAS

El acceso a las vacunas contra la COVID-19

Panorama General

Como señalan los expertos, tener una o varias vacunas contra el virus, es el primer paso, pero para llegar a que la misma contribuya de forma decisiva a combatirlo, se requiere una amplia difusión y aplicación, lo cual, necesariamente llevará bastante tiempo.

El notable avance científico que permitió contar con vacunas contra la COVID-19 en tiempo récord, abrió una enorme expectativa de poder contrarrestar al virus y sus tremendos impactos.

Sin embargo, la vacuna no puede ser concebida como la respuesta a todos los problemas generados por la pandemia y llevarnos a abandonar las estrategias de protección cumplidas hasta el momento.

Como ha señalado el Director General de la OMS, no se trata de esperar a que haya una vacuna efectiva porque “hay que salvar vidas ahora” y porque se puede vencer al virus aún sin ella, con fuerte participación de la sociedad y una estrategia integral para suprimir la transmisión y salvar vidas, como pasó con la supresión de los brotes de ébola en África.

Además, la vacuna debe ser un bien público de amplio acceso partiendo del Derecho a la Salud de todas las personas y no concebir la salud y bienestar de las personas en un motivo de negocio, lucro o botín político.¹⁶

Concebir a la vacuna como un bien público global no se trata solo de un imperativo ético, sino que es una necesidad sanitaria: si no hay una cobertura de prevención y vacunación realmente masiva, no estaremos combatiendo eficientemente al virus.

16 <https://news.un.org/es/story/2020/07/1477691>

Con esa perspectiva es que la Asamblea General de las Naciones Unidas a fines del mes de abril, adoptó una resolución, patrocinada por 129 países, para fortalecer la cooperación internacional que asegure un acceso justo, oportuno y equitativo a los medicamentos, vacunas y equipo médico necesario para hacer frente al COVID-19. Se trata de evitar la especulación, acaparamiento y toda medida que evite el acceso a los productos necesarios para combatir el virus.¹⁷

En el mes de mayo, los 194 miembros de la Organización Mundial de la Salud aprobaron por unanimidad una resolución similar, pidiendo que las vacunas del COVID-19 sean clasificadas como un bien público de la salud mundial.¹⁸

Cabe destacar que esta resolución fue precedida por el llamado de más de 140 líderes mundiales, expertos y sabios que instaron a garantizar que las vacunas, diagnósticos, pruebas y tratamientos de COVID-19 se suministren de forma gratuita en todo el mundo.

“La vacuna COVID-19 no debe pertenecer a nadie y ha de ser gratuita para todos. Los tópicos diplomáticos no son suficientes, necesitamos garantías legales, y las necesitamos ahora”, sentenció la ex primera ministra de Nueva Zelanda y ex administradora del Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo, Helen Clark, una de las firmantes del documento.¹⁹

El propio Papa Francisco, en carta fechada 21 de abril de 2021 dirigida a los participantes de la XXVII Cumbre Iberoamericana de Jefes de Estado y Gobierno, señaló que la inmunización extensiva contra la COVID-19 debería ser considerada un “bien común universal”. En la misma, la máxima autoridad católica, reclamó más solidaridad entre los países para garantizar una distribución equitativa de las vacunas contra la Covid-19, “no basada en criterios puramente económicos, sino teniendo en cuenta las necesidades de todos, especialmente los más vulnerables”.

También afirmó que son “particularmente bienvenidas las iniciativas que buscan crear nuevas formas de solidaridad a nivel internacional, con mecanismos dirigidos a garantizar una distribución equitativa de las vacunas, no basada en criterios puramente económicos, sino teniendo en cuenta las necesidades de todos, especialmente de los más vulnerables y necesitados”.²⁰

17 <https://news.un.org/es/story/2020/04/1474032>

18 <https://news.un.org/es/story/2020/05/1474672>

19 <https://coronavirus.onu.org.mx/la-vacuna-covid-19-no-debe-pertenecer-a-nadie-y-ha-de-ser-gratuita-para-todos>

20 El texto completo de la carta puede verse en <https://www.nodal.am/wp-content/uploads/2021/04/Carta-Cumbre-Iberoamericana-1.pdf>

En esa misma Cumbre Iberoamericana que recibió la carta del Papa, los Jefes de Estado y de Gobierno adoptaron un comunicado especial sobre esta temática.²¹ Allí, los mandatarios reafirman la Resolución 74/274, aprobada por la Asamblea General de la ONU, de 20 de abril de 2020 y de la Asamblea Mundial de la salud de mayo de 2020, sobre garantizar el acceso mundial a los medicamentos, las vacunas y el equipo médico, así como la respuesta integral a la COVID-19 que deben brindar los Estados, las organizaciones internacionales y otras partes interesadas.

Al mismo tiempo, ven con preocupación las brechas en el acceso justo, transparente, equitativo, eficiente, universal y oportuno a las vacunas contra la COVID-19 que gran número de países enfrentan para acceder a las mismas y suministrarlas a sus poblaciones.

En el comunicado, exhortan a los Estados y otros actores relevantes a tomar las medidas apropiadas para facilitar el comercio, la distribución y el acceso justo, transparente, equitativo, eficiente, universal y oportuno de las vacunas contra la COVID-19, en aplicación del principio de cooperación y solidaridad internacional, a fin de encontrar la salida conjunta de esta crisis y la recuperación global, asegurando el derecho a la salud y a la vida para todos, así como al desarrollo de nuestros pueblos.

Dos días antes, en la sesión del 19 de abril de 2021 del Consejo de Seguridad de la Organización de las Naciones Unidas, el Canciller de México, reiteró el posicionamiento de la Comunidad de Estados Latinoamericanos y Caribeños (CELAC), que reúne a 33 países del continente, respecto al acaparamiento de vacunas y detalló las acciones para construir el frente regional contra la pandemia de COVID-19.

En la misma fecha, la CELAC emitió un comunicado donde “hace un llamado a la comunidad internacional y al sector farmacéutico mundial a sumarse a los esfuerzos que se están realizando a través de los gobiernos y los foros de organismos multilaterales, para democratizar la producción y el acceso de vacunas contra COVID-19, siendo éstas un bien público global, y para mejorar su escalamiento a nivel mundial”.

El breve comunicado hace ver la urgencia de que, sector privado, gobiernos y organismos internacionales, trabajemos para lograr un acceso justo, equitativo, solidario, transparente, oportuno y universal a las vacunas, equipo de diagnóstico, medicamentos y otras tecnologías sanitarias contra COVID-19, incluyendo, como parte del proceso de democratización, la modernización de la infraestructura médica y la capacitación del personal sanitario.²²

21 XXVII Cumbre Iberoamericana de Jefes de Estado y de Gobierno. Comunicado especial sobre la garantía del derecho a la salud a través del acceso equitativo, transparente, oportuno y universal a las vacunas en la respuesta a pandemias y otras emergencias sanitarias. Andorra, 21 de abril de 2021. <https://www.segib.org/wp-content/uploads/2.-CE-Derecho-a-la-Salud-E-final.pdf>

22 El texto completo del comunicado puede verse en <https://ppt-celac.sre.gob.mx/es/co->

Uno de los documentos con un abordaje más integral sobre esta temática es la Resolución Nro. 1/21 de la Comisión Interamericana de Derechos Humanos (CIDH) publicada el día 7 de abril del 2021, fecha en la que se conmemoraba el Día Mundial de la Salud.²³

La Resolución que lleva como título “Las vacunas contra el COVID-19 en el marco de las obligaciones interamericanas de derechos humanos”, responde a la urgencia de asegurar la rápida inmunización de los habitantes del continente, así como instar a los Estados a colocar a la salud pública y los derechos humanos en el centro de sus decisiones y políticas sobre vacunas.

Para ello, establece criterios y recomendaciones, con el fin de promover la distribución justa y equitativa de las vacunas, así como de asegurar que todos los procesos de producción, adquisición, distribución y administración de vacunas contra el COVID-19 se den desde un enfoque de derechos humanos, tomando como principal referencia las obligaciones internacionales, y en particular, el marco jurídico aplicable del sistema interamericano de derechos humanos.

Para la CIDH, las vacunas, como un bien público mundial y regional, deben estar al alcance de todas las personas, con igualdad y sin discriminación, por lo que se debe asegurar su distribución justa y equitativa y, en particular, que resulten accesibles y asequibles para los países de medios y bajos ingresos. Señala la CIDH, que la equidad debe ser el componente clave no solo entre países, sino también dentro de los países para poder poner fin a la fase aguda de la pandemia.

La Resolución aborda las principales áreas de preocupación regional y mundial en cuanto a las vacunas contra el COVID-19 haciendo recomendaciones concretas en torno a seis grandes temáticas, a saber: a) distribución y priorización de dosis de vacunas; b) difusión activa de información adecuada y suficiente sobre las vacunas y contrarrestar la desinformación; Derecho al consentimiento previo, libre e informado; c) derecho de acceso a la información, transparencia y combate contra la corrupción; d) empresas y derechos humanos en relación con las vacunas contra el COVID-19; y, f) Cooperación internacional.²⁴

[municados-especiales-e-intervenciones/comunicados/54-comunicado-especial-sobre-la-democratizacion-de-la-produccion-de-vacunas-contra-covid-19-special-communicate-on-the-democratization-of-covid-19-vaccine-production](https://www.oas.org/es/cidh/comunicados/54-comunicado-especial-sobre-la-democratizacion-de-la-produccion-de-vacunas-contra-covid-19-special-communicate-on-the-democratization-of-covid-19-vaccine-production)

23 CIDH, Resolución No. 1/2021, “Las vacunas contra el COVID-19 en el marco de las obligaciones interamericanas de derechos humanos” (Adoptada por la CIDH el 6 de abril de 2021), <https://www.oas.org/es/cidh/decisiones/pdf/Resolucion-1-21-es.pdf>

24 CIDH, comunicado de prensa del 7 de abril de 2021 <https://www.oas.org/es/CIDH/jsForm/?File=/es/cidh/prensa/comunicados/2021/087.asp>

En la Resolución, la CIDH aborda uno de los problemas cruciales que enfrentan los Pueblos Indígenas y la sociedad en general en estos momentos: la dificultad de acceder a información sólida, confiable y culturalmente pertinentes sobre las vacunas, su alcance y también eventuales riesgos para la salud de las personas.

En el texto, la CIDH es enfática al afirmar que “La obligación de proveer y difundir información adecuada y suficiente sobre las vacunas para prevenir el COVID-19 corresponde a los Estados. La desconfianza que pueda surgir de la sociedad civil y la desinformación sobre las vacunas deben ser contrarrestadas con acciones que contribuyan a fortalecer la seguridad en las instituciones de salud pública y en el conocimiento de base científica.”²⁵

Pero además, la Resolución incluye un párrafo específico para los Pueblos Indígenas estableciendo que “ Los Estados deben, respecto a los Pueblos Indígenas, realizar campañas de información y de distribución de vacunas en sus territorios, en coordinación y con la participación de los mismos, a través de sus entidades representativas, liderazgos y autoridades tradicionales, a fin de asegurar la efectividad y adecuación cultural de las medidas, como el respeto a sus territorios y libre determinación.”²⁶

Con toda claridad, la CIDH detecta y manda corregir dos de los principales problemas que señalan las organizaciones indígenas: la falta de información adecuada, con pertinencia cultural, como así también, las carencias en la participación de los Pueblos Indígenas a través de sus autoridades representativas en las campañas de vacunación.

La CIDH, además, reclama que, en este marco, se cumpla a plenitud el derecho al consentimiento libre, previo e informado de los Pueblos Indígenas al destacar que “Toda vacuna contra el COVID-19 que el Estado vaya a suministrar debe contar con el consentimiento previo, libre e informado de la persona que la recibe. Ello implica que toda persona tiene derecho a que los prestadores de servicios médicos suministren información sobre las vacunas contra el COVID-19 que puedan recibir. Dicha información debe ser oportuna, completa, comprensible, clara, sin tecnicismos, fidedigna, culturalmente apropiada, y que tome en cuenta las particularidades y necesidades específicas de la persona”.²⁷

Cabe resaltar que, la 20a Sesión del Foro Permanente para las Cuestiones Indígenas de la ONU que tuviera lugar a fines de abril de 2021, adoptó una recomendación a través de la cual subraya la urgencia de garantizar que todos los Pueblos Indígenas sean tomados en cuenta en la planificación y distribución de vacunas contra COVID-19.²⁸

25 CIDH, Resolución 1/ 21, párrafo 11

26 CIDH, Resolución 1/ 21, párrafo 14

27 CIDH, Resolución 1/ 21, párrafo 16

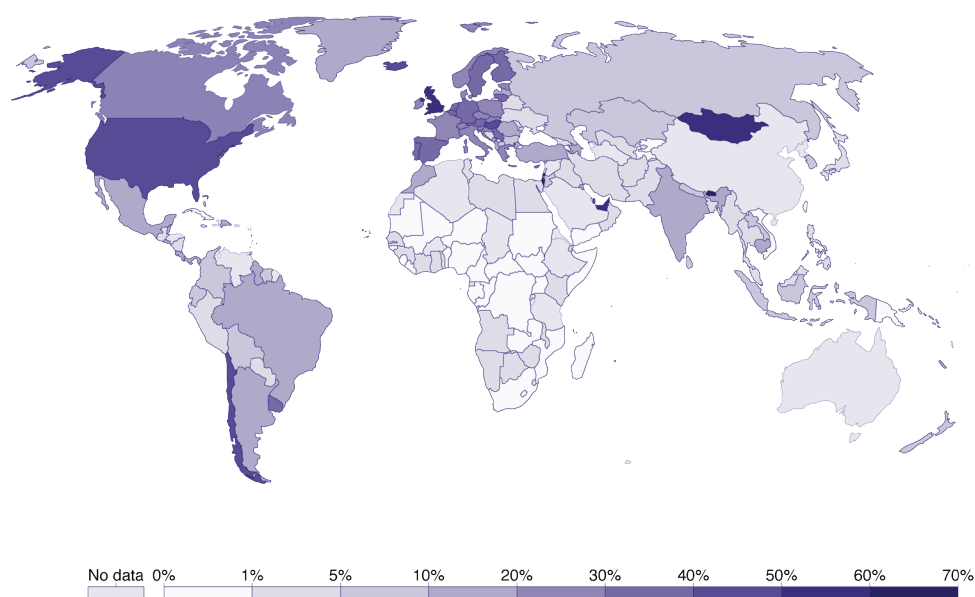
28 Texto aún versión borrador sujeto a ajustes finales, puede consultarse en el documento

Sin embargo, a pesar de los esfuerzos y sucesivos llamados de diversos organismos internacionales para democratizar el acceso a las vacunas, la realidad del mundo es muy otra.

Mientras casi 160 millones de personas se han contagiado con el virus SARS-CoV-2 y se han superado largamente los tres millones de fallecidos, al 9 de mayo de 2021, apenas el 8.34% de la población mundial ha sido vacunada al menos con una dosis.

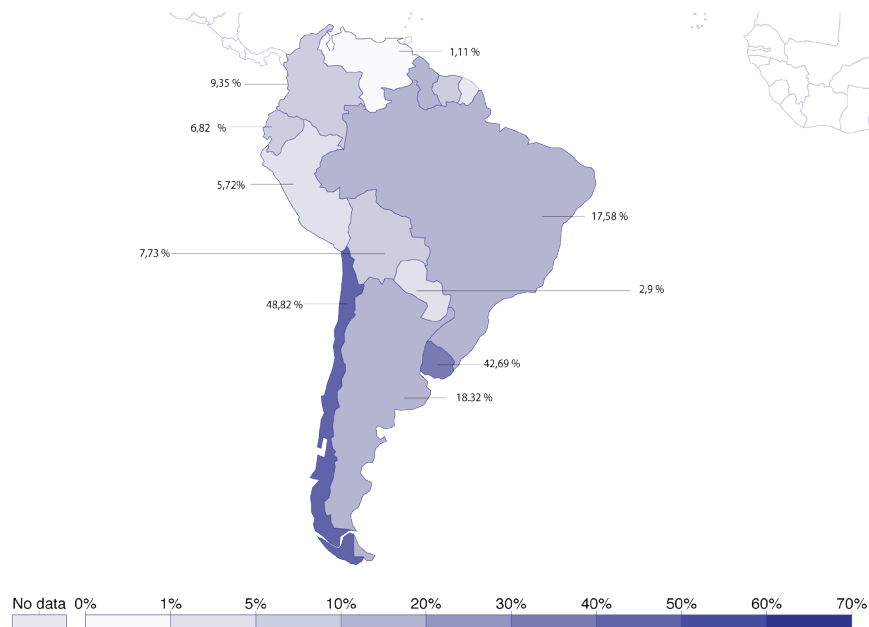
Pero, además, este bajo porcentaje mundial de vacunados, se reparte de forma claramente inequitativa entre los países del planeta: los países de ingresos altos que tienen apenas el 16 % de la población mundial, cuentan con el 60 % de las dosis de vacunas que se han vendido.

A continuación, algunos datos a la fecha de cierre de este informe. Como puede verse en este mapa que está en constante actualización, en los primeros días de mayo de 2021, se mantiene una notable desigualdad entre los diversos países, para el acceso a la vacunación contra la COVID-19.

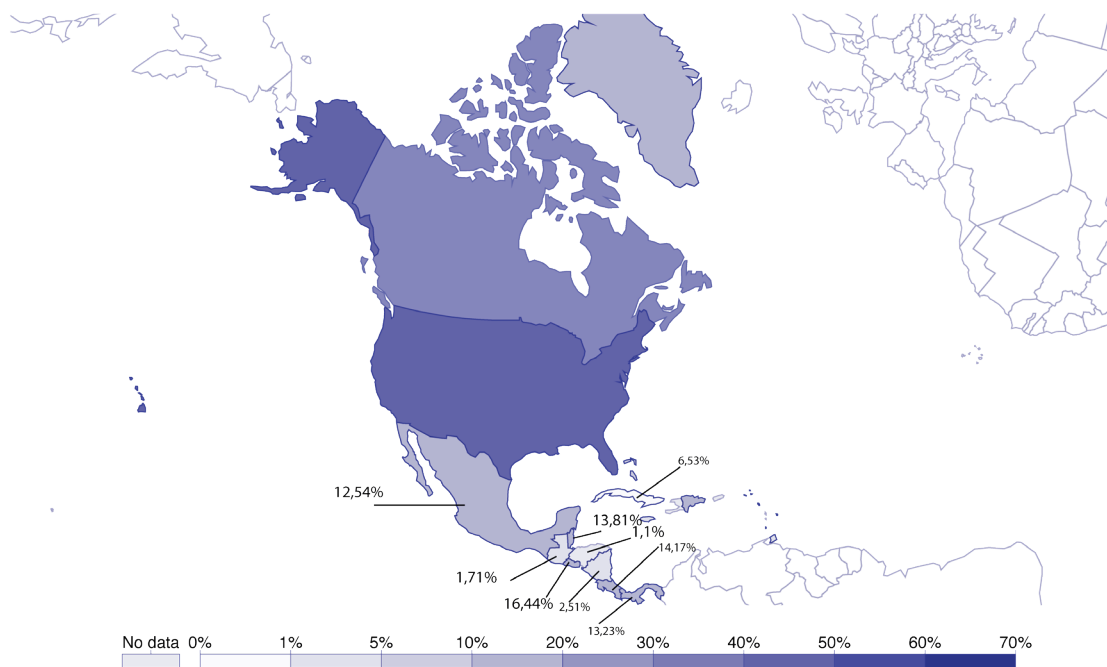


<https://ourworldindata.org/covid-vaccinations>

E/C.19/2021/L.5 <https://www.un.org/development/desa/indigenouspeoples/wp-content/uploads/sites/19/2021/04/L.5-1.pdf>



<https://ourworldindata.org/covid-vaccinations>

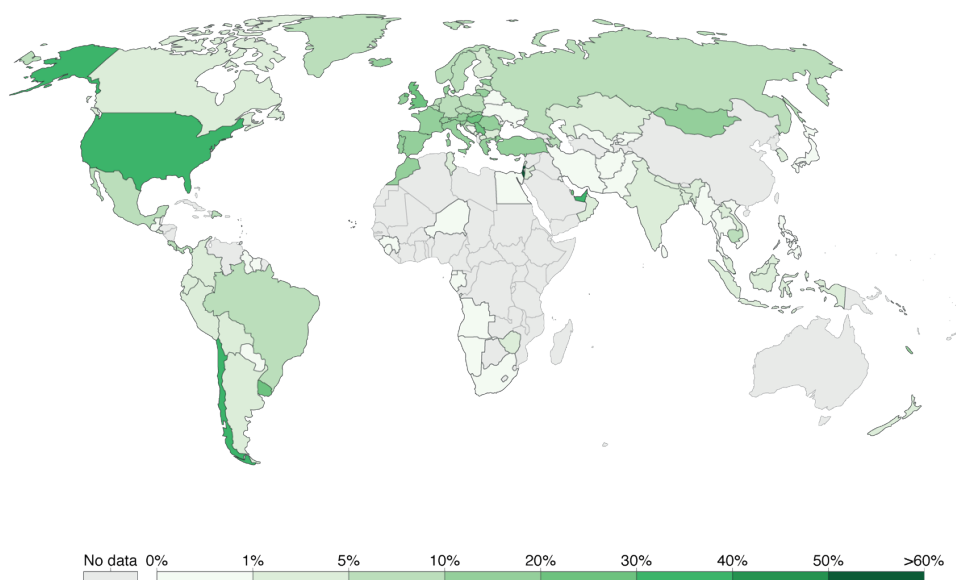


<https://ourworldindata.org/covid-vaccinations>

De acuerdo con esta fuente, en el continente americano, tan solo Estados Unidos de América y Chile, han superado el 40% de su población ya vacunada al menos con la primera dosis. Del resto, Uruguay, llega al 35,36% y el resto tiene guarismos muy inferiores.

En el resto del mundo, solo Israel, el Reino Unido y el Reino de Bután, superan el 50% de su población vacunada. En el continente africano, ningún país supera el 15% y la gran mayoría, no llega al 2% de su población vacunada.

Similares comentarios pueden hacerse si observamos el mapa actualizado sobre las personas que han recibido las dos dosis de la vacuna:



<https://ourworldindata.org/grapher/share-people-fully-vaccinated-covid?time=latest>



**ACCESO A LA VACUNA
PARA LOS PUEBLOS INDÍGENAS**



Acceso a las vacunas para los Pueblos Indígenas

La perspectiva de los Pueblos Indígenas

La efectiva vacunación de las comunidades indígenas no estará asegurada sin que exista un escenario de mayor amplitud y democratización del acceso a las vacunas consideradas como un bien público más que una mercancía.

En este tema, como en general para la implementación de los derechos de los Pueblos Indígenas, es necesario partir de la base que se trata de pueblos con culturas y realidades actuales e históricas muy diferentes a otros, por lo cual, la aplicación mecánica de acciones pensadas para otros contextos socioculturales, rara vez podrán cumplir con los objetivos perseguidos. Este aspecto ha sido destacado desde el inicio de la pandemia.

Como se estableciera desde el inicio de la pandemia, se requieren estrategias y acciones específicas para los Pueblos Indígenas por tres razones fundamentales:

En primer lugar, por las condiciones de vulnerabilidad estructurales que sufre la gran mayoría de los y las indígenas que, además, en muchos casos viven en zonas alejadas de centros urbanos y con enormes limitaciones para el acceso a servicios básicos, incluyendo el agua y la salud.

En segundo lugar, porque se trata de pueblos con culturas propias, para los cuales es imprescindible un abordaje que integre la ciencia médica con los saberes y prácticas ancestrales, incluyendo los idiomas, sus estructuras organizativas y sus propios sistemas de salud. Muchas comunidades, que desde siempre han recurrido a sus formas ancestrales de relacionarse con la naturaleza y sus propios cuerpos, no pueden ser invadidas por otro tipo de prácticas sin que ello implique consecuencias negativas que deben evitarse.

En tercer lugar, porque para las comunidades indígenas, en particular aquellas que pertenecen a pueblos con reducido número de habitantes, evitar el ingreso del virus a su territorio ha sido una cuestión de vida o muerte, no solo de las personas, sino de los pueblos como colectividades.

La situación inmunológica de muchas comunidades puede conllevar consecuencias dramáticas, como ya ocurriera en el pasado con otras enfermedades.²⁹

29 FILAC-FLAY, Los Pueblos Indígenas ante la Pandemia COVID-19, Primer Informe Regional, páginas 14 y siguientes.

A su vez, se requieren estrategias diferenciadas para al menos cuatro categorías de vulnerabilidades que presentan los Pueblos Indígenas, a saber:

- Los Pueblos Indígenas en aislamiento voluntario, por su misma condición de aislamiento, cuentan con sistemas inmunológicos mucho más fragilizados frente a agentes patógenos externos.
- Los pobladores indígenas que habitan en centros urbanos, en su mayoría están ubicados en barrios marginales, con un menor acceso a servicios básicos de agua o alcantarillado, entre otros.
- Pueblos Indígenas que perdieron o debilitaron sus sistemas de vida originarios, cambiando sus patrones alimenticios y de comida, lo que derivó en un cambio de sus perfiles epidemiológicos y la aparición de nuevas enfermedades como la diabetes, presión alta, disfunciones gástricas, cáncer, etc.
- Pueblos Indígenas, principalmente en tierras bajas, que enfrentan la mayor epidemia de dengue y malaria de los últimos tiempos, lo que afecta seriamente a las comunidades indígenas, por las condiciones climáticas y territoriales.³⁰

La especificidad de respuestas, estrategias y acciones para los pueblos y comunidades indígenas ha sido reclamada también por las agencias de la Organización de las Naciones Unidas, como es el caso de la Organización Panamericana de la Salud.

La OPS ha señalado que la información disponible muestra la coexistencia de una serie de condiciones y factores relacionados con la vulnerabilidad de ciertos territorios y grupos sociales, incluidos los Pueblos Indígenas, que enfrentan desafíos singulares, como mayores niveles de pobreza, falta de acceso a algunos servicios básicos, servicios como agua y saneamiento, y menores niveles de alfabetización. Estos desafíos, entre otros factores, los convierte en poblaciones vulnerables, por lo cual se requieren enfoques diferenciales, con plena participación desde el principio en cualquier decisión que afecte su salud.³¹

La necesidad de atender de forma diferenciada y urgente a las comunidades indígenas contra la llegada del virus, ha quedado claramente demostrada en el caso del Pueblo Juma de Brasil.

30 Véase, FILAC, Declaración del Consejo Directivo, marzo de 2020 <http://www.filac.org/wp/wp-content/uploads/2020/03/comunicado-filac.pdf>

31 OPS – OMS, Consideraciones sobre Pueblos Indígenas, Afrodescendientes y otros grupos étnicos durante la Pandemia COVID-19, junio 2020 <https://www.paho.org/en/documents/considerations-indigenous-peoples-afro-descendants-and-other-ethnic-groups-during-covid>

A inicios del mes de febrero de 2021, se supo del fallecimiento de Amoim Aruká de 86 años, considerado el último hombre del pueblo indígena Juma que había sido internado por COVID-19 en un hospital de Porto Velho en el estado de Rondonia.

Este pueblo indígena que hace cinco décadas contaba con alrededor de 15.000 personas, fue diezmado durante matanzas en manos de mineros y hacendados invasores, como también por el impacto de varias enfermedades.

Aruká era el último hombre juma que tenía memoria de las maneras de cazar, los modos artesanales propios de su pueblo. Existe un consenso en la región, entre los indígenas kagwahiva (grupo lingüístico al que pertenecen los Juma) de su importancia para la memoria colectiva. Él era reconocido como un amóe, un título de respeto, que quiere decir abuelo en tupí guaraní.

Dificultades de acceso a vacunas para las comunidades indígenas

Las organizaciones indígenas de la región han planteado de manera reiterada y en distintos foros las múltiples dificultades que detectan en este proceso de vacunación contra la COVID-19.

Es notorio que, la vacunación discurre muy lentamente, con las consecuencias negativas que ello puede ocasionar. Como lo expusiera el Canciller mexicano en sesión del Consejo de Seguridad de la ONU del 17 de febrero de 2021, algunos estudios señalan que el ritmo de vacunación hace que muchos países no tendrán acceso generalizado a la vacuna hasta la mitad de 2023.

El problema no es solo llegar tarde, sino que la falta de inmunidad masiva crea condiciones para la aparición de nuevas cepas del virus (como ya ha ocurrido con las conocidas como cepas británicas, sudafricanas, brasileña, andina, entre otras) cuya trasmisibilidad y letalidad no pueden conocerse previamente. Considerando las condiciones de vulnerabilidad de las comunidades indígenas este es un aspecto esencial para tomar en cuenta.

Otros aspectos resaltados de manera reiterada por las organizaciones indígenas son, la falta de participación o al menos de coordinación entre autoridades estatales y los Pueblos Indígenas, así como la enorme carencia de información precisa y con pertinencia cultural en relación con la o las vacunas.

Son raros los ejemplos que pueden encontrarse donde los derechos colectivos de los Pueblos Indígenas como los de participación y consulta han sido considerados e implementados en relación con las campañas de vacunación. Pareciera no haberse registrado que, ha sido el

ejercicio de esos derechos colectivos lo que ha permitido que el virus no se propagara más ni afectara a más personas, favoreciendo no solo a los indígenas sino a toda la población del continente.

La ausencia de información es notoria. En términos generales, los Estados continúan sin tener información desagregada sobre el impacto de la COVID-19 sobre los Pueblos Indígenas. Pasado largamente el año de inicio de la pandemia y a pesar de los múltiples llamados en este sentido, la situación no ha cambiado demasiado. Ante la apertura del proceso de vacunación, la falta de datos no ayuda en absoluto a diseñar y ejecutar estrategias adecuadas para las comunidades indígenas.

A diferencia de lo ocurrido en los primeros meses de la pandemia cuando los gobiernos y organizaciones indígenas desarrollaron amplias campañas de prevención en idiomas originarios y con formatos culturalmente apropiados, ello no se está viendo en estos momentos. Si bien hay ejemplos que valen la pena destacarse y se incluyen más adelante en este reporte, se está muy lejos de dotar a las comunidades y a la población en general de la información precisa para que se puedan tomar decisiones con todos los antecedentes necesarios.

Debe considerarse, además, que los debates globales sobre las vacunas, su seguridad y eficacia, sus eventuales impactos negativos, muchas veces marcados por intereses de tipo comercial o geopolíticos más que científicos, han incidido en gran forma generando desconfianzas. Al mismo tiempo, son múltiples los casos reportados por organizaciones indígenas y otras fuentes sobre campañas contrarias a las vacunas que formalmente llaman a evitar la inoculación por diversas causas que en general no tienen sustento serio.

Un reciente estudio basado en encuestas elaborado por ORPIO - AIDSESEP revela falta de información sobre la vacunación en Pueblos Indígenas de Loreto y Ucayali en Perú. La encuesta fue aplicada a nueve Pueblos Indígenas amazónicos de la región Loreto y revela que la principal razón de su negativa es la falta de información respecto a la vacuna antiCOVID-19. Las cuarenta comunidades expresaron su falta de conocimiento e información sobre la vacunación y expresaron que no han ido a sus comunidades a informar o preguntarles su opinión sobre si deciden vacunarse o no.

Entre otros datos, la encuesta señala que las más de 400 personas consultadas revelan que no han recibido información de primera mano para resolver preguntas como: ¿Sabe que para vacunarse contra la COVID-19 necesita firmar un documento de consentimiento?

De igual modo, ¿Sabe que puede re infectarse de COVID-19 más de una vez? Al rededor del 32,7% respondieron con temor que no.

También registra que, la gran mayoría de las personas indígenas no contrasta la veracidad de la información sobre COVID-19 ni vacunación que recibe por distintos medios.³² A estos problemas, se agregan otros, que dificultan aún más la efectiva vacunación de los Pueblos indígenas.

En algunos lugares, se conocen situaciones de manejo inadecuado de la dotación de vacunas, algunas de las cuales han sido denunciadas por las organizaciones indígenas.

Por ejemplo, al momento de elaborarse este informe, el Ministerio Público General en Roraima (MPF-RR), Brasil, ha recibido la denuncia de supuesta venta ilegal de vacunas contra la COVID-19 destinada a las comunidades amazónicas Yanomani, a favor de garimpeiros (mineros ilegales). También el Ministerio de Salud ha señalado que inició investigaciones para determinar responsabilidades. La denuncia fue presentada a mediados de abril por la asociación Hutukara –la principal organización Yanomami del estado de Roraima–, mediante una carta dirigida al Ministerio de Salud, donde el líder indígena Dario Kopenawa alertó que apenas dos de los 37 centros de salud habilitados en la zona han cumplido con la meta de inmunizar al total de la población adyacente a pesar de tener suficiente dotación vacunal para hacerlo.

El Distrito Sanitario Especial Indígena Yanomami (DSEI-Y) contempla la atención a más de 28.000 habitantes de ese pueblo, que habitan entre los estados Amazonas y Roraima, en el norte del Brasil, limítrofe con Venezuela. Fuentes oficiales estiman que más de 20.000 mineros ilegales en la misma zona geográfica.

La autonomía territorial y las características de vida de los Pueblos Indígenas deben ser tomados muy en cuenta a la hora de implementar campañas de vacunación.

Por ejemplo, el desplazamiento de las comunidades indígenas como consecuencia de sus tradiciones y el calendario ecológico debe ser considerado ya que, hasta el momento, al menos en el continente, las vacunas con las que se cuentan son de dos dosis con determinada separación temporal entre ambas. Como se ha hecho saber por representantes indígenas, si las fechas no se ajustan a los procesos propios de los pueblos y comunidades, las personas no estarán en los lugares previstos al momento de recibir alguna de las dosis.

32 <http://www.orpio.org.pe/?p=2250>

Estrategia de inmunización Intercultural

En definitiva, estas son algunas de las razones que reafirman la necesidad de ir hacia un modelo diferente al actual que desde el FILAC se ha denominado Estrategia de inmunización Intercultural.

La inmunización no comienza con la inoculación de una vacuna. Las pautas alimenticias, las formas de vida, el tratamiento de enfermedades previas, entre otros asuntos, forman parte del elenco de acciones y comportamientos que ayudan a prepararnos mejor ante una enfermedad o un virus.

No se trata solo de la vacunación. La estrategia de inmunización intercultural va mucho más allá porque aún en el mejor de los escenarios futuros, la aplicación de las vacunas no resolverá en forma total los desafíos que impone el virus.

Tengamos en cuenta varios aspectos. Como se ha visto a lo largo de este reporte, la velocidad de vacunación no es la ideal por diversos motivos, por lo cual, necesariamente deben mantenerse y en su caso profundizarse otras acciones de protección.

Consideremos también que, al menos hasta el momento, la vacunación es voluntaria y todos los datos en el mundo arrojan un importante porcentaje de personas que no están dispuestas a vacunarse, al menos por el momento. Ello implica que, alcanzar lo que se ha denominado la “inmunidad de rebaño” no es segura, incluso con amplio acceso a las ofertas vacunales.

Otro aspecto para considerar es la duración de la inmunidad de las vacunas. Este es uno de los tantos aspectos sobre los cuales la información no es precisa (no puede serlo porque no hay una base empírica científica que lo avale), pero en general, se sostiene que ninguna vacuna tendrá un efecto que supere los dos años de protección. De manera que, salvo que se valore la posibilidad de que en ese tiempo el virus SARS-CoV-2 desaparezca, habrá que tener otras estrategias de protección contra el mismo que se sumen a las que otorgan las vacunas.

El aspecto etario merece asimismo ser tomado en cuenta ya que, en estos momentos, las vacunas se suministran a personas mayores de edad, no a niñez ni adolescencia. Es posible que ello comience a modificarse en el futuro, pero todavía hay un largo tiempo en que este segmento de la población (que entre los Pueblos Indígenas es porcentualmente alto) no será vacunado aunque, como se sabe, sí pueden contraer el virus y desarrollar la enfermedad.

En el caso específico de los Pueblos Indígenas, al menos dos aspectos más deben considerarse hacia un modelo de inmunización intercultural.

Por un lado, los Pueblos Indígenas aislados o en contacto inicial. Claramente son poblaciones que no deben ser sometidas a la vacunación, esto no debe significar la ausencia de estrategias de inmunidad hacia ellos. Una de las acciones que se han propuesto en ese sentido es asegurar que los pueblos o poblaciones (indígenas o no indígenas) cercanos a los territorios de los no contactados, tengan un alto índice de vacunación e inmunización, lo cual, indirectamente, beneficiaría a los pueblos aislados. Similares sugerencias pueden hacerse con relación a los pueblos en contacto inicial.

Por otro lado, el aspecto seguramente más importante de todos: la necesidad de respetar y en su caso apoyar los sistemas de salud indígenas al tiempo que promover y facilitar el diálogo de saberes y prácticas con la medicina estatal, así como sus innovaciones tecnológicas.

La interculturalidad tiene un fuerte contenido conceptual, pero debe ser, ante todo, una práctica que ayude a buscar y encontrar las mejores respuestas ante los grandes problemas, necesidades y objetivos que las sociedades se proponen. En este caso, además, los informes de la Plataforma Indígena Regional han dado cuenta de infinidad de ejercicios exitosos de aplicación de los conocimientos ancestrales que en ningún caso se oponen, sino que interactúan con otros conocimientos como los de la medicina mayoritaria.

Por tanto, al momento de diseñarse e implementarse campañas de vacunación, deben considerarse, al menos, los siguientes aspectos:

- Las instituciones de salud de los Estados y organismos internacionales, deben incluir programas y estrategias específicas para los Pueblos Indígenas. Durante la pandemia hemos visto que no ha sido así: en la gran mayoría de los países ni siquiera se han desagregado datos oficiales sobre el impacto de COVID-19 en los Pueblos Indígenas, menos estrategias o programas adecuados y eficientes.
- Se requieren estrategias y campañas de vacunación con pertinencia cultural, que contemplen y respeten, desde los idiomas locales hasta las dimensiones de salud propias de los pueblos y comunidades. Sin ello, es altamente probable que se fracase en la masificación de las vacunas.
- Se debe incorporar a las autoridades, organizaciones y liderazgos indígenas en el diseño e implementación de las estrategias y campañas de vacunación. Nadie conoce mejor el cuándo y cómo se deben hacer las cosas, sino los mismos Pueblos Indígenas.³³

³³ Myrna Cuningham Kain, Acceso a vacunas contra COVID-19 en Pueblos Indígenas, en FILAC, La voz del FILAC en eventos internacionales durante el año 2020, Cuadernos de los saberes, N°3, Enero de 2021.

FUENTE: Foto Alcaldía de Calidono



ACCIONES ESTATALES

Acciones estatales para la vacunación contra la COVID-19

Perspectiva general

En los informes anteriores de la Plataforma Indígena Regional, además de destacar la resiliencia de las comunidades y sus múltiples esfuerzos por enfrentar la pandemia, también destacamos las acciones impulsadas de los Estados que apuntaban a prevenir o atender los efectos de la COVID-19 sobre los Pueblos Indígenas.

A pesar de la consabida carencia de informaciones desagregadas, igualmente se lograron registrar varias acciones de diversa índole, incluyendo normas jurídicas, resoluciones judiciales y acciones de los Poderes Ejecutivos que han sido la mayoría.

Es difícil proceder a una valoración de los impactos de esas acciones, entre otras causas, porque la pandemia aún está en curso.

En un boletín divulgado a inicios de 2021, CEPAL en conjunto con otras agencias de las Naciones Unidas y el propio FILAC, daba cuenta que 29 países de América Latina y el Caribe han adoptado 285 medidas de protección social en apoyo de los hogares más pobres, vulnerables y precarizados en el marco de la pandemia.

Las medidas más frecuentes han sido las transferencias monetarias y la entrega de alimentos, seguidas por iniciativas para garantizar el acceso a los servicios básicos. Sin embargo, no es posible saber cuál ha sido el impacto de estas medidas en los Pueblos Indígenas, pues no se dispone de información desglosada por pueblo de pertenencia.³⁴

El mismo reporte afirma que “A pesar de las consistentes pruebas de la mayor vulnerabilidad de base con que los pueblos indígenas afrontan la pandemia, del reconocimiento generalizado en los países de la región de sus derechos individuales y colectivos, incluidos el derecho a la salud y a la vida, lo cierto es que las respuestas estatales brindadas hasta la fecha han sido insuficientes”.³⁵

34 Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL) y otros, “El impacto del COVID-19 en los Pueblos Indígenas de América Latina-Abya Yala: entre la invisibilización y la resistencia colectiva”, Documentos de Proyectos(LC/TS.2020/171), Santiago, Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), 2020. https://www.cepal.org/sites/default/files/publication/files/46543/S2000817_es.pdf

35 Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL) y otros, citado, página 38.

Sin perjuicio de considerar las limitaciones apuntadas, no debe omitirse manifestar que once de los trece países analizados en el boletín adoptaron lineamiento técnico específico para hacer frente al COVID-19 entre los Pueblos Indígenas. Diez países produjeron material audiovisual en lenguas indígenas; al menos nueve tomaron medidas para garantizar el acceso de la población indígena a los alimentos. Hay que marcar, también, que tan solo cuatro brindaron de manera periódica información desglosada por pueblo de pertenencia, e incluso en estos casos, se trata de datos de carácter general que contribuyen poco a la búsqueda de soluciones concretas.

Al comparar este panorama del 2020 con las políticas estatales relacionadas con la vacunación de los Pueblos Indígenas contra la COVID-19, resulta notoria la disminución de acciones.

Evidentemente, los Estados se enfrentan con notables limitaciones y sufren los efectos de la pandemia para poder sostener políticas públicas de salud, al tiempo que se nota fatiga física y emocional de la sociedad, lo cual, sin dudas, no ayuda a renovar el impulso en la lucha contra la pandemia. A eso, evidentemente debe agregarse la dedicación de tiempo y recursos que los Estados deben hacer en la búsqueda de vacunas.

Recordemos que el único país miembro de FILAC que ha anunciado la producción de una vacuna propia contra la COVID-19 es la República de Cuba. Por su lado, otros países como Argentina, Brasil y México han informado que comenzarán a producir vacunas originarias de otros países para aumentar sus existencias y acelerar la inmunización, aunque son procesos que llevarán un largo tiempo antes de alcanzar el objetivo deseado.

Al momento del cierre de este reporte, considerando el conjunto de información recopilada, incluyendo la oficial enviada por las autoridades nacionales, puede afirmarse que:

- En términos generales falta de información desagregada sobre la afectación de la COVID-19 y el acceso a la vacunación para personas, comunidades y Pueblos Indígenas.
- Los planes de vacunación nacionales adolecen de adecuada pertinencia cultural, uso de los idiomas indígenas y de interrelación con los sistemas de salud propios de los pueblos y comunidades.
- Se detecta un bajo nivel de participación y consulta a las autoridades tradicionales u organizaciones indígenas para el diseño e implementación de las campañas de vacunación.

- Se han podido documentar algunos ejemplos de buenas prácticas, cuya valoración definitiva podrá hacerse al culminar esta etapa de vacunación, que merecen ser destacadas.³⁶

Tomando en cuenta las ya mencionadas vulnerabilidades de los Pueblos Indígenas, es relevante destacar que ocho países de la región expresamente ubican a los Pueblos Indígenas en general o a sus médicos tradicionales o comadronas, en determinado lugar de priorización para el acceso a la vacunación según la siguiente sistematización:

Bolivia EP:	Población vulnerable, segunda etapa.
Brasil:	Fase 1 ^a , Indígenas
Colombia:	Etapa II (de 5), médicos tradicionales y sanadores/ Etapa III. Guardia indígena y guardia cimarrona
Guatemala:	Fase I (1b), comadronas y terapeutas mayas
México:	Tercer eje de priorización
Panamá:	Fase 3, Etapa 3A : Población de las comarcas y de áreas de difícil acceso.
Paraguay:	Etapa II (de 3)
Perú:	Segunda fase (de 3)

En los casos de Colombia y Guatemala se destaca que brindan un reconocimiento expreso a la tarea que realizan las personas encargadas de practicar los sistemas de salud indígenas, un paso que debe considerarse relevante hacia la construcción de sistemas interculturales.

En cuanto a datos desagregados sobre personas indígenas vacunadas, prácticamente no existe información en la región.

Brasil reporta que, al 27 de abril de 2021 un total de 563.737 miembros de Pueblos Indígenas han sido vacunados, 314.737 con la primera dosis y 249.190 con las dos dosis.³⁷

³⁶ Breve sumario de estas experiencias se incluye más adelante en este informe.

³⁷ Datos aportados por la delegación estatal de Brasil en la sesión Intergubernamental de FILAC del 29 de abril de 2021.

Por su parte, al 18 de marzo de 2021, Guatemala tiene registrada de manera desagregada la vacunación de las comadronas (no de los terapeutas mayas), de acuerdo con el siguiente detalle:

Comadronas vacunadas

ÁREA DE SALUD	CANTIDAD
Huehuetenango	1.138
San Marcos	1.001
Chimaltenango	460
Quetzaltenango	387
Totonicapán	283
Jalapa	186
Quiché	177
Ixcán	145
Jutiapa	126
Baja Verapaz	118
Izabal	95
Escuintla	91
Retalhuleu	78
Suchitepéquez	72
Guatemala Sur	69
Ixil	49
Guatemala Nor-Occidente	42
Petén Sur Oriental	39
Sacatepéquez	38
Petén Norte	36
Guatemala Nor-Oriente	28
Santa Rosa	28
El Progreso	23
Sololá	7
Alta Verapaz	3
Guatemala Central	3
TOTAL	4.722

En el caso de Perú, el Ministerio de Salud ha planificado la vacunación en Pueblos Indígenas en 11 departamentos amazónicos, según la disponibilidad de las vacunas adquiridas.

La población indígena estimada a vacunar contra la COVID-19 en Madre de Dios asciende a 5.500 personas y en Cusco a 16.910 personas. La vacunación inició el 28 de abril en Condorcanqui, Amazonas. El detalle para cada uno de los departamentos priorizados puede verificarse a continuación:

Población Indígena del Perú para vacunar contra la COVID-19

	Nacional	386.485	100.0%
1	Amazonas	72.706	18.8%
2	Ayacucho	427	0.1%
3	Cajamarca	1.389	0.4%
4	Cusco	16.910	4.4%
5	Huánuco	2.048	0.5%
6	Junín	62.458	16.2%
7	Loreto	129.337	33.5%
8	Madre de Dios	5.500	1.4%
9	Pasco	21.272	5.5%
10	San Martín	26.766	6.9%
11	Ucayali	47.672	12.3%

Fuente: Elaboración propia a partir de comunicación oficial del 27 de abril de 2021

Análisis por países de la región

A continuación, un panorama sobre la vacunación contra COVID-19 en varios países de la región, con énfasis en datos sobre Pueblos Indígenas, allí donde esto ha sido posible de obtenerse.

ARGENTINA

El Ministerio de Salud, como organismo rector del sistema, diseñó el “Plan Estratégico para la vacunación contra la COVID-19 en Argentina”, considerando información y recomendaciones de organismos internacionales. La estrategia busca garantizar la disponibilidad de vacunas en todo su territorio, buscando cubrir a toda la población de manera gratuita, equitativa e igualitaria.

El propósito del plan es disminuir la morbilidad-mortalidad y el impacto socioeconómico ocasionados por la COVID-19. Mientras que, señala, el objetivo general es el de “vacunar al 100% de la población objetivo en forma escalonada y progresiva, de acuerdo con la priorización de riesgo y la disponibilidad gradual y creciente del recurso”.

Sus objetivos específicos son:

- Establecer un orden de prioridad en la población objetivo a vacunar, teniendo en cuenta criterios científicos y éticos, en una situación de disponibilidad progresiva de dosis de vacunas; considerando la protección de los grupos con mayor riesgo, junto a grupos de población estratégicos necesarios para asegurar el desarrollo de actividades prioritarias.
- Preparar los aspectos fundamentales relacionados con la logística, la distribución y la administración de las vacunas a medidas que estén disponibles.
- Establecer ejes prioritarios esenciales para evaluar las metas de vacunación: tasas de cobertura, monitoreo continuo de seguridad y efectividad de las vacunas, en correlación con el impacto epidemiológico que produzca la vacunación sobre la Covid-19 y, de esta manera, permita la adaptación de la estrategia en pos de lograr el mayor beneficio poblacional.

- Definir los aspectos relacionados a la estrategia de comunicación que estará dirigida al personal sanitario y a la comunidad, para brindar información oportuna, adecuada, validada y transparente a fin de fortalecer la confianza en la vacunación.

Dado que, al igual que otros países de la región, no existe una disponibilidad plena de vacunas para poder adquirir el total del stock necesario, se estableció una segmentación de la población, priorizando las condiciones definidas de riesgo, y un orden de prioridad respecto a los distintos grupos, para proceder a su vacunación en cada una de las etapas establecidas.

Se busca implementar una estrategia de vacunación escalonada y en etapas, en el marco de los principios de igualdad y dignidad de derechos, equidad, beneficio social y reciprocidad.

La población objetivo para las campañas de vacunación se define por criterios epidemiológicos y su implementación se organiza de acuerdo con diferentes aspectos logísticos, de disponibilidad de recursos y criterios de vulnerabilidad.

El Plan reconoce dos tipos de Población Objetivo: por un lado, la “población priorizada”, y por otro lado “otras poblaciones”.

En el primer caso, la “Población priorizada” está compuesta por:

- *Personal de salud* (toda persona que realice tareas y/o preste servicios en establecimientos de salud, públicos o privados).
- *Personal estratégico* (toda persona que desarrolle funciones de gestión y/o conducción y funciones estratégicas necesarias para adecuado funcionamiento del Estado; Fuerzas de Seguridad y Armadas; Docentes y personal no docentes de todos los niveles educativos; funcionarios del Estado; Personal del Servicio Penitenciario).
- *Personas mayores de 60 años* (con especial atención para residentes en Instituciones para Adultos Mayores).
- *Personas de 18 a 59 años con factores de riesgo* (con diabetes -insulinodependiente y no insulinodependiente-; obesidad grado 2 y grado 3; con enfermedad cardiovascular, renal y/o respiratoria crónica).

En el caso de “Otras poblaciones”, tenemos:

- Poblaciones estratégicas por su rol en la comunidad y en las economías locales a ser definidas por las jurisdicciones y la disponibilidad de dosis.
- Personas que viven en barrios populares.
- Personas en situación de calle.
- Pueblos originarios.
- Personas privadas de libertad.
- Migrantes.
- Otros a definir.

Como puede verse, los Pueblos Indígenas son uno de los sectores priorizados.

El criterio de distribución de las vacunas se establecerá en consenso con las Provincias, en base a la población objetivo-definida en los planes operativos provinciales y la disponibilidad de vacunas que puede afectar las estimaciones iniciales.

El inicio de la vacunación comienza en las grandes urbes, donde, la evidencia indica que se presenta una mayor proporción de casos confirmados, con transmisión comunitaria sostenida y las mayores tasas brutas de mortalidad.

Al 29 de abril de 2021, en Argentina se han vacunado más de 6 millones de personas y con la segunda dosis más de 900 mil.

Magdalena Odarda, presidenta del Instituto Nacional de Asuntos Indígenas (INAI), resaltó que un gran avance en la política sobre Pueblos Indígenas fue la incorporación de la variable indígena en todo lo que significa la tarea de estadísticas, a través de la Dirección de Epidemiología del Ministerio de Salud, lo cual ha permitido registrar casos de personas indígenas contagiadas con COVID-19. También hizo referencia a las Mesas Intercultural que están en cada una de las provincias, destinadas a la prevención y combate de la pandemia.

El Ministerio de Salud y Deportes, como el organismo rector, diseñó el “Plan para la vacunación contra la COVID-19”. El documento pretende organizar la campaña y brindar información dinámica, ágil y flexible. Se advierte que será actualizado a medida que se socialicen los resultados de los ensayos clínicos de todas las vacunas, así como también todos los avances en la información sobre la inmunidad adquirida por haber padecido la enfermedad o por la vacunación.

Se trata de una estrategia nacional que se basa en el principio de acceso equitativo a la vacuna, con una base técnica sólida, que será coordinada de manera participativa y multisectorial. Contempla acciones de incidencia que promuevan la vacunación voluntaria de las poblaciones priorizadas por su nivel de riesgo.

Entre los principales desafíos que plantea la estrategia, se incluyen:

- Lograr el acceso oportuno, equitativo y suficiente a las vacunas; dado que la demanda a nivel mundial sobrepasa la capacidad de producción.
- Garantizar la disponibilidad de vacunas en todo el territorio nacional, a fin de cubrir a toda la población objetivo de manera gratuita, equitativa e igualitaria.
- Que todo el proceso de compra y distribución de vacunas cumplan con los requisitos para lograr la autorización de la autoridad regulatoria nacional, y se lleve a cabo de manera transparente.
- La distribución de las vacunas se realiza en consenso con los departamentos de acuerdo con la población objetivo-definida en los planes operativos departamentales y la disponibilidad de vacunas que puede afectar las estimaciones iniciales.
- La definición de la población objetivo a vacunar se realiza a partir de criterios epidemiológicos (carga de enfermedad; tasa de mortalidad por grupos de edad; tasa de incidencia de la enfermedad por sitio geográfico), logísticos y de disponibilidad de los insumos y recursos.

De esta forma se tienen los siguientes grupos con riesgo por exposición y función estratégica:

- Personal de salud priorizado en función del área de trabajo, trabajadores de otros servicios esenciales (médicos, los enfermeros, los técnicos, los trabajadores de laboratorio y los radiólogos).

- Población con riesgo de enfermedad grave.
- Adultos de 60 años y más.
- Personas mayores residentes en hogares de larga estancia.
- Adultos 18 a 59 años con una enfermedad de base.
- Población en situación de vulnerabilidad, como los Pueblos originarios, Personas privadas de libertad, Migrantes.

En el Plan se define que la vacunación contra el coronavirus se realizará por fases, primero cubriendo al 26 por ciento de la población que forma parte de grupos vulnerables para ir avanzando hasta llegar al 100 por cien de los habitantes del país. En este contexto, el Ministerio de Salud y Deportes implementó el pre-registro electrónico, para que el personal médico reciba la dosis correspondiente de la vacuna contra la COVID-19, se espera que esta herramienta ayude a efectuar el control y seguimiento del proceso de inmunización.

El día 27 de abril, en el marco de la Semana de la Vacunación de las Américas (SVA), el Ministerio de Salud y Deportes inició en las ciudades de La Paz y El Alto, en alianza con universidades públicas, una prueba piloto de inmunización masiva para la aplicación de la vacuna anti-COVID-19 a personas mayores de 60 años, con o sin seguro de salud. La iniciativa que se desarrolló en una primera etapa en la sede del gobierno boliviano se prevé extenderse a ciudades capitales del eje del país en los siguientes días.

BRASIL

El país continúa enfrentando una situación muy compleja en relación a la propagación de la COVID-19. Según datos oficiales, las zonas indígenas que han reportado mayor aumento de contagios son Río Tapajós (2,7), Vilhena (2,26) y Kaiapó do Pará (1,93). Debe tomarse en cuenta que el número de reproducción que supera 1,50, indica un alto riesgo de diseminación de la enfermedad lo cual significa que aún avanza en esos territorios a pesar de la cobertura vacunal.

El Gobierno elaboró el Plan Nacional de Operacionalización de Vacunación contra la COVID-19, aprobado en diciembre de 2020, el cual no preveía fecha de inicio, aunque señalaba que se comenzaría cinco días después de la aprobación de las vacunas por parte de la Agencia Nacional de Vigilancia Sanitaria (Anvisa). El Plan fue presentado

en cumplimiento de una resolución del Supremo Tribunal Federal. Se estima una primera etapa de cuatro meses comprendiendo la inmunización de 51 millones de personas dentro de grupos de riesgo.

En los 12 meses siguientes se vacunará al resto de la población. En total, la vacunación debe prolongarse 16 meses. Se aplicarán dos dosis por cada persona. Los estados y municipios estarán a cargo de la logística de distribución de las vacunas hacia los territorios, lo cual se realizará en conjunto con el Ministerio de Defensa, monitoreando la seguridad.

Se establecieron diferentes grupos de prioridad entre los que se cuentan trabajadores de la salud y educación, población indígena, comunidades ribereñas tradicionales, desamparados, adultos de 60 a 74 años, personas con antecedentes de riesgo, funcionarios de las fuerzas de seguridad y de transporte y los reclusos.

La 2da versión del Plan Nacional de Operacionalización de la vacunación contra la COVID-19, incluye como grupo prioritario la “Población Indígena que vive en Tierras Indígenas homologado y no homologado, con más de 18 años, asistido por SASISUS. Debido a una medida cautelar, se determinó la inclusión de los servicios SASISUS, durante el tiempo de pandemia, a los pueblos de las aldeas ubicadas en tierras no homologadas³⁸.

Todas las acciones contra COVID-19, incluyendo los planes de vacunación se planifican y monitorean dentro del alcance de los Comités de Crisis de Distrito, los cuales, de acuerdo con la Ordenanza No. 36, de 1 de abril de 2020, prevén la participación de representantes del Consejo Distrital de Salud Indígena.³⁹

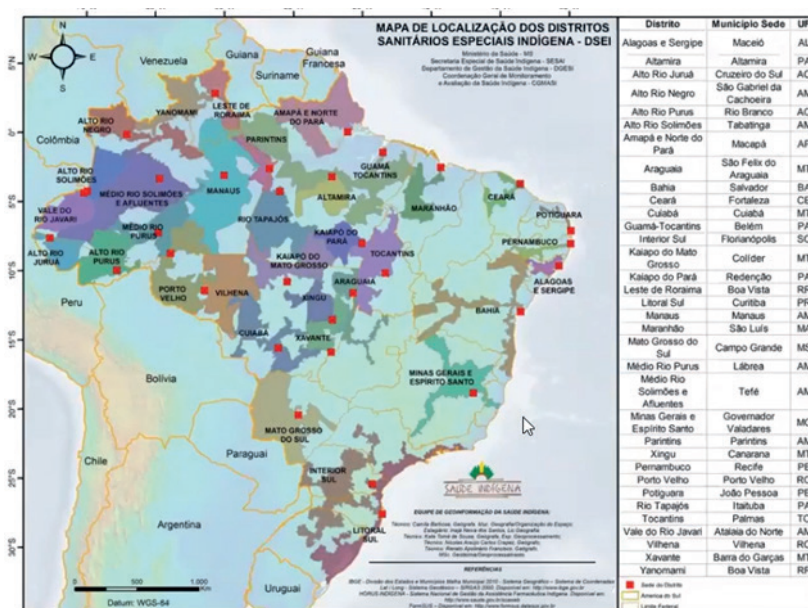
El país, desde hace años, tiene un Subsistema de Atención a la Salud de los Pueblos Indígenas (SASISUS) que atiende a los Pueblos Indígenas que viven en tierras indígenas, no así a aquellos que viven en las ciudades, que son casi 40% de la población indígena en Brasil.

38 Plano Nacional de Operacionalização da vacinação contra a covid-19, p. 23, https://www.gov.br/saude/ptbr/media/pdf/2021/janeiro/22/planovacinaocovid_v2_22jan2021_nucom.pdf.

39 Ministério da Saúde Secretaria Especial de Saúde Indígena Departamento de Atenção à Saúde Indígena Coordenação de Gestão da Atenção da Saúde Indígena nota informativa N° 7/2021-COGASI/DASI/SESAI/MS enviada FILAC en fecha 17 de mayo de 2021.

Se comenzó a vacunar a personas indígenas el 20 de enero de 2021 considerando los Distritos Sanitarios Especiales Indígenas (DSEI). En algunos de ellos la cobertura de vacunación del 90% o más. En 9 distritos tienen la cobertura de vacunación de entre 70 y 90%.

En este mapa puede verse la localización de los DSEI.



A los efectos de una adecuada valoración de las magnitudes de la vacunación, debe considerarse que en Brasil el 55% de la población indígena tiene menos de 18 años, por lo que la vacunación, en el mejor de los casos, cubrirá al 45% de la población total indígena no urbana.

Al cierre de este informe, han sido vacunados 319.360 indígenas (78%) con la primera dosis y 257.992 (63%) con la segunda.⁴⁰

COLOMBIA

El gobierno de la República de Colombia, ya en julio del año 2020, elaboró el documento “Lineamientos Generales para el Programa Ampliado de Inmunizaciones (PAI)”, en el contexto de la pandemia de Covid-19; cuyo objetivo es “brindar orientaciones generales para la gestión

⁴⁰ Para obtener información actualizada sobre la evolución de la vacunación en Pueblos Indígenas, pueden consultarse el vínculo https://qsprod.saude.gov.br/extensions/imunizacao_indigena/imunizacao_indigena.html

del Programa Ampliado de Inmunizaciones (PAI) en el contexto de la pandemia de Covid-19 y del servicio de vacunación en las modalidades intramural y extramural con el fin de disminuir el riesgo de transmisión del nuevo coronavirus (nCoV-2019)”.

En estos Lineamientos, se deja establecido que los “grupos étnicos” (Pueblos Indígenas, pueblo ROM, población Negra, Afrocolombianas, Raizales y Palenquera (NARP), al ser poblaciones con mayor vulnerabilidad frente al Coronavirus, requieren “estrategias específicas de información para la salud y de atención que permitan el acceso seguro a los servicios de vacunación”.

Igualmente, en las “Orientaciones para el nivel Departamental y Distrital”, establece que, en coordinación con los municipios y la red prestadora de servicios, se desarrollen “estrategias con enfoque diferencial especialmente en grupos étnicos para la elaboración/adaptación de sus planes de contingencia y planes de puesta al día para iniciar, continuar y terminar esquemas de vacunación en el marco de la pandemia COVID-19”.

A su vez, se recomienda a las Instituciones Prestadoras de Salud (IPS), que deben “mantener la estrategia de vacunación sin barreras, por lo tanto, se debe prestar el servicio a toda la población residente en el territorio nacional sin importar el estatus migratorio, grupo étnico, situación de desplazamiento, discapacidad, víctimas del conflicto armado, aseguramiento, entre otros”.

En el presente año, el Gobierno de Colombia elaboró el Plan Nacional de Vacunación contra la COVID-19 con el objetivo de asegurar las dosis de vacunas necesarias, a través de mecanismos bilaterales y multilaterales.

Dicho Plan, definió siete Principios, dos Fases y cinco Etapas, teniendo como priorización los grupos de riesgo y así progresivamente llegar a 35 millones de personas vacunadas. Sus principios rectores son: solidaridad, eficiencia, beneficencia, primacía del interés general; justicia social y distributiva, equidad y transparencia.

El Plan Nacional de Vacunación tiene como objetivo, en la primera fase, reducir la mortalidad y la incidencia de casos graves por COVID-19, así como proteger a los trabajadores de la salud.

Su segunda fase está orientada a reducir el contagio para generar inmunidad de rebaño.

En cuanto a las Etapas del Plan de Vacunación, se detalla:

Fase 1

Etapa 1 (1.691.366 personas): trabajadores de la salud y apoyo a primera línea, así como mayores de 80 años, que representan el mayor riesgo.

Etapa 2 (7.192.701 personas): población de 60 a 79 años y trabajadores de la salud de segunda y tercera línea.

En esta segunda etapa se incluye, específicamente, a los “médicos tradicionales, sabedores ancestrales y promotores comunitarios en salud propia”.

Etapa 3 (2.950.431 personas): población de 16 a 59 años con comorbilidades y profesores de básica y secundaria.

La “Guardia indígena y guardia cimarrona”, se encuentra incluida en esta etapa, como población a ser vacunada.

Fase 2

Etapa 4 (4.910.000 personas): cuidadores institucionales, población en ocupaciones y situaciones de riesgo.

Etapa 5 (17.490.151 personas): población entre 16 y 59 años libres de comorbilidades.

El día 2 de marzo de 2021, la Mesa Permanente de Concertación de Pueblos y Comunidades Indígenas, se reunió con el Ministro de Salud y Protección Social, con el fin de socializar el Plan Nacional de Vacunación.

En seguimiento de dicha sesión, se ha continuado el diálogo entre gobierno y delegados indígenas sobre diferentes puntos prioritarios, entre ellos: la concertación y participación social en el nivel territorial; la sensibilización e información suficiente y comprensible para la toma de la decisión sobre la vacunación; las estrategias de comunicación y procesos educativos con las comunidades, con la respectiva adecuación sociocultural; y la unificación de etapas para la vacunación en algunos territorios.

Hasta la fecha de cierre de este informe, no se tienen datos que permitan corroborar que se ha iniciado la vacunación masiva en algunos de los Pueblos Indígenas del país.

COSTA RICA

El Gobierno de Costa Rica, por medio del Ministerio de Salud, elaboró un plan donde se define el orden de vacunación contra la COVID-19.

La vacunación se dará a través de la Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS). Los menores de edad, así como las mujeres embarazadas o en periodo de lactancia no serán vacunados porque no se han establecido los parámetros necesarios para su vacunación.

Luego de un proceso de consulta con los y las profesionales costarricenses, se definieron los criterios para priorizar y establecer grupos prioritarios de población para el proceso de vacunación. Se pretende, así, evitar o disminuir el riesgo de algunos grupos de enfermar gravemente y morir, así como evitar más contagios en el país.

Los cinco grupos determinados para la vacunación son:

- Primer grupo: Integrado por trabajadores de la Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS), Ministerio de Salud, hospitales privados, funcionarios de la Comisión Nacional de Emergencias (CNE), Bomberos, Cruz Roja, Policía de Tránsito, Migración, Policías Municipales, Penitenciarios y del Organismo de Investigación Judicial (OIJ).
- Segundo grupo: conformado por todas las personas de 58 años o más, independientemente si tienen algún factor de riesgo.
- Tercer grupo: personas que están entre los 18 y 58 años, que presentan algún factor de riesgo: hipertensos, diabéticos, cardiópatas, enfermos respiratorios crónicos, enfermedad renal crónica, obesidad grado III y mórbida, pacientes con cáncer.
- Cuarto grupo: incluye a funcionarios del Ministerio de Seguridad Pública, Educación Pública (MEP), sistema educativo privado, los albergues del Patronato Nacional de la Infancia (PANI), privados de libertad y funcionarios del Sistema de Emergencias 9-1-1.
- Quinto y último grupo: conformado por estudiantes de ciencias de la salud, técnicos afines en campos clínicos de la CCSS, así como la población entre 40 y 57 años sin factores de riesgo, pero que realizan actividades laborales relacionadas con personas o de impacto en el sector productivo, por ejemplo: agricultura, construcción, atención al cliente, restaurantes, empleadas domésticas, entre otros.

Se prevé que el primer grupo de vacunación represente al 4% de la población; el segundo al 28%; el tercero al 52%, el cuarto un 5% y el quinto un 11%, según datos facilitados por la institución; alcanzándose el 100% de la población meta.

Al mismo tiempo, el país cuenta con un Plan de Acción para el abordaje de la Pandemia, que incluye un componente de participación comunitaria que abarca los Comités de Salud Comunitaria en los 24 territorios indígenas del país.

De allí que, en algunos lugares, se ha coordinado entre autoridades indígenas y nacionales para la vacunación, como es el caso del territorio bri-bri de Talamanca, donde previamente se habían implementado estrategias y medidas de prevención, entre ellas, la traducción de mensajes en idiomas indígenas y acciones de ayuda humanitaria.

CHILE

El Programa “Yo me Vacuno” , elaborado por el Ministerio de Salud de la República de Chile, establece que la vacunación se realizará de manera gradual y progresiva, de acuerdo con la cantidad de dosis que vayan llegando al país.

Se deja establecido que el vacunarse contra la COVID-19 es voluntario y gratuito; que la vacunación busca proteger la salud del individuo y de la comunidad, dado que evita o restringe la diseminación del virus; y también se lo define como un acto de solidaridad con los grupos de mayor riesgo: adultos mayores, enfermos crónicos y funcionarios de la salud.

En este sentido, se tiene la expectativa de vacunar alrededor de 5 millones de personas durante el primer trimestre del año, alcanzándose a un 80% de la población (unos 15 millones de personas aproximadamente), a fines del primer semestre de 2021. Al 29 de abril de 2021 se ha vacunado al 32% de la población.

Los “Grupos Prioritarios” para la vacunación, durante el primer trimestre de 2021 a nivel nacional, son:

- Personal de salud (comenzando por la Unidad de Paciente Crítico - UPC).
- Personas residentes en Centros de Larga Estadía (incluye Establecimientos Larga Estadía del Adulto Mayor, centros del Sename, personas con discapacidad física y/o mental).
- Personal crítico de la Administración del Estado.
- Personas mayores de 65 años.
- Personas con comorbilidades.

Así mismo, el Programa plantea un calendario específico, donde se define los grupos particulares a ser vacunados en cada momento:

1ra. Semana:

Personas entre 69 – 70 años Personas 65 años.

Personal funciones esenciales de atención directa a la ciudadanía.

Personal de farmacias.

Trabajadores de la educación escolar y preescolar (comenzando con los mayores de 60 años).

Personal de Fuerzas de Orden y Seguridad FF.AA. desplegadas en el plan de acción por Coronavirus.

Personal de laboratorio (universitarios/privados) que realizan detección de SARS-Cov-2.

Personal que desarrolla funciones críticas del Estado.

2da Semana:

Trabajadores de educación preescolar y escolar 59 - 55 años Trabajadores de educación preescolar y escolar 44 - 40 años.

3ra Semana:

Personas de 64 años con y sin comorbilidad Personas de 60 años con y sin comorbilidad Trabajadores de educación preescolar y escolar 36 - 39 años Trabajadores de educación preescolar y escolar, menores de 23 años.

Los Pueblos Indígenas no se encuentran visibilizados como Grupo Prioritario, ni como población con características y necesidades específicas.

ECUADOR

El plan de vacunación elaborado por el Gobierno de la República de Ecuador, define que el proceso de vacunación se ejecutará en tres fases:

- Fase Cero (plan piloto), se aplicarán 50 mil dosis al personal de primera línea y adultos mayores de los centros geriátricos y sus trabajadores.
- Fase Uno, que iniciará a fines de marzo-inicios de abril, se vacunará masivamente al personal de salud, fuerzas del orden, bomberos, funcionarios de recolección de desechos, sectores estratégicos y grupos vulnerables.
- Fase Dos, todas las personas de 18 años en adelante.
- Fase Tres, todas las personas rezagadas de 18 años en adelante.

Definidas las fases, se enfatiza en que todas las personas de 18 años en adelante recibirán las

vacunas, excepto los ciudadanos que presenten trastorno de coagulación, reacciones alérgicas severas a medicinas o vacunas, personas contagiadas con COVID-19, con inmunodepresión o que reciban tratamientos contra el cáncer y mujeres embarazadas, o que han planificado embarazarse en los próximos 3 meses.

El plan piloto, es una etapa en la que se planea perfeccionar el proceso de aplicación de vacunas, para después vacunar a toda la población. En este plan piloto, se aplicarán alrededor de 86 mil dosis de vacuna. Según el plan piloto, se prevé vacunar a los adultos mayores de los centros geriátricos estatales y al personal que los cuida. La prioridad es proteger a las personas más propensas al contagio. Se prevé que el plan piloto beneficiará a 43 mil personas.

Esta primera etapa de prueba es, según el gobierno, importante para “asegurarnos que la vacunación alcance la máxima efectividad para todos los ecuatorianos”. El primer grupo en recibir la vacuna es el personal médico, quienes trabajan en primera línea de los hospitales de la red integral de salud; es decir, hospitales del Ministerio de Salud Pública, y en los del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social (IESS). Una vez que termine el plan piloto, la vacuna se aplicará a toda la población de forma progresiva y por fases.

En la fase uno se vacunará al resto del personal de salud que no fue vacunado en el plan piloto. Pero también recibirán las vacunas, profesores, policías, militares, bomberos, y recolectores de basura. En esta etapa también tendrán prioridad para vacunarse las personas que pertenecen a los sectores estratégicos (como telecomunicaciones, transporte y agricultura, entre otros), y la población vulnerable (como las personas de la tercera edad).

En la fase dos, en cambio, se vacunará al resto de la población de 18 años en adelante. Este proceso, se hará conforme vayan arribando más vacunas al país. El gobierno señaló que es importante que los ciudadanos se vacunen para así lograr la inmunidad colectiva contra la COVID-19.

Los Pueblos Indígenas no aparecen especialmente contemplados en el plan.

EL SALVADOR

El Gobierno de El Salvador por medio de las instancias de Salud correspondientes, elaboró el Plan Nacional de Vacunación contra el COVID-19. A partir de la coordinación entre los ministerios de Salud y Obras Públicas, el gobierno busca la habilitación de 156 módulos de vacunación, donde serán desplegados 2 mil equipos comunitarios de salud para atender a la población.

En el marco del Plan de Vacunación, las autoridades salvadoreñas buscan una vacunación masiva, ordenada y, sobre todo, segura. Esta acción se comprende dentro de toda la estrategia de prevención sanitaria que se implementó desde el inicio de la crisis. La planificación logística incluye la readecuación de áreas, la construcción de los nuevos módulos y todo lo que implica el Plan de vacunación. Existirán 162 lugares de fácil acceso donde la población podrá acudir voluntariamente para aplicarse las respectivas dosis.

Para la aplicación de la vacuna se tomarán en cuenta tres parámetros básicos: voluntariedad, gratuidad y universalidad. Se espera que la mayoría de los salvadoreños tenga acceso a la aplicación del antídoto para lograr estar lo más cercano al 100 % de inmunización de la población.

Una vez que las vacunas lleguen al país, se tiene planificado iniciar el proceso de vacunación con la inmunización del personal de salud que se encuentra en primera línea; como paso imprescindible para asegurar que puedan seguir con su trabajo, al frente de la pandemia y al servicio de salvadoreños y salvadoreñas.

El segundo grupo prioritario para inmunizar, serán los adultos mayores y las personas con enfermedades crónicas, luego, se aplicará al resto de la población.

No se observa ninguna referencia específica a los Pueblos Indígenas.

GUATEMALA

El país inició el proceso de vacunación en febrero 2021 y se espera para alcanzar la meta de inmunizar al 20% de su población durante este año.

El país cuenta con un “Plan nacional de Vacunación contra la COVID-19, República de Guatemala”, al tiempo que se ha conformado un Comité de Coordinación Nacional para la Vacunación contra la Covid-19 y mesas de trabajo con participación de líderes.

Dentro de la estrategia de vacunación y selección de vacunas, se contemplaron los siguientes pasos:

- Consejo Nacional Asesor de Prácticas de Inmunizaciones CONAPI, ente asesor independiente y en apoyo al MSPAS, revisó evidencias científicas y emitió documento técnico con recomendación de algunas vacunas específicas para el país.
- Priorización por grupos de población, por fases y sub-fases -dependiendo de la

disponibilidad de la vacuna- hasta lograr de manera gradual cubrir a toda la población y alcanzar niveles de inmunidad poblacional que controlen o eliminen el riesgo del Covid-19.

- Definición de cuatro objetivos de vacunación: 1. Mantener la integridad del sistema de salud. 2. Disminuir mortalidad y carga de enfermedad severa. 3. Disminuir impacto socioeconómico y proteger continuidad servicios básicos. 4. Disminuir la transmisión del virus SARS-CoV2 en la población en general.

La Estrategia de Vacunación, incluyó a comadronas y terapeutas mayas en la Fase 1 (sub-fase 1b) pero no se contempla priorización por pueblo de pertenencia.

El Plan de Vacunación, incluye un componente de Comunicación Social, enfocado en beneficios, distribución y aplicación de la vacuna buscando generar confianza a la población.

El objetivo principal de la campaña es informar a la población de forma sencilla y transparente sobre la disponibilidad, eficacia y seguridad de las vacunas, generar confianza de la inmunización en la población y sensibilizar a aquellos elegibles a recibirla.

También se contempla que la campaña será inclusiva y con pertinencia cultural tomando en cuenta que el país es pluricultural, multiétnico y multilingüe. Se tiene conocimiento que a requerimiento de la Unidad de Pueblos Indígenas del MSPAS, se tiene planificado elaborar la traducción sobre vacunación en los 22 Idiomas Maya.

La participación comunitaria es esencial para el éxito de la vacunación de COVID-19, por lo cual, la información gubernamental señala que se contempló establecer oportunamente la coordinación con los diversos grupos sociales representados en el Sistema de Consejos de Desarrollo, involucrando líderes comunitarios y líderes de influencia en diversos estratos, brindándoles la información necesaria sobre las fases de la vacunación y la importancia de cubrir todos los grupos poblacionales.

El Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social reporta que, al 18 de marzo de 2021, se vacunó con la primera dosis a 4 mil 722 comadronas a nivel nacional.

El total de personas vacunadas al 19 de abril de 2021 es de 156.911.

HONDURAS

A mediados de mayo, en el país se registraban 212.313 contagiados y 5.281 fallecidos, con una tendencia creciente en las cinco semanas anteriores con aumento porcentual del 20% semanal.⁴¹

El gobierno de Honduras, por medio de la Secretaría de Salud, conformó un Equipo de Integración Nacional (EIN), quienes elaboraron el Plan Nacional de Introducción de la vacuna contra la COVID-19.

En dicho Plan se establecen los objetivos, grupos de población priorizados para la vacunación, población meta, estrategias, tácticas de vacunación, actividades en 14 componentes, además del presupuesto correspondiente.

El Plan Nacional de Introducción de la Vacuna contra la COVID-19, establece cuatro grupos priorizados para recibir dicha inmunización.

- Primer Grupo: personal de “primera línea”. Este grupo priorizado incluye sector público y no público, a médicos, enfermeras, camilleros, conserjes, aseadoras, así como todo personal que brinda atención ya sea clínica o administrativamente.
- Segundo Grupo: son los adultos mayores de 60 años, dado que la situación epidemiológica mundial y nacional permitió identificar que este es un grupo de mayor riesgo de enfermar y morir por la covid-19.
- Tercer Grupo: lo conforman personas con alguna enfermedad crónica como hipertensión arterial, diabetes, cardiopatías o enfermedades renales, así como personas con alguna condición como la obesidad.
- Cuarto Grupo: integrado por los trabajadores “esenciales” para el funcionamiento del país, entre los cuales se encuentran quienes brindan servicios públicos como agua, energía eléctrica, telecomunicaciones, aduanas aéreas, terrestres y marítimas, así como cuerpos de socorro a nivel nacional. En este cuarto grupo también están incluidos los titulares de los tres poderes del Estado, personal de las Fuerzas Armadas, de la Policía Nacional, personal que atiende al público en la banca, las empresas de turismo y de transporte.

41 Informe preparado por la Secretaría de Salud enviado a FILAC en fecha 28 de mayo de 2021.

Con el presupuesto asignado al Plan, el gobierno de Honduras asegura la adquisición de vacunas contra la COVID-19 para proteger al 81.5% de la población elegible de vacunación; que representan un total 5'717.985 hondureños mayores de 18 años. La población vacunada con una dosis es de 61.673, con las dos dosis 2.755, lo cual representa un total de 1.08% del total de la población elegible para la vacunación.

No se identifica ninguna referencia específica a los Pueblos Indígenas.

MÉXICO

El Gobierno Federal de México elaboró un Plan de Vacunación en el que se definieron las características de la población a ser vacunadas en sus diferentes etapas.

El plan cuenta con los siguientes objetivos específicos:

- * Vacunar a las personas más susceptibles a desarrollar complicaciones por COVID-19;
- * Reducir el número de hospitalizaciones y muertes;
- * Facilitar la reapertura económica y regreso a las actividades normales;
- * Vacunar al 70% de la población en México para lograr la inmunidad de grupo de vacunación.

La Secretaría de Salud presentó el Plan señalando que se vacunaría primero al personal de salud que está atendiendo a pacientes con COVID-19, teniendo como meta alcanzar a finales del 2021 vacunar al 75% de la población.

Así, quedó establecido que en la primera y segunda etapa se priorizará al personal de salud, que se encuentra combatiendo la pandemia en primera línea, y a 15 millones de adultos mayores de 65 años.

Estas dos etapas se llevarán a cabo durante cinco meses; es decir, entre diciembre y abril de 2021, posteriormente, se inmunizará al resto de la población mexicana.

Las Etapas y el calendario definidos en el Plan, son las siguientes:

- Etapa 1: de diciembre de 2020 a febrero de 2021.
- Etapa 2: de febrero a abril de 2021.
- Etapa 3: de abril a mayo de 2021.
- Etapa 4: de mayo a junio de 2021.
- Etapa 5: de junio de 2021 a marzo de 2022.

La población priorizada y el calendario definido en el Plan de vacunación, es la siguiente:

- Diciembre 2020-febrero 2021: Personal de salud de primera línea de control de la pandemia.
- Febrero - abril 2021: Personal de salud restante y personas de 60 y más años.
- Abril - mayo 2021: Personas de 50 a 59 años.
- Mayo - junio 2021: Personas de 40 a 49 años.
- Junio - marzo 2022: Resto de la población.

Para la implementación de la estrategia, México tiene 775 municipios activos. Se espera aplicar 621.000 vacunas diarias en promedio.

Hasta el 27 de abril de 2021 se llevaban administradas 15.5 millones de dosis y 5.92 millones de personas han sido beneficiadas con las dos dosis requeridas.

Tomando en cuenta las recomendaciones del Grupo Técnico Asesor de Vacunación (GTAV) así como otras recomendaciones internacionales y criterios éticos y socioculturales, el Gobierno de México ha definido cuatro ejes de priorización para la vacunación contra el virus SARS-CoV-2:

1. Edad de las personas.
2. Comorbilidades.
3. Grupos de atención prioritaria.
4. Comportamiento de la epidemia.

Los grupos de atención prioritaria son las niñas, niños y adolescentes, personas de 60 años o más, mujeres, personas con discapacidad, víctimas, personas jóvenes, personas de la comunidad LGBTTTI, personas migrantes y sujetas de protección internacional, personas en situación de calle, personas privadas de la libertad, personas que residen en instituciones de asistencia social, personas afrodescendientes y las de identidad indígena son contemplados como el tercer eje de priorización de la vacunación.

Esto significa que, como eje de priorización, se cuidará de manera especial que su acceso esté garantizado en el momento en que, por edad, condición de vida o comorbilidad deban vacunarse.

El Sistema de Radiodifusoras Culturales Indígenas (SRCI) del Instituto Nacional de Pueblos Indígenas (INPI), consta de 22 emisoras radiofónicas las cuales transmiten en 35 lenguas indígenas del país además del español.

A través de este instrumento especializado, con una audiencia estimada de 16.5 millones de radioescuchas, se generan y divulgan materiales sobre temas de salud pública y la cultura de prevención respecto de los riesgos asociados a la COVID-19.

Las diversas plataformas digitales del Instituto Nacional de los Pueblos Indígenas ofrecen una serie de cápsulas informativas, infografías, mensajes de radio, videos y fotografías. Además, el INPI mantiene un kiosko en la página de internet del gobierno de México “INPI-Pueblos Indígenas” con amplia información en lenguas indígenas (audio, escrita y visual-gráfica), sobre la pandemia.

Dado que los Pueblos Indígenas pertenecen al eje tercero de los grupos prioritarios, se estima que la totalidad de población indígena de México estará vacunada en la 5ta etapa de la vacunación, es decir, del 5 de julio en adelante.

NICARAGUA

El abordaje de la COVID-19 fue organizado en base a los lineamientos del Ministerio del Poder Ciudadano de la Salud. El documento establece que los mismos se aplican en los centros de salud que tienen pueblos originarios y afrodescendientes ante la emergencia sanitaria generada por el virus SARS-CoV-2 (COVID-19).

Entre otros aspectos manda a coordinar con los agentes tradicionales y/o especialistas del entendimiento ancestral la atención intercultural del paciente con COVID-19 y a organizar en conjunto con autoridades locales y los médicos tradicionales locales, las visitas casa a casa para la búsqueda de casos sintomáticos.⁴²

El plan de introducción de vacunas propuesto por el gobierno prioriza a trabajadores de la salud, ancianos y pacientes crónicos.

En declaraciones públicas, la Ministra de Salud definió los diferentes grupos señalados en el Plan:

- El primer grupo lo componen los trabajadores de la salud que están en la línea de frente en la atención.
- El segundo grupo tiene que ver con los adultos mayores que presentan enfermedades crónicas de base.
- En el tercer grupo, continúan los adultos mayores que no presentaron enfermedad pero que, por su edad, son también vulnerables.

Otro grupo prioritario sería el de los pacientes crónicos: “Después continuaría con los jóvenes o menores de 60 años que tengan alguna enfermedad crónica de base, porque puede haber jóvenes diabéticos, jóvenes hipertensos, y eso les pone en una condición de vulnerabilidad. Ese sería el siguiente grupo y posteriormente ya el resto de la población”. La estrategia de vacunación se desarrolla en todos los municipios del país, priorizando a personas mayores de 80 años y a personas mayores a 60 años con cáncer, cardiopatías, diabetes u otras enfermedades crónicas.

Desde el 2 de marzo inició la campaña nacional de vacunación contra la COVID-19. Se estima que, al 30 de abril, se habrá administrado la primera dosis de la vacuna a 167 mil personas.

La campaña informativa se desarrolla a través de programas radiales y televisivos, haciendo uso de las redes sociales y por medio de visitas casa por casa. En comunidades indígenas y afrodescendientes se ha procurado garantizar un enfoque bilingüe e intercultural que contribuye a una mejor comprensión del mensaje, fomenta la confianza y garantiza la efectividad de los esfuerzos de sensibilización comunitaria sobre los beneficios de la vacuna.

42 Ministerio del Poder Ciudadano para la Salud, Lineamientos para la prevención, atención y manejo del virus SARS-COV-2 (COVID-19) en pueblos originarios y afrodescendientes.

En las regiones autónomas de la Costa Caribe de Nicaragua y al Alto Wangki, se trabaja con las estructuras de gobierno comunal, territorial y regional para garantizar un efectivo esfuerzo de sensibilización, captación de la población meta y entrega de la vacuna.

PANAMÁ

El gobierno de Panamá, por medio del Ministerio de Salud, anunció la estrategia que se utilizará en dicho país para la aplicación de vacuna contra el COVID-19.

En el marco de esta estrategia, el esquema de vacunación, diferenciando grupos prioritarios de población, determina cuatro fases consecutivas y siete etapas.

Estas fases son:

Fase 1

- Etapa 1A: Trabajadores de la salud y personal de apoyo en primera línea, del sistema público y privado, y personas mayores de 60 años con condiciones excepcionales (encamados, en asilos y casas hogares).
- Etapa 1B: Resto de los trabajadores de salud, grupos de servicios esenciales (fuerza pública, Sinaproc, Bomberos, Cruz Roja), personas mayores de 16 con discapacidad certificada hasta el 31 de diciembre de 2020 y encamados. Personal de aseo.

Fase 2

- Etapa 2A: Adultos mayores de 60 años, y la población de 16 a 59 años con enfermedades crónicas.
- Etapa 2B: Docentes administrativos de escuelas y universidades públicas y privadas, así como el personal de los Centros de Atención Integral a la Primera Infancia (CAIPIS).

Fase 3

- Etapa 3A: Población de las comarcas y áreas de difícil acceso.

- Etapa 3B: Población en ocupaciones de riesgo tales como aeropuerto, Aduana y Migración. Conductores de transporte público y carga, y privados de libertad.

Fase 4

- Etapa Única: Población de 16 a 59 años sin enfermedades crónicas. Población en general.

PARAGUAY

Con la aprobación del Plan Nacional de Vacunación Contra la COVID-19; el gobierno de Paraguay busca desarrollar el componente de vacunación como parte de las intervenciones farmacológicas para el control y prevención del COVID-19, concebido como otra acción en el marco del Plan Nacional de Respuesta a la Pandemia de COVID-19.

El Objetivo General del Plan Nacional es el de reducir la morbilidad y la mortalidad causada por esta enfermedad, mediante la vacunación, en un contexto de disponibilidad paulatina y progresiva de dosis, protegiendo primeramente y de manera prioritaria a los grupos más vulnerables.

Los dos objetivos específicos son, por un lado, el establecer un orden de prioridades respecto a los grupos de población a vacunar, teniendo en cuenta criterios científicos, éticos, legales y económicos, en una situación de disponibilidad progresiva de dosis de vacunas. Por otro lado, se busca preparar los aspectos fundamentales relacionados con la logística, la distribución y la administración de las vacunas.

Para la implementación del Plan de vacunación, se prevén tres etapas y cuatro momentos de trabajo, de acuerdo con los grupos prioritarios establecidos:

Etapas I

Etapas I A

- Personal sanitario en riesgo de contraer y transmitir la infección alto a muy alto; según se define en orientaciones provisionales de la OMS. Personal administrativo y de limpieza de hospital.

Etapa I B

- Personas de 60 años o más.

(en esta Etapa se prevé una disponibilidad de vacunas muy limitada, para el 1%-10% de la población nacional).

Etapa II

- Personas de 60 años o más no cubiertas en la Etapa I.
- Personas de 18 a 59 años con comorbilidades o estados de salud de los que se determine que corren un riesgo significativamente mayor de sufrir cuadros graves de enfermedad o muerte.
- Grupos sociodemográficos con un riesgo significativamente mayor de enfermedad grave o muerte: indígenas, personas con discapacidad, personas que viven en asentamientos informales o barrios urbanos marginales, trabajadores migrantes de ingresos bajos, refugiados, desplazados internos, poblaciones afectadas por emergencias humanitarias, migrantes vulnerables en situaciones irregulares.
- Personal sanitario que participa en la prestación de servicios de inmunización (específicos del programa de vacunación ordinario y contra la COVID-19).
- Personal docente (maestros de preescolar y de primaria, maestros de niños para los que la enseñanza a distancia es muy difícil o imposible).

(En esta Etapa se prevé una disponibilidad de vacunas limitada, para el 11%-20% de la población nacional)

- Etapa III
- Resto de personal docente y escolar.
- Otros trabajadores esenciales no pertenecientes a los sectores de la salud y la educación (ejemplos: agentes de policía, trabajadores de servicios municipales, proveedores de servicios de guardería, trabajadores del transporte, personal esencial para el funcionamiento crítico de la administración no incluidos en otras categorías).
- Personal sanitario en riesgo bajo a moderado de contraer y transmitir la infección, según se define en las orientaciones provisionales de la OMS. Personal de laboratorio de alto riesgo.

(En esta Etapa se prevé una disponibilidad de vacunas moderada, para más del 20% de la población nacional)

Como puede observarse, se categoriza a la población indígena dentro de los grupos de mayor riesgo, por lo que la incorpora en la segunda Etapa de vacunación.

Dentro de las comunidades, por razones logísticas, hacen vacunaciones por concentración, no por edades.

El Consejo de Salud con Pueblos Indígenas ha sido convocado y trabajan en otras estrategias más accesibles tomando en cuenta la interculturalidad y la necesidad de cumplir con los estándares sobre consentimiento libre, previo e informado que permita, además, lidiar con la información falsa que es abundante. Hasta el momento, el país ha logrado vacunar al 1.5% de su población.

PERÚ

El Gobierno de Perú, a través de la Resolución Ministerial No 848-2020, en el marco de la Ley General de Salud No 26842, aprobó en Plan Nacional de Vacunación contra la COVID-19.

Dicho Plan tiene como finalidad el “contribuir a disminuir la morbi-mortalidad por COVID-19, en el marco de las estrategias de prevención y contención de la pandemia, con una ciudadanía activa y comprometida”.

El objetivo general del Plan es el de implementar la vacunación segura como medida de prevención contra la COVID-19 en Perú.

Sus objetivos específicos son:

- Provisión de vacunas seguras y de calidad, su conservación, administración, adecuada gestión y manejo de los residuos que se generen, aplicando medidas de bioseguridad.
- Vigilar la seguridad de las vacunas, las reacciones adversas, manejo de casos y respuesta comunicacional adecuada y oportuna.
- Asegurar una demanda oportuna y la adherencia de la población a la vacunación a través de la promoción, información y comunicación.

En el Plan se ordena la población meta y a los casos e incidencia de COVID-19, según etapa de vida. Es así como encontramos cinco segmentos poblacionales:

Niño (0 a 11 años); Adolescente (12 a 17 años); Joven (18 a 29 años); Adulto (30 a 59 años); y Adulto mayor (60 y más años).

No se cuenta con clasificación o segmentos diferenciados a partir de características étnico-culturales.

A partir de reconocer que la vacunación contra la COVID-19 es una prioridad de interés nacional del gobierno, se asume como un problema el que no se cuente con suficientes recursos humanos, logísticos y financieros, para vacunar a más de 22.2 millones de personas ya que la nueva vacuna no estaba contemplada en la programación del Ministerio de Salud.

Asumiendo el propósito de asegurar y garantizar la vacunación a la población de acuerdo con los grupos priorizados, se establecen tres fases.

Primera fase (busca proteger la integridad del Sistema de Salud y la continuidad de los servicios básicos):

- Personal de Salud (sector público, privado).
- Personal de las Fuerzas Armadas y Policiales.
- Bomberos, Cruz Roja.
- Personal de Seguridad, serenazgo, brigadistas y personal de limpieza.
- Estudiantes de la salud.
- Miembros de las mesas electorales.

Segunda fase (busca reducir la morbilidad severa y la mortalidad en población de mayor riesgo):

- Adultos mayores de 60 años a más.
- Personas con Comorbilidad.
- Población de comunidades nativas o indígenas.
- Personal del Instituto Nacional Penitenciario (INPE) y personas privadas de la libertad.

Tercera fase (busca reducir la transmisión de la infección en la continuidad y generar inmunidad de rebaño):

- Resto de la población de 18 a 59 años.

En cuanto a la logística, se señala que la vacunación “se realizará en los establecimientos de salud, y en puntos estratégicos de vacunación. La población indígena será vacunada a través de brigadas itinerantes (Equipos de Atención Integral de Salud a Poblaciones Excluidas y Dispersas – AISPED) y con otras estrategias locales que faciliten el acceso a la vacunación de esta población”.

Ya en la fase dos, se plantea que para definir el lugar de vacunación de la población indígena se tenga que coordinar con los dirigentes de las comunidades, para la vacunación con brigadas itinerantes.

En cuanto a las actividades para asegurar información se plantea la necesidad de estrategias de comunicación masivas y focalizadas, diferenciadas por público objetivo y fases de la vacunación, aunque no se precisan detalles al respecto.

Es de especial destaque, la coordinación de los Ministerios de Salud y de Cultura en diálogo con la Organización Regional de los Pueblos Indígenas de Oriente (ORPIO), que ha permitido avanzar en una estrategia de implementación del Plan Nacional de inmunización en la provincia de Loreto, Nauta.

Entre otras acciones, se promueve un proceso de información de acuerdo con la tradición, usos y costumbres indígenas, con suficiente anterioridad a la llegada de las brigadas de vacunación.

URUGUAY

El día 1° de marzo de 2021 se puso en marcha el Plan Nacional de Vacunación contra COVID-19 que tiene como objetivo inmunizar a 2.836.000 personas, el total de los mayores de 18 años.

El Plan se sustenta en tres valores básicos: responsabilidad, solidaridad y bien colectivo.

Sus objetivos estratégicos coinciden con las definiciones de la OMS, a saber:

- Protección de la integridad del sistema de salud y la infraestructura de los servicios esenciales, por lo cual, se recomienda la vacunación de los trabajadores de la salud de los diferentes niveles y servicios.
- Reducción de la morbilidad y mortalidad asociada a COVID-19, protegiendo a las poblaciones de mayor riesgo, recomendándose la vacunación de los grupos de mayor riesgo, según la situación epidemiológica.

- Reducción de la transmisión de la infección comunitaria y generación de inmunidad de rebaño.

En cuanto a los principios del Plan Estratégico ellos son la protección equitativa, la gratuidad, la no obligatoriedad y la priorización teniendo en cuenta vulnerabilidades y riesgos.

A partir de estos criterios, el Plan establece prioridades para cierta población, entre las cuales se incluyen las personas en riesgo de enfermedad graves, por su edad o por padecer comorbilidades; las personas en riesgo por exposición; las personas en situaciones vulnerables y las personas que se consideran trabajadores esenciales.

En el Plan se da cuenta de las vacunas disponibles, las que llegarán y demás datos operativos sobre las diferentes etapas de la vacunación.

No hay ninguna referencia a las personas pertenecientes a Pueblos Indígenas.

VENEZUELA

Las autoridades venezolanas anunciaron el inicio de la vacunación contra la COVID-19 el 18 de febrero de 2021, con las primeras dosis de la vacuna Sputnik V, inmunizando en primera instancia al personal sanitario.

Luego de culminar con el personal sanitario, la prioridad es el personal de trabajo social, los cuerpos de seguridad y autoridades como gobernadores, alcaldes y diputados a la Asamblea Nacional.

El país enfrenta serios problemas para poder acceder a una cantidad suficiente de vacunas que cubra a toda su población.

A inicios de abril, el Ministro de Salud Carlos Alvarado informó que casi 200 mil trabajadores de salud ya habían sido vacunados en el país, al igual que otras 50 mil personas que participaban en la atención y visitas casa por casa.



EXPERIENCIAS DESTACABLES

Experiencias destacables de Pueblos Indígenas y Estados hacia la vacunación contra la COVID-19

Introducción

Durante la elaboración del presente informe se han detectado y registrado varias experiencias destacables que apuntan a levantar obstáculos o bien a facilitar el acceso de pueblos y comunidades indígenas a las vacunas contra la COVID-19.

Algunas de las acciones son propias de organizaciones indígenas y otras, coordinan esfuerzos con autoridades estatales u otro tipo de organizaciones que apuntan a objetivos similares.

Estas experiencias no son solo destacables por sí mismas, sino que marcan caminos posibles a seguir en los tiempos venideros en línea con varias de las recomendaciones que se incluyen más adelante en este informe.

Las acciones están marcadas por un contexto de desinformación e incluso noticias falsas en torno a la pandemia en especial de las vacunas y sus alcances.

Debe considerarse, también la continuidad de problemas preexistentes como el extractivismo ilegal en territorios indígenas que no se ha detenido, la criminalización de líderes y lideresas indígenas por defender sus derechos colectivos, impactos de desastres relacionados con fenómenos naturales, insistencia por impulsar supuestas consultas a través de medios digitales, entre otros factores, que no solo producen más complejidades para las campañas de vacunación sino que, además, alimentan sentimientos de desconfianza en las instituciones estatales y en otros actores sociales.

En varias comunidades se han realizado ejercicios colectivos de circulación de la palabra y consultas con sabias y sabios para determinar qué acciones llevar en torno a los procesos de la vacunación. Este es el caso, por ejemplo, de Ngulu Mapu (sur de Chile) y también en comunidades de Colombia.

Se trata de ejercicios de resignificación de la vacunación a partir de sus propios contextos, matrices epistemológicas y espirituales, así como de su memoria histórica.

En ese marco, surgen varias iniciativas de información y comunicación producidas en lenguas indígenas sobre la vacunación preparadas por organizaciones y jóvenes indígenas en varios países como en el caso de Brasil, México o Perú.

Detalle de las experiencias registradas

A continuación, se comparten algunas de las acciones que pueden considerarse experiencias destacables promovidas por organizaciones indígenas e instituciones estatales para facilitar el acceso de los Pueblos Indígenas a la vacunación contra la COVID-19.

BOLIVIA, EP

A partir del 29 de enero se inició en Bolivia la vacunación contra la COVID-19. Ante la ausencia de campañas oficiales, la Confederación Indígena del Oriente Boliviano (CIDOB) en coordinación con la Coordinadora de las Organizaciones Indígenas de la Cuenca Amazónica (COICA), durante inicios de marzo tomaron la iniciativa de acudir a jóvenes indígenas comunicadores para que contribuyan en la elaboración de videos informativos y otros medios de socialización sobre las vacunas en las comunidades indígenas.

Cabe destacarse que, el primero de abril de 2021 el Estado publica el Decreto Supremo No 4481, donde se establece, entre otros objetivos, la priorización de la vacunación contra la COVID-19 en fronteras y el cierre temporal de la frontera con la República Federativa del Brasil.

Aunque el Decreto no lo explicita, se sabe que al menos 18 Pueblos Indígenas amazónicos se encuentran presentes en el departamento de Beni que es la zona abarcada por la norma.

Sin dudas, las disposiciones del decreto pueden ayudar a aliviar la situación mediante el envío de medicamentos, equipamiento, insumos, vacunas y oxígeno, iniciado ya en el pasado mes de abril.

BRASIL

Actualmente, uno de los grandes inconvenientes que detectan las organizaciones indígenas es que el plan de vacunación para los Pueblos Indígenas de Brasil toma en cuenta a los indígenas residentes en tierras indígenas que son unas 517.383 personas (57.7% del total) es decir, que el resto, no está considerado de forma prioritaria para la vacunación.

Ante ello, la Articulación de Pueblos Indígenas en Brasil (APIB) junto con otras organizaciones indígenas, están llevando adelante diversas acciones que se presentan a continuación:

Campaña ‘Vacuna, parente!’ (‘Vacina, Parente!’)

Esta campaña impulsada por la APIB y las organizaciones indígenas fue lanzada el 22 de enero y pretende sensibilizar a la población indígena sobre la importancia de la vacuna para evitar la propagación de la COVID-19 y exigir la vacunación del total de la población indígena del Brasil. En ese sentido, la campaña incentiva a la población indígena a buscar los puestos de vacunación más próximos a sus pueblos y tomar sus dosis respectivas contra COVID-19. Esta campaña está enmarcada en el Plan de Emergencia Indígena que contempla el desarrollo de acciones de articulación política, judicial y comunicacional necesarias para garantizar la vacunación de toda la población indígena.

Asimismo, se difunden ilustraciones como la siguiente a través de las redes sociales.

Ilustración N° 1: Mensajes visuales parte de la campaña ‘Vacina parente’



Ilustración: Ibraim Nascimento a través de APIB. 2021

Mujeres indígenas lideran la lucha

Durante el mes de enero se realizó un encuentro con más de 30 mujeres indígenas de la amazonia brasileña, no solo para sensibilizar a la población indígena sobre la importancia de la vacunación, sino también para exigir el acceso a vacunas para toda la población indígena incluso aquellos que residen en áreas urbanas. Allí se debatieron los alcances y las acciones previstas por la campaña “¡Vacuna, pariente!”

En seguimiento de estas iniciativas, a inicios de febrero, en modalidad virtual, la movilización nacional de las mujeres indígenas llevó adelante el tercer gran encuentro para debatir acciones que garanticen la vacunación de todos los indígenas de Brasil.

Por otro lado, también se destaca que Vanuzia Costa Santos, técnica en enfermería y trabajo social, además de presidenta del Consejo Popular de Kaimbé, fue la primera mujer indígena en ser vacunada.

Residente del pueblo multiétnico Filhos de Terra en Cabuçu, Guarulhos, Vanuzia expresó: “Soy una persona que conserva la enseñanza de mis parientes, mi ciencia, mi ascendencia y mi creencia. Pero solo mi creencia y mi ascendencia no son suficientes para combatir este virus, la vacuna sí”.

El testimonio de Costa Santos fue muy importante en el llamado a la población indígena a vacunarse contra la COVID-19.

Ilustración N° 2: Mensajes visuales parte de la campaña ‘Vacina parente’



Ilustración: Ibraim Nascimento a través de APIB. 2021c

Contra la desinformación y las noticias falsas

A través de un pronunciamiento denominado ‘Manifiesto por la vida: ¡Vacunación para todos los Pueblos Indígenas de Brasil!’, publicado el 22 de enero, la APIB ha dado a conocer la circulación de información falsa entre comunidades y personas indígenas.

Dicha desinformación que se repudia enérgicamente hace alusión a falsos argumentos como “los indígenas están en el grupo prioritario para ser exterminados como conejillos de indias” o “la vacuna provoca cáncer y altera el ADN de las personas”.

Estos mensajes estarían circulando malintencionadamente en las comunidades indígenas y a su vez están induciendo a algunas familias indígenas a rechazar la vacuna contra la COVID-19

Ante ello, la APIB ha decidido hacer aclaraciones al respecto y llevar adelante la campaña antes mencionada para incentivar a la población indígena a buscar los puntos de vacunación más cercanos a sus pueblos.

La APIB afirma que la vacuna es hoy el arma principal para combatir la pandemia. Como parte de esta lucha se elaboran y difunden podcasts orientativos a través de medios como whats app y redes sociales.

Además, la APIB ha montado un repositorio para la campaña que además de otros materiales informativos toma en cuenta un monitoreo de la situación de vacunación sobre la primera y segunda dosis para población indígena contrastando diversas fuentes. A raíz de esto, se ha generado materiales divulgativos como se ve a continuación:

Ilustración N°3: afiche informativo sobre la cantidad de población indígena vacunada, Brasil.



Fuente: APIB, 04 de mayo de 2021

COLOMBIA

Durante la pandemia, la Organización Nacional Indígena de Colombia (ONIC) ha desempeñado un ponderable trabajo de monitoreo sobre la prevalencia y afectación de la COVID-19 a la población indígena.

En ese sentido, la ONIC a través de su Sistema de Monitoreo Territorial (SMT) ha publicado 55 boletines informativos en gran medida basados en los reportes provenientes desde los territorios de los Pueblos Indígenas y los reportes realizados por el Instituto Nacional de Salud de Colombia. Además, se han realizado consultas y diálogos internos sobre la vacunación.

En ese marco, algunas de las recomendaciones emitidas, apuntaban a pensar, reflexionar y evaluar conjuntamente, el Plan Nacional de Vacunación, a fin de adoptar las determinaciones pertinentes para garantizar la vida y pervivencia como Pueblos y Naciones Indígenas. También señalaban la necesidad de fortalecer y potenciar las acciones pedagógicas para el autocuidado individual y comunitario, haciendo frente a las diferentes situaciones que se vienen generando por la expansión del contagio y la presencia del virus en las comunidades indígenas.

En concordancia con estas acciones, la ONIC ha continuado trabajando en intensas campañas de comunicación en 20 de las 60 lenguas indígenas del país con su correspondiente difusión en los territorios indígenas.

Debe destacarse que, durante los primeros días de marzo del 2021, la Subcomisión Nacional de Salud Propia e Intercultural de la Mesa Permanente de Concertación con los Pueblos Indígenas en Colombia sostuvo reuniones con autoridades del Ministerio de Salud, donde se abordaron varios temas como:

- Adecuación del Decreto de implementación del Plan de vacunación en términos socioculturales para los Pueblos Indígenas de Colombia.
- Fortalecimiento de la bioseguridad propia en los territorios indígenas a partir del manejo y aplicación de la medicina propia.
- Fortalecimiento de la medicina propia y continuidad en la implementación de los rituales y armonizaciones espirituales.
- Fortalecimiento de huertas, fincas, reservas naturales o los resguardos indígenas para salvaguardar y proteger las plantas medicinales.
- Fortalecimiento del monitoreo territorial para el diagnóstico de la situación de las comunidades.
- Acompañamiento del plan de manejo integral para la socialización de la importancia de la aplicación de la medicina tradicional ancestral, además del análisis e importancia de la vacuna en diferentes espacios territoriales.

Se trata de “hacer el acompañamiento y dar una orientación mucho más eficaz a aquellos Pueblos Indígenas que dicen sí, aceptamos el biológico, teniendo en cuenta que sería la importancia de la medicina tradicional, pero además la complementariedad de lo que es la medicina tradicional con la medicina alopática, en este caso la aplicación del biológico”⁴³.

Consideran que este último elemento que se centra en la orientación en las comunidades es de suma importancia, puesto que como denuncia el consejero Ahué, existe desinformación a través de las redes sociales lo que causa confusión en los pueblos indígenas y en la sociedad en general. Se enfatiza además que para estas orientaciones es imprescindible generar unos escenarios de diálogo con los mayores y mayoras para que ellos posibiliten la orientación desde lo propio.

COSTA RICA

Durante la Semana Santa, el poblado de Uatsi, en Talamanca, de muy difícil acceso, donde habitan indígenas bri-bri, recibió la primera dosis de la vacuna contra COVID-19. Se priorizó a los adultos mayores con una meta de 732 dosis durante esa semana. Ello ha sido posible no solo por la presencia de los funcionarios sanitarios estatales, sino porque la tarea fue articulada con el comité de salud comunitario, la Comisión Municipal de Emergencias, la Municipalidad de Talamanca y con los líderes indígenas, que se han preocupado porque la vacunación tenga “pertinencia cultural”.



<https://www.nacion.com/el-pais/servicios/cinco-horas-a-pic-entre-montanas-y-rios-vacunas/JZTI6U44ONEDDOB5RCSSFWHE4M/story/>

43 Rosendo Ahué Coello. Consejero de Medicina Tradicional y Salud Occidental de la ONIC. Integrante de la Subcomisión Nacional de Salud de la Mesa Permanente de Concertación de los Pueblos Indígenas en Colombia.

CHILE

El Plan de vacunación COVID-19 del Ministerio de Salud del gobierno de Chile comenzó el 3 de febrero del presente año y a la fecha actual es el país de Latinoamérica con la mayor tasa de vacunación, superando los 7 millones de vacunados con segunda dosis, lo que equivale al 47,4% de la población objetivo.

El Plan de vacunación no ha contado con la participación de los Pueblos Indígenas, a pesar de existir normativa específica en el área de la salud que establece el pleno derecho a la participación de los Pueblos Indígenas en la prevención y promoción de la salud tanto en programas de carácter nacional como en aquellos territorios históricos.⁴⁴

Frente a ello, desde el Ad-kimün (conocimiento mapuche) se realizan procesos analíticos y de lectura propia sobre la pandemia, puesto que cada pueblo comprende de una manera diferente y propia dicha situación, así como el proceso de vacunación:

“La reflexión que hacemos como mapuche sobre la vacuna se relaciona a que esta enfermedad no es mapuche, sino un winka kutran⁴⁵, por tanto, si la enfermedad viene de afuera el remedio también proviene de afuera, por tanto, la gente acá no tiene problema en asumir que esta enfermedad se controla con vacuna, la gente se informa y comienza a acudir a los centros de salud, fundamentalmente los adultos mayores y personas con enfermedades crónicas (...)”⁴⁶.

Lo expresado por la autoridad tradicional mapuche refleja que cada pueblo indígena desde su sistema milenario de saberes y conocimientos tiene una interpretación sobre la pandemia y, por ende, sobre el proceso global de vacunación, lo cual demanda que este sea considerado con pertinencia cultural y lingüística por las autoridades de los Estados.

Por lo tanto, una comunicación en lenguas indígenas sobre la vacuna resulta hoy importante y necesaria: “Lamentablemente ya sea a lo largo de la pandemia y más aún ahora en este contexto de vacunación hay escasas iniciativas comunicacionales en mapuzugun”⁴⁷.

44 MINSAL (2018). Orientaciones técnicas pertinencia cultural en los sistemas de información en salud. Variable de Pertenencia a Pueblos Indígenas en los Registros y Formularios Estadísticos del Sector Salud. Gobierno de Chile.

45 Winka kutran: enfermedad externa a la sociedad mapuche.

46 José Quidel Lincoleo, Lonko (autoridad tradicional) del lof Ütugehtu perteneciente al aylla rewe de Txuf Txuf (territorio Mapuche - wenteche, IX región de la Araucanía, Chile) y Director de la cátedra Fray Bartolomé de las Casas de la Universidad Católica de Temuco.

47 Mapuzugun: lengua del pueblo mapuche (Chile y Argentina).

MÉXICO

Campaña comunicacional de vacunación en lenguas tsotsil y tseltal.

Jóvenes indígenas de los pueblos Tsotsil y Tseltal han impulsado una campaña informativa sobre las vacunas contra la COVID-19 en comunidades indígenas de San Cristóbal de las Casas en el Estado de Chiapas. El objetivo es promover el derecho universal a la salud en las comunidades de manera informada.

La campaña que implicó a varios actores e instituciones sociales, entre ellos la Iniciativa Whittaker para la Paz y el Desarrollo (WPDI Chiapas), surge ante la falta de información y noticias falsas que inundaron a las comunidades indígenas en la primera alza de contagios por COVID-19, lo que trajo como consecuencia actos de violencia y negación de la existencia del virus.

Por tanto, las y los jóvenes de estas comunidades aseguran encontrarse limitados en información respecto a la pandemia debido a las brechas comunicativas que afrontan, como no contar con señal de celular o la perspectiva monocultural de los principales canales de la televisión abierta⁴⁸. Se trataba de compartir información lo más seria y actualizada posible sobre los impactos de la pandemia:

Silvia Sántiz, una de las jóvenes indígenas que colaboró en estas iniciativas de socialización de información sobre la pandemia, comentó los ejercicios previos que venía acompañando: “Hicimos las cápsulas, las empezamos a difundir a través de whats app pero también nos dimos cuenta que no todas las personas tenían acceso a whats app y entonces usamos las radios comunitarias en este caso y con líderes que estaban en comunidades más alejadas para que de alguna manera a ellos también les pudiera llegar esta información. Con esta estrategia que tuvimos con la radio comunitaria tuvimos más acceso a otras comunidades del municipio. Creo que tuvimos acceso como a 60 comunidades donde tiene alcance esta radio comunitaria”.

Elaboraron afiches informativos sobre el acceso a las vacunas contra COVID-19, no solo traduciendo al tseltal y tsotsil, lenguas habladas por los jóvenes y sus comunidades, sino con una interpretación “que les hablara en las comunidades no solo en su propia lengua sino también tomando en cuenta las narrativas locales, la forma cotidiana de hablar sobre la enfermedad porque toda la perspectiva, la cosmovisión sobre la enfermedad en los diferentes territorios y las diferentes comunidades entra en juego cuando se quiere hablar de vacunación y de un virus nuevo”.

48 Jóvenes ofrecen información sobre la vacuna COVID en lenguas originarias. <https://www.chiapasparalelo.com/noticias/chiapas/2021/02/jovenes-ofrecen-informacion-sobre-la-vacuna-covid-en-lenguas-originarias/>

Ilustración N° 4: Afiches en lenguas Tsotsil, Tseltal y español sobre vacuna COVID-19

1 Li bakunae ja' avich'el ta muk' mu'yuk tojbil.

Li stojol yich'o manele ja' jtak'intik ta komon k'ucha'al mejikanootike. Mi ach'ame ma'uk xal chavak'bexa aboto ti buch'ue.

2 Lavi k'ak'ale oy to parajeetik muk'bu k'otern ti chamel COVID.

...k'usi un li viruse yak ta xbein yo'to Kucha'al xk'ot.

3 Oy jayib namal balamiletik ep ismanik ti bakunae, ch'abal xa iyiktabeik ti yantik o balamiletike.

Mejikoe isman li k'usi yepal ba'yuk ta xtun ta xich' sbakunalk ti jpoxtavanejetike xchi'uk ti me'el moletike, ti ja'ik oy xa ep laj chamikuk ta skoj COVID.

4 Li bakunae ja' jun poxil ta xchanubtas ta spoj sba ta COVID li jbek'taitike.

Ba'yi iyich' tojbtasel ta ep ta mil krixchanoetik yo'to k'ucha'al yul o ta jpojeb baitik.

5 Li j-ak' bakunaetike ta xk'otik ba'yuk ta bik'tal jteklumetik ta sjunlej yosilal Mejiko. To'oxe, li parajeetike ta skomtsanatik ta ts'akal, lavi xae ja' ba'yi ta staik ti jmu'ktatot-jmu'ktame'tike. Li k'usi chajak'batike ja' nox ta xtun o skuenta sk'elobil jayvo' to sk'an xich'ik ti bakunae, mu stak' tunesel skuenta politika.

Na'ikme ti bakunae ja' jtos kich'obiltik ta muk', vo'ot chanop mi chavak' aba ta julele yu'un ta xak'uxubin aba xchi'uk chak'uxubin li yantike.

Producción española - material | Servicio de Emergencias
Ilustraciones y diseño | Centro de Estudios

Fuente: WPDI Chiapas.

¿Será que me pongo la vacuna del COVID?



1

La vacuna es **TU DERECHO**

y es **GRATIS**



El dinero con el que se compró es de todas y todos los mexicanos. Aceptarla **no te compromete** a votar por nadie.

2

Hasta ahora, en muchas comunidades no ha llegado el COVID...



...pero el virus sigue avanzando y **va a llegar.**

La vacuna **es segura** y te puede **salvar de ir al hospital.**

3

Algunos países del mundo compraron muchas vacunas y dejaron a otros países sin ellas.

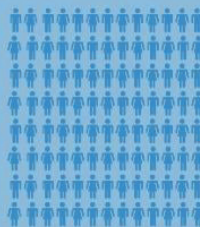
México compró las necesarias para vacunar primero al **personal de salud** y a los **adultos mayores**, que son quienes más han muerto por el COVID.



4

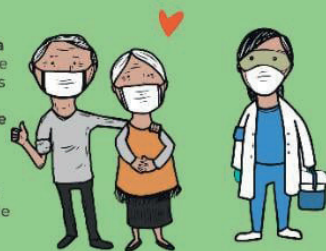
La vacuna es una medicina que le enseña a tu cuerpo a **defenderse del COVID.**

Fue probada en miles de personas antes de llegar a nosotros.



5

Las brigadas de vacunación llegarán **primero a las zonas rurales** de todo el país. Antes, las comunidades siempre se quedaban al final, pero ahora **le toca primero a nuestros abuelos y abuelas.** La información que te pidan servirá sólo para saber cuántos faltan por vacunarse y no puede ser usada para fines políticos.



Recuerda que la vacunación es un **derecho** y es **tu decisión** protegerte y proteger a los demás.



Ilustración y diseño | Cubikita Solano

Yabal JK'an julel yu'un xkal te chamel COVID sbil-e?



1 Te julel-e ja'me awu'un Sok majtanalme.

Sp'ejelme jlumaltik Mexico ta sak'in la yich' manel. Me la awa'kaba ta julel-e ma'yukme ya yich' k'anel avoto ta stojol jme'tik-tatik.

2 Ja'i ka'li to, ma'yuk to nix k'oem ta bayel jtejk lumetik te chamel COVID sbil-e

...ma jichuk, ja' te chamel-e yakalme a'tel, ja' jich te yal ik'me xjul ta lok'el.

¡ACÁ NO HAY COVID!

Te julel-e lek, ma'ba chopol te' yu'un te ya stak' skoltaotik yu'un ma kich'tikbel ik'el ta snail poxtawanej-a.

3 Bayel muk'ul limetik ta sp'ejel balamilal, bayel la smanik te julel-e, te' yu'un te ay banti yantik muk'ul lumetik te ma'yuk la stakix a te poxil-e.

Te jlumaltik Mexico-e lanix staj jte'buk te poxil-e, te' yu'un te ja' sababi ya yichik julel te j-a'teletik, jpoxtawanejetik soknixekte jme'tik jtatik te ma'ch'a yijix xch'ielike, melet ja' bayel yakal lajelik yu'un te chamel COVID sbil-e.

4 Te julel-e ja'me jun poxil te ya yak'be yip te jchanultik, yu'un ma stsakotik a te chamel COVID sbil-e.

Tsajblime, bayelme jme'tik jtatik la yich' sbabi, te' yu'un te patil ajul ta jtojotike.

5 Te julawaletike, ja'me sbabi xba yulata' te lum k'inal te banti ma'ba muk' te slumal-e, ta sparmal te jlumaltik Mexico. Te woje-cha'je-e ja'me ala walakpat jk'itabilotik, ja' jich te ya'tike ja'me sbabi ya yich'ik julel te jme'tik jtatik te muk' xch'ielike. Te binti ya yich' jojk'ool-e ja'naxme yu'un te ya yich' na'el te jay tul yich'oix julel te jme'tik jtatiketike, mayuk me ya yich' tundesel ta stojol politica.

Te julel-e ja'me awu'unik, k'ejame ta awo'tanik, jichnixan ja'me snojpil awu'unik teme ya ak'an akananta aba-e sok teme ya ak'an akananta te awuts' awalal-e.

Medicinas españolas - Tailandia | México Ciudad | Rotación y diseño | Gobierno Sanitario

Fuente: WPDI Chiapas.

La metodología de trabajo consistió entonces en recoger las inquietudes que se fueron evidenciando en las comunidades, seguidamente se priorizaron las preguntas más generales y/o reiterativas con lo cual se crearon los primeros insumos.

Para este trabajo se realizaron alianzas institucionales y de personas interesadas en aportar desde sus áreas. A su vez, este material fue compartido con los jóvenes indígenas constructores de paz, así como con diferentes organizaciones e instituciones sociales. Los afiches son materiales de libre acceso para facilitar su divulgación.

Todas estas experiencias previas a la llegada de la vacuna han sido importantes insumos para facilitar el acceso a la vacuna y que las comunidades tomen decisiones plenamente. En cuanto a la continuidad de esta iniciativa, manifiestan que tienen interés en continuar, sin embargo, piensan que es necesario readecuar el formato para la difusión de la información y tomar en cuenta otras formas de consumo de información más alternativas: “los pueblos originarios tienen la costumbre de compartir información de boca en boca y en sonido, en voz. Entonces, pega mucho más los mensajes de voz que se comparten que las imágenes y la otra cosa es que la narrativa va más en la lógica de diálogo”.

PERÚ

Gestiones y dificultades en la implementación del proceso de vacunación de comunidades indígenas amazónicas de Loreto.

La Base de Datos de Pueblos Indígenas u Originarios (BDPI) del Ministerio de Culturas del Perú establece que se tiene la información de 55 Pueblos Indígenas, 51 de los cuales se encuentran en la Amazonía y el resto en la región Andina.

Como se indica en el respectivo Plan Nacional de Vacunación, en Perú se contemplan tres fases de priorización, de modo tal que la ‘Población de comunidades nativas o indígenas’ está contemplada en la Segunda fase.

En la región de Loreto, Amazonia, la Organización Regional de los Pueblos Indígenas de Oriente (ORPIO), es una organización base regional miembro de la Asociación Interétnica de Desarrollo de la Selva Peruana (AIDSESP), presente en unos 15 Pueblos Indígenas con unas 1.500 comunidades en las que a su vez se hablan 15 lenguas indígenas.



Video: Vacunación indígena en sus primeros pasos ¿Cómo se informará en las comunidades? Lideresa Indígena Bora pregunta a la DIRESA de Loreto. Escanea el código QR



Desde hace meses, demandan un proceso de vacunación informado y con consentimiento para los Pueblos Indígenas. Han exigido, además, que el proceso de información sobre las vacunas debe realizarse de acuerdo con la tradición, usos y costumbres indígenas, así mismo, con suficiente anterioridad a la llegada de las brigadas de vacunación.⁴⁹

¡No queremos sorpresas o irregularidades! ¡Tienen que respetar los procesos comunales y dar la información correcta!, han expresado de forma reiterada⁵⁰. Sus demandas han tenido repercusión en las autoridades estatales.

49 <http://www.orpio.org.pe/?p=2250>

50 Comando indígena de Loreto: ¡Vacunación debe ser informada y tener consentimiento indígena!
<http://www.orpio.org.pe/?p=2177>

La Dirección Regional de Salud y el Ministerio de Cultura, han coordinado acciones para recorrer las comunidades con información pertinente sobre la vacuna que va a recibir la población indígena que en este caso sería Johnson & Johnson cuya aplicación es mediante una sola dosis.



En ese marco, el 13 de abril, las autoridades estatales y la representación indígena, acordaron definir una estrategia y varias acciones concretas para la implementación del Plan Nacional de inmunización en la provincia de Loreto, Nauta.

Este es un muy importante ejemplo sobre la posibilidad de dar efectiva participación a las organizaciones indígenas y coordinar esfuerzos con el Estado para facilitar un proceso de vacunación incluyente y eficiente.

Encuesta revela importantes retos para la vacunación en Pueblos Indígenas, Perú

Mediante una conferencia de prensa, el pasado 11 de mayo, se presentaron los resultados de una encuesta realizada a 9 Pueblos Indígenas de la región de Loreto sobre el proceso de vacunación contra COVID-19.

Esta iniciativa se dio gracias a una colaboración conjunta entre las organizaciones indígenas ORPIO, la Organización Regional AIDSESEP-Ucayali (ORAU), Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (USAID), Alianza por la Amazonía Frente a COVID-19, Rainforest Foundation U.S. y el Centro de Información y Educación para la Prevención del Abuso de Drogas (CEDRO).

En este sentido, se realizaron 462 encuestas en 40 comunidades nativas de 9 Pueblos Indígenas, incluyendo a 5 federaciones indígenas de Loreto, 2 de Ucayali y a su vez dos organizaciones indígenas de base regional.

Tabla N° 2: Federaciones implicadas en la iniciativa

Federaciones indígenas de Loreto	Federaciones indígenas de Ucayali	Organizaciones indígenas de base regional
a. Federación de Comunidades Nativas del Medio Napo, Curaray y Arabela, FECONAMNCUA.	a. Organización Distrital Indígena de Masisea, ORDIM.	a. Organización Regional de los Pueblos Indígenas de Oriente, ORPIO.
b. Federación de Comunidades Nativas Majjuna, FECONAMAI.	b. Asociación de Comunidades Nativas Asháninkas-Asheninkas de Masisea y Callería, ACONAMAC	b. Organización Regional AIDSESEP-Ucayali, ORAU.
c. Organización Kichwaruna Wankurina del Alto Napo, ORKIWAN.		
d. Federación de Comunidades Nativas Tikuna y Yaguas del Bajo Amazonas, FECOTYBA.		
e. Federación de Comunidades Nativas del Ampiyacu, FECONA.		

Fuente: elaboración propia con base a información de presentación de la encuesta.

Las comunidades por Pueblos Indígenas que llenaron las encuestas fueron:

Tabla N° 3: Pueblos Indígenas contemplados en las encuestas

Loreto	Ucayali
Kichwas (15) y Murui Muinane (1) del Napo	Asháninkas de Alto Tamaya (1)
Maijunas (1) del Napo	Shipibo Conibo del Lago Imiria (4)
Boras (2), Yaguas (1), Ocaina (1) y Murui (1) Mui-nami (1) del Ampiyacu	
Ticunas (13) y Yaguas (1) del bajo Amazonas	

Fuente: elaboración propia con base a información de presentación de la encuesta

Entre algunos de los resultados que se presentaron como parte de esta iniciativa se destaca que ante la pregunta ‘¿Usted quiere vacunarse contra el COVID-19?’, el 66,20% de los 462 encuestados indicó que no y el restante 33,80% respondió afirmativamente.

En cuanto a las razones por las cuales no accederían a la vacuna, la respuesta mayoritaria tiene que ver con la ‘Falta de información oficial’ que fue la opción del 31,7% de los encuestados; otras respuestas fueron por ‘Miedo’, ‘No querer morir’, ‘Desconfianza en la vacuna’, ‘confianza en la medicina tradicional’, ‘Temor a los efectos secundarios’.

De igual manera, entre las condiciones habilitantes para vacunarse, se presentaron los siguientes resultados:

Gráfico No 1: Condiciones habilitantes para vacunarse

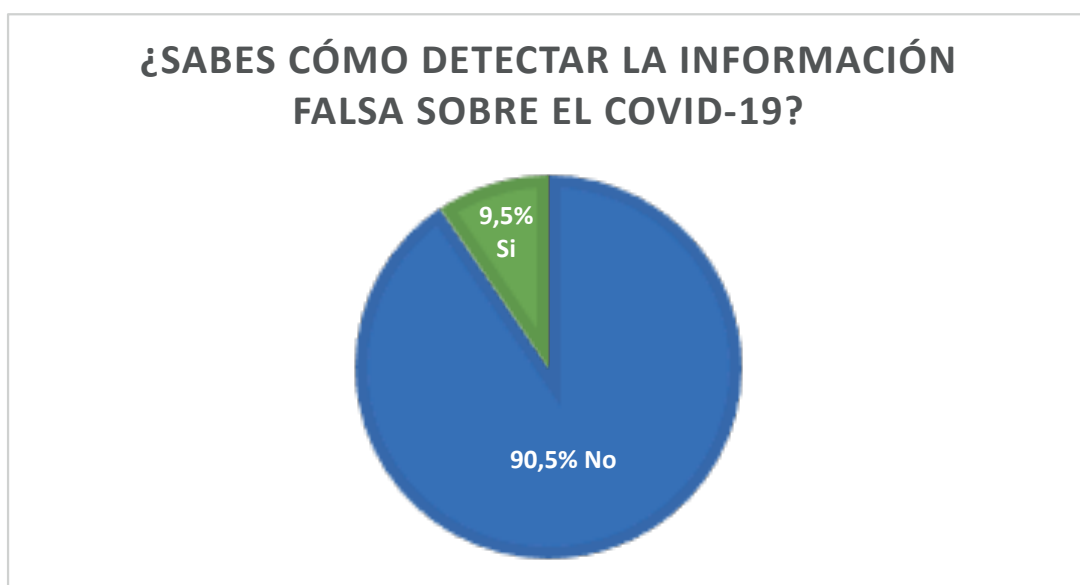


Fuente: Elaboración propia con base a los resultados presentados de la encuesta.

Así mismo, otra de las preguntas realizadas en la encuesta decía ‘¿Sabe que para vacunarse contra el COVID-19 debe firmar un documento de consentimiento?’, a lo que 83,1% de los encuestados respondió negativamente y solo el 16,9% respondió afirmativamente.

Entre otra de las preguntas que hace referencia a la información, se pregunta: ‘Sabes cómo detectar la información falsa sobre el COVID-19’, a la que los encuestados respondieron de la siguiente manera:

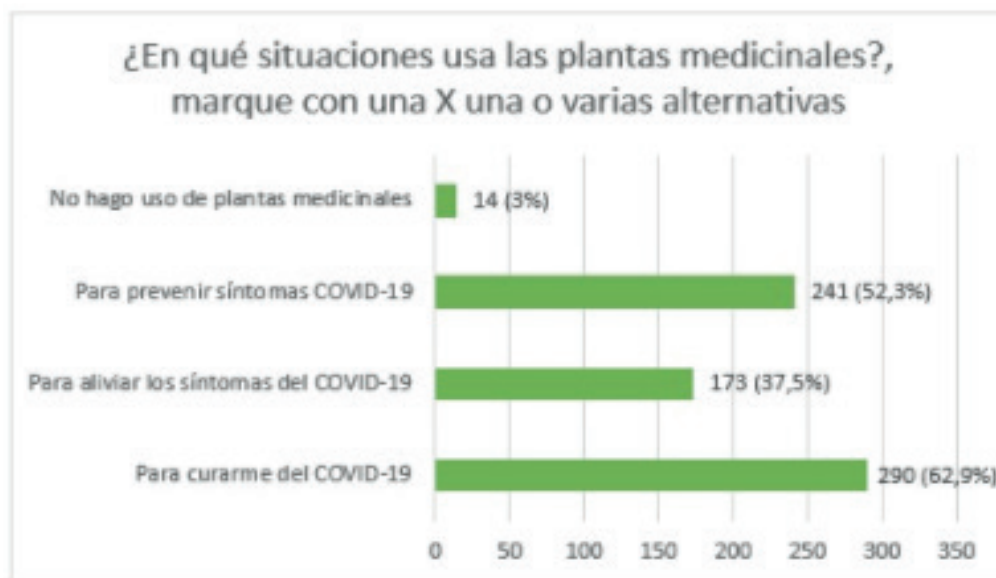
Gráfico N° 2: Detección de información falsa sobre COVID-19



Fuente: Elaboración propia con base a los resultados presentados de la encuesta.

En cuanto al uso de plantas medicinales, se destaca el uso de las mismas para afrontar la COVID-19, tal como se muestra a continuación:

Gráfico N° 3: Uso de plantas medicinales en comunidades encuestadas



Fuente: Elaboración propia con base a los resultados presentados de la encuesta.

Frente a estos resultados Jorge Pérez, presidente de ORPIO expresó: “Hace falta escuchar la verdadera voz de los Pueblos Indígenas, ir comunidad por comunidad para preguntarnos, para informarnos, muchos no quieren vacunarse porque temen morir y no es un prejuicio, es una realidad ante tanta desinformación que el gobierno no resuelve”.



CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES



Conclusiones y Recomendaciones

CONCLUSIONES

El notable avance científico que permitió contar en un lapso muy breve con varias opciones de vacunas contra la COVID-19, abrió una enorme expectativa de poder contrarrestar al virus y sus tremendos impactos.

Varios Estados y empresas privadas pusieron energía y recursos a favor de la inmunización contra el virus demostrando que las respuestas son posibles a pesar del tamaño del desafío. Casi cada día nos enteramos de novedades tecnológicas, de nuevos hallazgos sobre el virus, sus causas y consecuencias, así como las vías para combatirlo.

Pero al mismo tiempo, el tema también ha sido objeto de debates y desavenencias relacionadas con aspectos geopolíticos y también comerciales.

Por ejemplo, hasta el momento, no ha prosperado la propuesta de liberar a las vacunas, al menos temporalmente, del régimen de patentes y propiedad intelectual y otros aspectos tecnológicos esenciales relacionados con la COVID-19.

El acceso a las vacunas ha estado marcado por múltiples inconvenientes, incluso para países con renta alta, en virtud de incumplimiento de proveedores u otras dificultades.

Pero sin dudas, el problema más serio sigue estando en la notable inequidad para el acceso a las vacunas entre los diversos países del mundo.

Mientras 160 millones de personas se han contagiado con el virus SARS-CoV-2 y casi tres millones y medio han fallecido, menos del 9% de personas en todo el planeta han sido vacunadas. Pero estos números no se reparten equitativamente ni entre regiones ni entre países.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) manifiesta que, la inequidad para el acceso a las vacunas contra la COVID-19 es cada vez más notoria: los países de ingresos altos que tienen apenas el 16 % de la población mundial, cuentan con el 60 % de las dosis de vacunas que se han vendido.

En América Latina y el Caribe, donde al 12 de mayo de 2021 se han inoculado 125.917.849 dosis, el mecanismo COVAX cuyo concepto y orientación merecen destacarse muy positivamente, ha logrado entregar algo más de 12 millones de dosis de diversas vacunas a 31 países que se han beneficiado con ello.⁵¹ Evidentemente, para que impacte significativamente, el mecanismo debiera tener un salto cualitativo importante en las siguientes semanas.

Este informe da cuenta de varios de los llamados globales y regionales que se han conocido demandando poner al servicio del interés público y democratizar el acceso a las vacunas, no solo entre países, sino también dentro de ellos, para poder poner fin a la fase aguda de la pandemia.

Al mismo tiempo, la información recogida en este documento reafirma la necesidad de insistir en que la vacunación, con ser muy relevante, no es la solución única ante la pandemia, en especial en el corto y mediano plazo.

De hecho, los países de Latinoamérica que más han avanzado en la vacunación de su población (Chile y Uruguay) durante semanas han visto como los casos de contagios ascendían de forma alarmante. En el caso de Uruguay, en el mes de abril llegó a tener la segunda tasa de letalidad más alta del mundo con 1.71 fallecidos por cada 100.000 habitantes.⁵²

Por tanto, es imprescindible que las campañas de vacunación se enmarquen en una estrategia de inmunización más amplia, integral, que permita prevenir, por diversas vías, la llegada del virus.

Entre otros aspectos, no debemos dejar de lado la necesidad de tomar acciones sobre las causas que provocaron la pandemia y que la hacen tan letal. En esencia, parece claro que los coronavirus han saltado desde los animales a los seres humanos como consecuencia de la destrucción de sus hábitats en el marco de un sistema económico depredador de la naturaleza.

Durante la pandemia estamos viendo que ello no cambia ya que, poniendo en riesgo la vida de propios y extraños, se continúa con la explotación de los bosques y recursos naturales a pesar de la prohibición de hacerlo o se sigue obligando a trabajar en establecimientos industriales o agrícolas contradiciendo medidas estatales de prevención.

51 <https://app.powerbi.com/view?r=eyJrIjoiMjA5ZDAxMmEtYTljNC00M2I0LWE5MjUtYWQzZG-QxNDc4OThhIiwidCI6ImU2MTBlNzljLTJlYzAtNGUwZi04YTE0LTFiNGIxMDE1MTlmNyIsImMiOiR9>

52 <https://www.nytimes.com/es/interactive/2021/05/05/espanol/mundo/aumento-casos-covid.html>

Si no se cambian estas prácticas, la vacunación no alcanzará ya no solo para enfrentar este virus sino para detener la aparición de nuevos. Las inequidades en el acceso a la vacunación se manifiestan con toda claridad en relación con los Pueblos Indígenas.

En este informe se han identificado varios obstáculos que tanto las organizaciones indígenas como en algunos casos los gobiernos, han reconocido que impiden una campaña de vacunación correcta y eficiente para las comunidades indígenas.

El problema central es que no se ha logrado elaborar ni menos implementar estrategias de inmunización interculturales, tal y como se viene demandando desde los Pueblos Indígenas y por parte de organismos internacionales.

Aunque hay experiencias que exhiben mayor sensibilidad (los casos de buenas prácticas incluidos en este informe así lo evidencian), en general los planes de vacunación están lejos de contemplar las características sociales y culturales de los diversos pueblos y darles participación desde el diseño hasta la ejecución de las acciones de vacunación.

Si bien se han registrado ocho países que ubican a las personas indígenas en determinado lugar de priorización para el acceso a la vacunación, ello se hace atendiendo a su condición de población en riesgo o vulnerable, pero no implica que se establezcan estrategias diferenciales interculturales para los colectivos de los pueblos originarios.

Continúa siendo un serio obstáculo la carencia de información desagregada en relación con los Pueblos Indígenas, a pesar de que muchos de los Estados han expresado la necesidad de cambiar esta situación e incluso en algunos de ellos, tribunales de justicia han ordenado hacerlo.

La realidad es que, hasta el momento, tan solo un país comunica periódicamente los datos sobre cantidad de personas indígenas vacunadas y otro país, es probable que comience a tener esa información en breve. Los demás, aún aquellos que mantienen información desagregada sobre prevalencia de la COVID-19 en personas y comunidades indígenas, no están recopilando información desagregada sobre la vacunación.

Aun considerando que los sistemas de recopilación y procesamiento de información no pueden modificarse de forma inmediata, que los nuevos datos desagregados requieren tiempo para su obtención, pareciera que, al menos para el diseño e implementación de las campañas de vacunación, ello debería ocurrir con celeridad.

No se trata solo de tener datos, se trata de conocer información sobre las comunidades y Pueblos Indígenas como insumo clave para organizar un proceso de vacunación eficiente, pertinente culturalmente, que abone a la inmunización masiva que se requiere para enfrentar una pandemia.

Otro aspecto fundamental que surge de la evidencia recogida es la notable falta de información, de la población en general y de los Pueblos Indígenas en particular, sobre las vacunas contra la COVID-19.

Podría suponerse que a catorce meses de declarada la pandemia, luego de todas las acciones de comunicación que tanto los gobiernos como los Pueblos Indígenas han impulsado en relación con las medidas de protección contra la COVID-19, hubiera resultado relativamente sencillo hacer llegar la información clave sobre el tema.

Sin embargo, es evidente que esto no es lo que ha pasado. En todos los países se evidencia no solo que los Estados no han desarrollado estrategias de comunicación adecuadas, sino que ello se suma a otros factores como desconfianzas, noticias contradictorias e incluso, campañas antivacunas que en varios países han provocado confusión y desalentado aceptar la inoculación.

Finalmente, se hace necesario evitar que el acceso o no acceso a las vacunas por parte de los pueblos y comunidades indígenas, se transforme en una nueva causa de desigualdades.

Si la vacunación no es obligatoria en ningún país de la región, no es posible que no poder vacunarse, aún para personas que deseen hacerlo, conlleve consecuencias negativas, más allá de lo que implica desde el punto de vista de la salud.

A la velocidad actual de inoculación, pasarán varios meses o tal vez años, antes de alcanzarse una inmunidad masiva. Ello implica que buena parte de la población verá retrasada su protección, sector en el que, seguramente, se encontrará un porcentaje significativo de personas indígenas.

El punto es que, ya estamos viendo en el seno de la Unión Europea y en otras partes del mundo (incluyendo Latinoamérica) iniciativas que promueven los denominados pasaportes o tarjetas sanitarios que implican documentar o bien la vacunación o en su caso la prueba negativa de COVID-19 para poder circular en determinados ámbitos.

Es más que probable que este tipo de mecanismos se amplíen como exigencias para otros fines (por ejemplo, laborales) y que poco a poco la exigencia se centre más en la vacunación que en pruebas negativas.

Si las personas indígenas, si las comunidades, quedan en el bolsón de los retrasados, existirá un serio riesgo de haber generado una nueva fuente de inequidad como obstáculo al acceso a servicios e incluso a relaciones de trabajo.

Las evidencias recogidas en este informe también permiten identificar esfuerzos y prácticas, de autoridades estatales y de las mismas organizaciones indígenas, que marcan un camino posible para modificar el actual estado de cosas.

Hemos constatado cómo, en algunos países, se hace un esfuerzo importante por acceder a zonas complejas y alejadas de los centros urbanos para poder llegar con la vacunación a determinadas comunidades indígenas. Ello es posible cuando ese esfuerzo se realiza en diálogo y coordinación con las propias comunidades y sus autoridades.

Esos esfuerzos requieren, además, no solo recursos que permitan los desplazamientos, el aseguramiento de la cadena de frío para las vacunas, así como otros aspectos necesarios, sino que, corresponde que se hagan en el marco de un abordaje holístico e intercultural de la situación social y sanitaria de las comunidades y sus entornos.

También hemos constatado cómo algunos espacios más amplios de diálogo con acuerdos operativos entre autoridades estatales y organizaciones indígenas permiten augurar mejores resultados en las campañas de vacunación. Con el paso del tiempo tendremos más insumos para poder evaluar con precisión los alcances logrados.

RECOMENDACIONES

En virtud de estas consideraciones, el informe incluye las siguientes recomendaciones dirigidas hacia las autoridades gubernamentales, así como a los organismos internacionales.

1.- Desde una perspectiva integral de los efectos de la pandemia sobre los Pueblos Indígenas, deben reafirmarse las recomendaciones principales contenidas en los anteriores informes de la Plataforma Indígena Regional que siguen teniendo plena vigencia en el actual contexto.

Información sobre Pueblos indígenas

Es necesario superar las carencias de información actuales consolidando políticas públicas interculturales sobre información y estadísticas, no solo desagregando data sino preparando variables, indicadores y análisis específicos sobre los principales problemas que enfrentan los Pueblos Indígenas ante la pandemia.

Atender causas estructurales

Las acciones que se ejecuten en el marco de la pandemia además de atender las emergencias deben considerar y generar respuestas sobre las causas estructurales que facilitan los efectos negativos sanitarios, sociales y económicos tan graves exacerbados por la pandemia.

Apoyar a los Pueblos Indígenas

Se debe respetar y cuando corresponda, apoyar, las acciones de prevención y mitigación de impactos que los Pueblos Indígenas están llevando a cabo en ejercicio de sus derechos colectivos y que les permite para enfrentar la pandemia limitando sus negativos impactos.

Participación de los Pueblos Indígenas

Las políticas y programas estatales tendientes a superar consecuencias sobre la salud, económicas y sociales provocadas por la pandemia, deben contar con la participación protagónica de los Pueblos Indígenas tanto en su diseño como en su ejecución.

Sistemas de Salud Indígenas

Las autoridades estatales deben promover ámbitos de diálogo que conduzcan a acciones operativas que permitan, por un lado, un adecuado reconocimiento y protección de los médicos y terapeutas tradicionales, sus conocimientos y los sistemas de salud indígenas; por otro lado, avanzar hacia sistemas de salud interculturales en relación con las personas y colectivos indígenas.

Intercambio de buenas prácticas

Promover y facilitar el intercambio de buenas prácticas entre gobiernos, pueblos, comunidades y organizaciones indígenas de la región en cuanto a iniciativas y medidas adoptadas para evitar la expansión de la pandemia y combatir sus efectos.

2.- En relación con el acceso a las vacunas por parte de los Pueblos Indígenas las recomendaciones son las siguientes:

Información y capacitación

Es imprescindible desarrollar acciones específicas que apunten a superar las carencias de información existentes en la población en general y los Pueblos Indígenas en particular sobre los diversos aspectos relacionados con la vacunación contra la COVID-19.

No es posible alcanzar un consentimiento libre y previo si el mismo no está precedido de una amplia y culturalmente adecuada estrategia de información.

Al mismo tiempo, se hace necesario desarrollar acciones de capacitación para los operadores de los servicios de salud a los efectos que cuenten con herramientas útiles que les permita realizar sus actividades con pertinencia cultural.

Aceleración de la vacunación

Atendiendo los requisitos de interculturalidad y participación de los Pueblos indígenas, es necesario que las campañas de vacunación aceleren su marcha evitando retrasos que pueden tener consecuencias altamente negativas para los Pueblos Indígenas y para la sociedad en general.

Información desagregada

Los Estados deben procesar y divulgar la información desagregada específica para construir planes de vacunación para personas y comunidades indígenas e informar periódicamente sobre los avances realizados.

Sistema de Inmunización Intercultural

Es necesario que los Estados, junto con los Pueblos Indígenas, construyan un sistema de inmunización intercultural que permita recoger las buenas experiencias ya detectadas y realizar todos los cambios requeridos para su efectiva instalación.

Entre otros aspectos, el sistema debe tomar en cuenta lo siguiente:

- Las instituciones de salud de los Estados y organismos internacionales deben incluir programas y estrategias específicas de acceso a vacunas contra COVID-19 para los Pueblos Indígenas.
- Se requieren estrategias y campañas de vacunación con pertinencia cultural, que contemplen y respeten, desde los idiomas locales hasta las dimensiones de salud propias de los pueblos y comunidades.
- Se debe incorporar a las autoridades, organizaciones y liderazgos indígenas en el diseño e implementación de las estrategias y campañas de vacunación promoviendo el consentimiento libre, previo e informado.
- La vacunación debe realizarse en el marco de los sistemas de medicina interculturales, apoyando y potenciar cuando corresponda los sistemas de salud indígenas para la prevención y combate a la COVID-19.

La Plataforma Indígena Regional contra la COVID-19 ofrece su máxima colaboración para apoyar a las autoridades estatales, los organismos internacionales, entidades privadas y a las comunidades y organizaciones indígenas para que se tomen todas las medidas necesarias a los efectos de crear las condiciones adecuadas para las campañas de vacunación contra la COVID-19.

El Fondo para el Desarrollo de los Pueblos Indígenas de América Latina y el Caribe- FILAC, en el marco de su mandato institucional, pone a disposición de los Estados y los Pueblos Indígenas su plataforma de acción para impulsar la estrategia de inmunización intercultural tan necesaria en estos momentos y en general para colaborar en el fortalecimiento de políticas de salud interculturales de los países que le integran.

Estamos plenamente convencidos que la sumatoria de voluntades, recursos y acción de Pueblos Indígenas, gobiernos y organismos internacionales tendrán éxito en la lucha contra el coronavirus y sus serios efectos sobre nuestros hermanos y hermanas del continente y del mundo entero.

Fuentes de Información

Referencias informativas

1. El presente informe tomó en cuenta los insumos informativos provenientes de:

- a. Reunión de la Red de Monitoreo de la Plataforma Indígena Regional “Acceso a vacunas contra COVID-19 para Pueblos Indígenas”. Martes 23 de febrero de 2021.
- b. Reunión Intergubernamental de América Latina y El Caribe. Jueves 29 de abril 2021.

La versión final de este informe toma en cuenta los comentarios realizados por autoridades estatales y organizaciones indígenas que recibieron la primera versión del documento.

2. También se tomó en cuenta las notas informativas de comunicación interna de los siguientes gobiernos:

- a. Brasil
- b. Colombia
- c. Guatemala
- d. México
- e. Nicaragua
- f. Perú
- g. Honduras

3. Lista de entrevistas para el presente informe:

- Ana Lucia de M. Pontes, investigadora Departamento Endemias Samuel Pessoa. Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca. Fundação Oswaldo Cruz. Brasil.
- José Quidel Lincoleo, Lonko (autoridad tradicional) del lof Ütugehtu perteneciente al aylla rewe de Txuf Txuf (territorio Mapuche - wenteche, IX región de la Araucanía, Chile) y Director de la cátedra Fray Bartolomé de las Casas de la Universidad Católica de Temuco. Ngulu Mapu (Sur de Chile).
- Kathia Loyzaga, coordinadora de la iniciativa campaña comunicacional de vacunación en lenguas tsotsil y tseltal. Miembro de Iniciativa Whitaker para la Paz y el Desarrollo (WPDI Chiapas). México.
- Rosendo Ahué Coello. Consejero de Medicina Tradicional y Salud Occidental

de la ONIC. Integrante de la Subcomisión Nacional de Salud de la Mesa Permanente de Concertación de los Pueblos Indígenas en Colombia.

- Silvia Sántiz, joven indígena miembro de la comunidad de jóvenes constructores de paz. Iniciativa Whitaker para la Paz y el Desarrollo (WPDI Chiapas). Colaboradora de la iniciativa campaña comunicacional de vacunación en lenguas tsotsil y tseltal. México.
- Tomas Candia Yusupi, presidente de la Confederación de Pueblos Indígenas de Bolivia, Oriente, Chaco y Amazonía (CIDOB). Bolivia.
- Yolanda Pérez, colaboradora de la iniciativa campaña comunicacional de vacunación en lenguas tsotsil y tseltal. Miembro de Iniciativa Whitaker para la Paz y el Desarrollo (WPDI Chiapas). México.
- Zoila Merino Roque, lideresa indígena del pueblo Bora y miembro de la junta directiva de la Organización Regional de los Pueblos Indígenas de Oriente (ORPIO). Perú.

Referencias Documentales

AIDSESEP (2021). Organizaciones regionales. Disponible en: <<http://www.aidesep.org.pe/node/15>>

Alerta Tolima (2021). Pueblos Indígenas del Huila no respaldan el plan de vacunación contra el COVID-19. Disponible en: <<https://www.alertatolima.com/noticias/huila/pueblos-indigenas-del-huila-no-respaldan-el-plan-de-vacunacion-contra-el-covid-19>>

APIB (2021a). Manifiesto por la vida: ¡Vacunación para todos los pueblos indígenas del Brasil! Disponible en: <<https://apiboficial.org/2021/01/22/manifiesto-pela-vida-vacinacao-para-todos-e-todas-osas-indigenas-no-brasil/?fbclid=IwAR3Jpiaq-sOL7buZdkHgbWUp0ZWby-zIxPjobVhWrsxeRWhGUcxkvtCm6aA>>

APIB (2021b). Plataforma emergencia indígena. Disponible en: <<https://emergenciaindigena.apiboficial.org/>>

APIB (2021c). Facebook oficial. Disponible en: <<https://www.facebook.com/apiboficial>>

APIB (2021d). Panorama geral da COVID-19. Disponible en: <http://emergenciaindigena.apib.info/dados_covid19/>

Bárcena, A. y Cimoli, M. (2020). Presentación Economía global y desarrollo en tiempos de pandemia: los retos para América Latina y el Caribe, en CEPAL, El COVID-19 y la crisis socioeconómica en América Latina y el Caribe. Disponible en: <<https://www.cepal.org/es/publicaciones/46838-revista-cepal-132-edicion-especial-covid-19-la-crisis-socioeconomica-america>>

BDPI (s/a). Lista de Pueblos Indígenas u Originarios. Disponible en: <<https://bdpi.cultura.gob.pe/pueblos-indigenas>>

BID (2021). COVID-19: actualización de la situación en América Latina y el Caribe. Disponible en: <<https://www.iadb.org/es/coronavirus/current-situation-pandemic>>

Cabello, J. y Ayala, O. (2020). “Desamparo, crisis alimentaria, desalojos: rastros de la violencia hacia los pueblos indígenas”. En CODEHUPY (Ed.), Derechos humanos en Paraguay 2020 (pp. 47-60). Asunción, Paraguay: CODEHUPY.

CELAC (2021). Comunicado Especial sobre la Democratización de la Producción de Vacunas contra COVID-19/ Special Communiqué on the Democratization of COVID-19 Vaccine Production. Disponible en: <<https://ppt-celac.sre.gob.mx/es/comunicados-especiales-e-intervenciones/comunicados/54-comunicado-especial-sobre-la-democratizacion-de-la-produccion-de-vacunas-contra-covid-19-special-communicate-on-the-democratization-of-covid-19-vaccine-production>>

CEPAL (2020). El COVID-19 y la crisis socioeconómica en América Latina y el Caribe. Disponible en: <<https://www.cepal.org/es/publicaciones/46838-revista-cepal-132-edicion-especial-covid-19-la-crisis-socioeconomica-america>>

CEPAL-OPS (2020). Salud y Economía. Una convergencia necesaria para enfrentar el COVID-19 y retomar la senda hacia el desarrollo sostenible en América Latina y el Caribe. Disponible en: <<https://www.cepal.org/es/publicaciones/45840-salud-economia-convergencia-necesaria-enfrentar-covid-19-retomar-la-senda>>

CEPAL y otros (2020). “El impacto del COVID-19 en los pueblos indígenas de América Latina-Abya Yala: entre la invisibilización y la resistencia colectiva”, Documentos de Proyectos (LC/TS.2020/171), Santiago, Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL). <https://www.cepal.org/sites/default/files/publication/files/46543/S2000817_es.pdf>

CIDH, Resolución No. 1/2021. Las vacunas contra el COVID-19 en el marco de las obligaciones interamericanas de derechos humanos. (Adoptada por la CIDH el 6 de abril de 2021), <<https://www.oas.org/es/cidh/decisiones/pdf/Resolucion-1-21-es.pdf>>

CIDH (2021). Día Mundial de la Salud: la CIDH publica Resolución sobre pandemia y vacunas en las Américas. Disponible en: <<https://www.oas.org/es/CIDH/jsForm/?File=/es/cidh/prensa/comunicados/2021/087.asp>>

Chiapas paralelo (2021). Jóvenes ofrecen información sobre la vacuna COVID en lenguas originarias. Disponible en: <<https://www.chiapasparalelo.com/noticias/chiapas/2021/02/jovenes-ofrecen-informacion-sobre-la-vacuna-covid-en-lenguas-originarias/>>

Chicago Tribune (2021). México despliega al Ejército para vacunar contra la covid. Disponible en: <<https://www.chicagotribune.com/espanol/sns-es-mexico-despliega-ejercito-vacunar-contra-covid-20210106-2vdmrpgcgyfyzohuuecheotblm-story.html>>

CIDOB (2021). Reporte rebrote del COVID-19 en Pueblos Indígenas CIDOB-COICA al 02 de marzo de 2021. Comunicación interna.

CIMI (2021). Apib lança campanha para garantir vacinação contra Covid-19 para povos indígenas. Disponible en: <<https://cimi.org.br/2021/01/apib-lanca-campanha-para-garantir-vacinacao-contra-covid-19-para-povos-indigenas/>>

CODEHUPY (Ed.), (2020). Derechos humanos en Paraguay 2020 (pp. 47-60). Asunción, Paraguay: CODEHUPY.

Crónica Digital (2021). Navarro denuncia vuelos ‘Pandemia’ a Rapa Nui. Disponible en: <<https://www.cronicadigital.cl/2021/02/18/navarro-denuncia-vuelos-pandemia-a-rapa-nui/>>

DANE (2019). Población Indígena de Colombia. Resultados Censo Nacional de Población y vivienda 2018. Disponible en: <<https://www.dane.gov.co/files/investigaciones/boletines/grupos-etnicos/presentacion-grupos-etnicos-2019.pdf>>

Dirección General de Estadística, Encuestas y Censos de Paraguay, DGEEC (s/a). Atlas demográfico del Paraguay, 2012. Disponible en: <<https://www.dgeec.gov.py/Publicaciones/Biblioteca/atlas-demografico/Atlas%20Demografico%20del%20Paraguay,%202012.pdf>>

DW (14/04/2021). Coronavirus hoy: Indígenas denuncian que mineros ilegales cambian oro por vacunas en Brasil. Disponible en: <<https://www.dw.com/es/coronavirus-hoy-ind%C3%ADgenas-denuncian-que-mineros-ilegales-cambian-oro-por-vacunas-en-brasil/a-57191266>>

EFE Agro (23/07/2020). Latinoamérica es la región donde más crece la inseguridad alimentaria por la covid. Disponible en: <<https://www.efegro.com/noticia/latinoamerica-es-la-region-donde-mas-crece-la-inseguridad-alimentaria-por-la-covid/>>

El Deber (2021). Gobierno enviará medicamentos y oxígeno a Guayaramerín. Disponible en: <https://eldeber.com.bo/beni/gobierno-enviara-medicamentos-y-oxigeno-a-guayaramerin_227391>

El Mostrador (2021). Conflicto del aeropuerto de Rapa Nui: alcalde apunta al Gobierno y denuncia que “no dialoga con nosotros, como tampoco lo hace en el sur”. Disponible en: <<https://www.elmostrador.cl/noticias/pais/2021/02/28/conflicto-del-aeropuerto-de-rapa-nui-alcalde-apunta-al-gobierno-y-denuncia-que-no-dialoga-con-nosotros-como-tampoco-lo-hace-en-el-sur/>>

El País (2021). Muere por covid el último indígena varón de los Juma de Brasil. Disponible en: <<https://elpais.com/sociedad/2021-02-19/muere-por-covid-el-ultimo-indigena-varon-de-los-juma-de-brasil.html>>

El Universal (2021). ¿Cómo será el registro de adultos mayores de comunidades indígenas para la vacuna contra el Covid-19? Disponible en: <<https://oaxaca.eluniversal.com.mx/sociedad/como-sera-el-registro-de-adultos-mayores-de-comunidades-indigenas-para-la-vacuna-contra-el>>

El Sur (06/02/2021). Rechazan vacunación contra COVID-19 en 99 comunidades de 25 municipios de Chiapas. Disponible en: <<https://suracapulco.mx/rechazan-vacunacion-contra-covid-19-en-99-comunidades-de-25-municipios-de-chiapas/>>

FAPI (2021). Población indígena rural y urbana con casos confirmados de COVID-19. Disponible en: <<https://experience.arcgis.com/experience/2a1e7ad30b3549d18b298f51f911b524>>

FILAC (2020). Declaración del Consejo Directivo. Disponible: <<http://www.filac.org/wp/wp-content/uploads/2020/03/comunicado-filac.pdf>>

FILAC (2021). Myrna Cuningham Kain, Acceso a vacunas contra COVID-19 en Pueblos Indígenas, en FILAC, La voz del FILAC en eventos internacionales durante el año 2020, Cuadernos de los saberes, N°3, Enero de 2021. Disponible: <<https://www.ordpi.org/wp-content/uploads/2021/01/Compilacion-La-voz-del-FILAC.pdf>>

FILAC-FIAY (2020). Los Pueblos Indígenas ante la pandemia del Covid-19. Primer informe regional. Disponible en: <https://www.ordpi.org/wp-content/uploads/2020/11/FILAC_FIAY_primer-informe-PI_COVID19.pdf>

FILAC-FIAY (2020). Comunidades en riesgo y buenas prácticas. Segundo informe regional. Disponible en: <https://www.ordpi.org/wp-content/uploads/2020/11/FILAC_FIAY_segundo-informe-PI_COVID19.pdf>

FILAC-FIAY (2020). Buenas prácticas de los Pueblos Indígenas ante la pandemia. Comunidades resilientes. Tercer informe regional. Disponible en: <<https://www.ordpi.org/wp-content/uploads/2020/11/ARMADO-IR-3.2-COVID.pdf>>

Gaceta Oficial de Bolivia (2021). Decreto Supremo N° 4481 de 31 de marzo de 2021. Disponible en: <<http://www.gacetaoficialdebolivia.gob.bo/normas/buscar/4481>>

Gobierno de Chile (2021). Plan Nacional de Vacunación COVID-19. Disponible en: <<https://www.gob.cl/yomevacuno/>>

Gobierno de México (2021). Política nacional rectora de vacunación contra el SARS-CoV-2 para la prevención de la COVID-19 en México. Documento rector. Disponible en: <https://coronavirus.gob.mx/wp-content/uploads/2021/04/06Abr2021_12h00_PNVx_COVID_1.pdf>

Gobierno de México (s/f). Mapeo de casos COVID-19 en regiones indígenas. Disponible en: <<https://coronavirus.gob.mx/pueblos-indigenas/>>

Grupo Técnico Asesor de Vacunación Covid-19 (2021). “Priorización inicial y consecutiva para la vacunación contra SARS-CoV-2 en la población mexicana. Recomendaciones preliminares”. En Revista salud pública de México / vol. 63, no. 2, marzo-abril 2021.

Horton, R. (2020). Offline: COVID-19 is not a pandemic. The Lancet. Disponible en: <<https://www.thelancet.com/action/showPdf?pii=S0140-6736%2820%2932000-6>>

IBGE (2012). Censo 2010: população indígena é de 896,9 mil, tem 305 etnias e fala 274 idiomas. Disponible en: <<https://censo2010.ibge.gov.br/noticias-censo?busca=1&id=3&idnoticia=2194&t=censo-2010-poblacao-indigena-896-9-mil-tem-305-etnias-fala-274&view=noticia>>

INALI (2015). Las 364 variantes de las lenguas indígenas nacionales, con algún riesgo de desaparecer: INALI. Disponible en: <<https://www.inali.gob.mx/comunicados/451-las-364-variantes-de-las-lenguas-indigenas-nacionales-con-algun-riesgo-de-desaparecer-inali.html>>

INE Bolivia (2015). Censo de Población y Vivienda 2012 Bolivia. Características de la Población. Véase: <https://www.ine.gob.bo/pdf/Publicaciones/CENSO_POBLACION_FINAL.pdf>

INEGI (s/a). Encuesta Intercensal 2015. Principales resultados. Disponible en: <https://www.inegi.org.mx/contenidos/programas/intercensal/2015/doc/eic_2015_presentacion.pdf>

Infobae (2020). Coronavirus. Bolivia anuncia un plan de vacunación para toda la población. Disponible en: <<https://www.infobae.com/america/agencias/2020/12/05/coronavirus-bolivia-anuncia-un-plan-de-vacunacion-para-toda-la-poblacion/>>

Iniciativa Whitaker para la Paz y el Desarrollo (2021). Website oficial. Disponible en: <<https://www.wpdi.org/local-program/chiapas/>>

Instituto Nacional de Estadística de Chile INE (2018) Resultados oficiales CENSO 2017. Disponible en: <<https://www.censo2017.cl/>>

Instituto Nacional de Estadísticas y Censos Ecuador, INEC, (s/a). Información censal. Véase: <<https://www.ecuadorencifras.gob.ec/informacion-censal-cantonal/>>

La Nación (2021). Cinco horas a pie entre montañas y ríos: vacunas llegan a adultos mayores indígenas de Talamancá. Disponible en: <<https://www.nacion.com/el-pais/servicios/cinco-horas-a-pie-entre-montanas-y-rios-vacunas/JZTI6U44ONEDDOB5RCSSFWHE4M/story/>>

La Prensa (2021). Plan de vacunación contra COVID-19 prioriza cuatro grupos a inmunizar. Disponible en: <<https://www.laprensa.hn/honduras/1433631-410/plan-vacunacion-covid-gobierno-honduras-grupos-priorizados-inmunizar>>

La Voz del Sandinismo (2021). Salud. Disponible en: <<https://www.lavozdelsandinismo.com/salud/>>

Ministerio de Salud Argentina (2020). Plan estratégico para la vacunación contra la COVID-19 en la república argentina. Disponible en: <<https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/coronavirus-vacuna-plan-estrategico-vacunacion-covid-19-diciembre-2020.pdf>>

Litoral Press (2021). La toma del aeropuerto suspende séptimo vuelo de “retorno seguro” hacia Rapa Nui. Disponible en: <https://www.litoralpress.cl/paginaconsultas/Servicios_NClip/Get_Imagen_Pagina.aspx?LPKey=qz.Gmr.O.%C3%9Cvizg.S.Xtci.Lcim.Aokpl.%C3%9Cc.H.M6c.X.Mx.V84.Tab.W.Xk.%C3%96>

MINCUL (2020). Loreto. Cartilla informativa sobre Pueblos Indígenas u originarios. Disponible en: <<https://centroderecursos.cultura.pe/sites/default/files/rb/pdf/Cartilla%20Loreto%202020.pdf>>

Ministerio de desarrollo social. Gobierno de Chile (2016) Encuesta de caracterización socioeconómica Nacional 2015. Disponible en: <<http://observatorio.ministeriodesarrollosocial.gob.cl/encuesta-casen-2015>>

Ministerio de Salud y Deportes Bolivia (s/f). Plan para la vacunación contra el coronavirus COVID-19. Disponible en: <<https://oiss.org/wp-content/uploads/2021/04/PLAN-DE-VACUNA-COVID19.pdf>>

Ministerio de Salud y Deportes Bolivia (2021). Ministerio de Salud implementa pre-registro para inmunización contra la COVID-19 de salubristas a nivel nacional. Disponible en: <minsalud.gob.bo/5313-ministerio-de-salud-implementa-pre-registro-para-inmunizacion-contra-la-covid-19-de-salubristas-a-nivel-nacional>

Ministério da Saúde Brasil (s/f). Sobre a SESAI. Disponible en: <<https://antigo.saude.gov.br/saude-indigena/sobre-a-sesai>>

Ministério da Saúde Brasil (2021). Plano Nacional de Operacionalização da Vacinação contra a Covid-19. 1ª edição. Disponible en: <https://www.gov.br/saude/pt-br/media/pdf/2020/dezembro/16/plano_vacinacao_versao_eletronica.pdf>

Ministerio de Salud y Deportes Colombia (2020). Lineamientos generales para el Programa Ampliado de Inmunizaciones (PAI) en el contexto de la pandemia de COVID-19. Disponible en: <<https://www.minsalud.gov.co/Ministerio/Institucional/Procesos%20y%20procedimientos/GIPS15.pdf>>

Ministerio de Salud y Deportes Colombia (2021). Plan Nacional de Vacunación contra el COVID-19. Disponible en: <<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/pnv-contra-covid-19.pdf>>

Ministerio de Salud Perú (2020). Resolución Ministerial N° 848-2020-MINSA. Disponible en: <<https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/1394145/RM%20N%C2%B0848-2020-MINSA.PDF.PDF>>

Ministerio de Salud Pública Ecuador (2020). MSP anunció Plan de Vacunación a través de una Alianza Público-Privada. Disponible en: <<https://www.salud.gob.ec/msp-anuncio-plan-de-vacunacion-a-traves-de-una-alianza-publico-privada/>>

Ministerio de Salud Pública Ecuador (2021). Inició la vacunación contra la COVID-19 en Ecuador. Disponible en: <<https://www.salud.gob.ec/en-ecuador-inicio-la-vacunacion-contra-la-covid-19/>>

Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social Guatemala (2021). Plan Nacional de Vacunación contra la Covid-19 República de Guatemala. Disponible en: <<https://guatemala.gob.gt/wp-content/uploads/2021/02/Plan-Nacional-de-Vacunacio%CC%81n-COVID-19-y-Anexos-r.pdf>>

Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social Paraguay (2020). Plan Nacional de Vacunación contra el COVID-19. Disponible en: <<https://www.mspbs.gov.py/dependencias/portal/adjunto/24821c-20201229PlanVacunacionv03.pdf>>

Ministerio de Salud Pública Uruguay (2021). Plan estratégico de vacunación contra COVID-19. Disponible en: <<https://www.gub.uy/ministerio-salud-publica/comunicacion/noticias/plan-estrategico-vacunacion-contra-covid-19>>

MINSAL (2018). Orientaciones técnicas pertinencia cultural en los sistemas de información en salud. Variable de Pertenencia a Pueblos Indígenas en los Registros y Formularios Estadísticos del Sector Salud. Gobierno de Chile.

MINSAL (2018). Orientaciones técnicas pertinencia cultural en los sistemas de información en salud. Variable de Pertenencia a Pueblos Indígenas en los Registros y Formularios Estadísticos del Sector Salud. Gobierno de Chile.

MINSAL (2021). Estadísticas oficiales de salud de Chile. Disponible en: <<https://deis.minsal.cl/>>

Nodal (2021). Carta Cumbre Iberoamericana. Disponible en: <<https://www.nodal.am/wp-content/uploads/2021/04/Carta-Cumbre-Iberoamericana-1.pdf>>

OIT (2020). Impactos en el mercado de trabajo y los ingresos en América Latina y el Caribe. Disponible en: <https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/—americas/—ro-lima/documents/publication/wcms_756694.pdf>

Ojo Público (22/03/2021). Demoras e información falsa ponen en riesgo vacunación en comunidades indígenas. Disponible en: <<https://ojo-publico.com/2576/salud-indigena-sin-estrategia-de-vacunacion-en-la-amazonia?fbclid=IwAR2nE15FYeLig1ZWT23GHYHHoowk33zDKu7zc5QmobqF5iemmYMTahwOGBE>>

OMS (20/07/2020). COVID-19. Virtual Press conference. Disponible en: <https://www.who.int/docs/default-source/coronaviruse/transcripts/covid-19-virtual-press-conference---20-july.pdf?sfvrsn=356178b_2>

ONIC (2021). Boletín 055 Sistema de Monitoreo Territorial – SMT (ONIC). Información para Proteger la Vida y los Territorios. Disponible en: <<https://www.onic.org.co/onic-salvando-vidas/4104-boletin-055-sistema-de-monitoreo-territorial-smt-onic-informacion-para-proteger-la-vida-y-los-territorios>>

ONU (2021). E/C.19/2021/L.5. Disponible en: <<https://www.un.org/development/desa/indigenouspeoples/wp-content/uploads/sites/19/2021/04/L.5-1.pdf>>

ONU México (14/05/2020). “La vacuna del COVID-19 no debe pertenecer a nadie y ha de ser gratuita para todos”. Disponible en: <<https://coronavirus.onu.org.mx/la-vacuna-covid-19-no-debe-pertenecer-a-nadie-y-ha-de-ser-gratuita-para-todos>>

ONU Noticias (20/04/2020). La Asamblea General pide un acceso universal y rápido a la vacuna contra el coronavirus. Disponible en: <<https://news.un.org/es/story/2020/04/1474032>>

ONU Noticias (19/05/2020). El mundo logra un acuerdo para que el acceso a la vacuna contra el coronavirus sea “equitativo y oportuno”. Disponible en: <<https://news.un.org/es/story/2020/05/1474672>>

ONU Noticias (18/07/2020). El ideario de Nelson Mandela, vigente en la respuesta que se debe dar a la pandemia de COVID-19. Disponible en: <<https://news.un.org/es/story/2020/07/1477581>>

ONU Noticias (20/07/2020). Los avances en las vacunas contra el COVID-19 son buenas noticias, pero incluso sin ellas se puede detener la pandemia. Disponible en: <<https://news.un.org/es/story/2020/07/1477691>>

ONU Noticias (11/08/2020). COVID-19: No se debe acelerar la creación de una vacuna a costa de la seguridad, advierte la OMS. Disponible en: <<https://news.un.org/es/story/2020/08/1478682>>

OPS (2021). Bolivia arranca plan piloto de vacunación masiva anti COVID-19. Disponible en: <<https://www.paho.org/es/noticias/28-4-2021-bolivia-arranca-plan-piloto-vacunacion-masiva-anti-covid-19>>

OPS (2021). Honduras se prepara para recibir la vacuna contra la COVID-19, con el apoyo de la OPS/OMS. Disponible en: <<https://www.paho.org/es/noticias/22-1-2021-honduras-se-prepara-para-recibir-vacuna-contra-covid-19-con-apoyo-opsoms>>

OPS – OMS (2020). Consideraciones sobre Pueblos Indígenas, Afrodescendientes y otros grupos étnicos durante la Pandemia COVID-19. Disponible en: <<https://www.paho.org/en/documents/considerations-indigenous-peoples-afro-descendants-and-other-ethnic-groups-during-covid>>

ORPIO (2021). CONFERENCIA PRENSA: Encuesta revela falta de información sobre la vacunación en pueblos indígenas de Loreto y Ucayali. Disponible en: <<http://www.orpio.org.pe/?p=2250>>

ORPIO (25/03/21). Comando indígena de Loreto: ¡Vacunación debe ser informada y tener consentimiento indígena! Disponible en: <<http://www.orpio.org.pe/?p=2177>>

ORPIO (14/04/2021). Vacunación indígena: ORPIO, CONAP y CCI se reúnen con Diresa para iniciar proceso de articulación. Disponible en: <<http://www.orpio.org.pe/?p=2188&fbclid=IwAR2I8j8Av6fj8oc8pa7EPXhw7YRBxQ1jZeQl4-vgPzQldDyRkXt-cOTh-qU>>

Our World in Data (2021). Statistics and Research. Coronavirus (COVID-19) Vaccinations. Disponible en: <<https://ourworldindata.org/covid-vaccinations>>

OTCA (2021). Ministerio de Cultura del Perú y la OTCA realizan foro internacional sobre principales retos para la vacunación de los pueblos indígenas en la Región Amazónica. Disponible en: <<http://otca.org/ministerio-de-cultura-y-otca-realizan-foro-internacional-sobre-principales-retos-para-la-vacunacion-de-los-pueblos-indigenas-en-region-amazonica/>>

Oxfam Internacional (2020). Evitar el Etnocidio - Pueblos indígenas y derechos territoriales en crisis frente a la COVID-19 en América Latina. Disponible en: <<https://www.oxfam.org/es/informes/evitar-el-etnocidio-pueblos-indigenas-y-derechos-territoriales-en-tesis-frente-la-covid>>

Plan Nacional de Vacunación Chile (2021). Proceso de vacunación masiva. Contador de vacunados. Disponible en: <<https://www.gob.cl/yomevacuno/#vacunados>>

Plataforma digital única del Estado Peruano (14/04/2021). Proceso de vacunación contra el coronavirus. Disponible en: <<https://www.gob.pe/13328-proceso-de-vacunacion-contra-el-coronavirus>>

Projeto Colabora (2021). Indígenas lançam campanha por vacinação e contra fake news. Disponible en: <<https://projetcocolabora.com.br/ods3/indigenas-lancam-para-campanha-por-vacinacao-e-contra-fake-news/>>

Proyecto de Resolución N°1448 (2021). Solicita a S. E. el Presidente de la República la adopción de las medidas que se proponen para garantizar la integridad del Estado de Derecho en la Región de La Araucanía y la provincia de Arauco, con el objeto de resguardar la seguridad y los derechos fundamentales de sus habitantes. Disponible en: <<https://www.camara.cl/verDoc.aspx?prmId=6663&prmTipo=RESOLUCION>>

Radio Nacional (2021). Comunidades indígenas del Huila anuncian que no se vacunarán contra la COVID-19. Disponible en: <<https://www.radionacional.co/noticia/regiones/comunidades-indigenas-del-huila-anuncian-que-no-se-vacunaran-contra-la-covid-19>>

REPAM (02/07/2020). En la escucha del clamor de la tierra y del grito de los pueblos amazónicos. Boletín informativo. N°2. Disponible en: <<https://redamazonica.org/wp-content/uploads/ESP-Bolet%C3%ADn-Informativo-REPAM-n%C2%B0-2-julio-2020.pdf>>

Sala de Población Indígena con COVID-19 (14/04/2021). Reporte de la Población Indígena Amazónica y Andino. Disponible en: <<https://www.dge.gob.pe/portalnuevo/informacion-publica/sala-de-poblacion-indigena-con-covid-19/>>

Secretaría de Salud México (2021). COVID-19 México: panorama en población que se reconoce como indígena. Disponible en: <https://coronavirus.gob.mx/wp-content/uploads/2021/02/COVID-19-28.01.2021_Poblacion_que_se_reconoce_como_indigena.pdf>

SEDIS Honduras (s/f). Plan de vacunación contra covid-19 prioriza 4 grupos a inmunizar. Disponible en: <<https://sedis.gob.hn/node/6142>>

SEGIB (2021). XXVII Cumbre Iberoamericana de Jefes de Estado y de Gobierno. Comunicado especial sobre la garantía del derecho a la salud a través del acceso equitativo, transparente, oportuno y universal a las vacunas en la respuesta a pandemias y otras emergencias sanitarias. Andorra, 21 de abril de 2021. Disponible en: <<https://www.segib.org/wp-content/uploads/2.-CE-Derecho-a-la-Salud-E-final.pdf>>

UOL (2021). 1ª indígena vacunada: “Crença não basta para combater vírus; vacina, sim. Disponible en: <<https://noticias.uol.com.br/saude/ultimas-noticias/redacao/2021/01/17/vacina-veio-para-nos-salvar-diz-a-1-indigena-vacinada-no-brasil.htm>>

WHO (2020). Guidance on developing a national deployment and vaccination plan for COVID-19 vaccines. Disponible en: <https://www.who.int/publications/i/item/WHO-2019-nCoV-Vaccine_deployment-2020.1>

Worldometers (s/a). Covid-19 Coronavirus pandemic. Disponible en: <<https://www.worldometers.info/coronavirus/>>

*Salvar vidas,
proteger
comunidades.*

