

PUEBLOS INDÍGENAS Y COVID-19 EN EL PERÚ: LA CRISIS SANITARIA Y LAS DEFICIENCIAS ESTRUCTURALES

Rodrigo Orcotorio Figueroa

Universidad Nacional Mayor de San Marcos

ORCID: 0000-0001-8124-4389

Resumen: La pandemia por el COVID-19 es un evento de grandes y complejas proporciones. El Gobierno peruano ha tratado, innumerables veces, de lidiar con sus consecuencias durante el primer año de la crisis. Sin embargo, debido a las condiciones sociales y económicas de la gran mayoría de la población, estos intentos resultaron ser infructuosos y en casos específicos solo agravaron aún más los efectos de la pandemia. En ese sentido, las comunidades nativas, y en general los pueblos indígenas, sufrieron por las ausencias estructurales en materia de servicios públicos (acceso a agua potable y salud) que el COVID-19 se encargó de revelar. Las respuestas tardías del Gobierno central y las preferencias por la reactivación económica dieron cuenta de una seria contradicción entre las prioridades en la gestión de la crisis en los territorios amazónicos.

En el presente trabajo se abordan, en primer lugar, estas condiciones estructurales en materia de servicios públicos, sobre todo aquellas relacionadas con el acceso a agua potable y salud en las comunidades nativas. En segundo lugar, se analizan las medidas legislativas y administrativas implementadas para la protección de las comunidades nativas y el fortalecimiento de sus capacidades contra el COVID-19. Con todo ello, se indagará en las verdaderas falencias y deficiencias de la propuesta nacional para la reactivación económica y el problema vivido por dichas comunidades en el primer año de la crisis.

Palabras clave: COVID-19. Pandemia. Servicios públicos. Determinantes sociales. Comunidades nativas. Respuesta tardía. Perú.

Indigenous People and COVID-19 in Peru: Health Crisis and Structural Deficiencies

Abstract: The COVID-19 pandemic is an event of large and complex proportions. The Peruvian government tried for countless times to deal with its consequences during the first year of the crisis. However, due to the social and economic conditions of most of the population, these attempts turned out to be unsuccessful and in specific cases only exacerbated the effects of the pandemic.

In that regard, native communities, and generally indigenous peoples, suffered from structural public service lacks in terms of access to drinking water and health that COVID-19 oversaw revealing. Belated responses of the central government and preferences for economic reactivation revealed a serious contradiction between priorities in managing the crisis in the Amazonian territories.

This paper addresses these structural conditions referred to public services, especially those related to access to drinking water and health in native communities. It additionally analyzes legislative and administrative measures implemented to protect native communities and strengthen their capacities against COVID-19. All this leads to an inquiry on the real flaws and deficiencies of the national proposal for economic reactivation and the problem experienced by these communities in the first year of the crisis.

Keywords: COVID-19. Pandemic. Public Services. Social Determinants. Native

Agradezco a Paolo Bustamante por los consejos y advertencias hechas a la versión inicial del artículo. Su ayuda fue invaluable para el resultado final de la presente investigación.

Rodrigo Orcotorio Figueroa

Egresado de la Facultad de Derecho-UNMSM, con experiencia en pueblos indígenas, industrias extractivas y conflictos sociales. Ha sido asistente de cátedra de Derecho Constitucional (Teoría del Estado) (2017), Derecho Procesal Constitucional (2018) y Filosofía del Derecho (2018) en la UNMSM, así como autor de diversos artículos e investigaciones en la materia.

Correo: rodrigo.orcotorio.figueroa@gmail.com

1. Introducción

A finales del año 2019, se registraron casos de una extraña enfermedad en la ciudad de Wuhan (China). Este fenómeno fue repitiéndose a lo largo de diferentes países hasta que la Organización Mundial de la Salud (OMS) identificó como principal causa la existencia de un nuevo coronavirus (SARS-CoV-2)¹ que provoca la enfermedad por COVID-19 (coronavirus disease 2019, en inglés)². En ese sentido, la OMS la declaró pandemia y puso en alerta a todos los Gobiernos (OMS, 2020).

Los países de América Latina y el Caribe (ALC) intentaron replicar las mismas estrategias de otros Gobiernos con mayores recursos para detener el COVID-19 (Filgueira *et al.*, 2020; Castilla, 2020). Sin embargo, tuvieron que enfrentar una serie de factores que dificultaron una rápida y efectiva respuesta. La literatura al respecto demuestra la existencia de desigualdades y brechas de acceso en materia de servicios como las limitaciones a cualquier esfuerzo público y privado, incluso desde antes de la pandemia (Filgueira *et al.*, 2020; Lossio, 2020; Merino, 2020).

El Gobierno peruano tuvo que lidiar con un peor escenario al tratar de implementar las medidas sanitarias, económicas y/o sociales contra el COVID-19 (Castilla, 2020; Pedraglio & Portocarrero, 2020). Con todo ello, las poblaciones vulnerables han sido las más afectadas por sus mismas condiciones sanitarias y económicas. El COVID-19 ha encontrado en los pueblos indígenas un latente contexto de peligro debido a las carencias estructurales y la poca atención del Gobierno en años recientes, sobre todo aquellos ubicados en regiones amazónicas (Defensoría del Pueblo, 2020;

¹ Denominado síndrome agudo respiratorio severo tipo 2.

² Las investigaciones relacionadas al tema sugieren que la mayoría de las personas infectadas no agravan su estado clínico y logran superar la enfermedad sin ningún contratiempo. Sin embargo, la enfermedad se comporta de manera más agresiva en sujetos mayores de 40 años y pacientes con enfermedades previas. Con relación a esto último, se identificó que personas con patologías crónicas (VIH, diabetes, hipertensión, anemia aguda, etcétera) o sistemas inmunes débiles o comprometidos (pueblos indígenas en general y pueblos indígenas en aislamiento y contacto inicial [PIACI]) pueden verse más afectados; es decir, grupos de riesgo o de alta vulnerabilidad son más propensos a necesitar ayuda hospitalaria inmediata (OMS, 2020). Actualmente, las nuevas variantes del COVID-19 abren un abanico de dificultades porque algunas de ellas o son más contagiosas o son más letales dependiendo de la zona geográfica donde fueron identificadas.

Pedraglio & Portocarrero, 2020). Aunado a ello, las respuestas tardías del Gobierno para contener el avance de la pandemia, de alguna manera, tuvieron el efecto inverso (Defensoría del Pueblo, 2020; Huaco, 2020; Ruíz Molleda, 2020b).

De esta manera, el artículo tiene como objetivo analizar las medidas sanitarias, sociales y económicas implementadas en las comunidades nativas. A través de ello se pretende identificar las falencias y contradicciones con relación al manejo de la crisis durante los primeros meses del inicio de la pandemia (entre marzo y agosto de 2020) y, sobre todo, las motivaciones que sustentaron el proceso de reactivación económica por encima de la protección de las comunidades nativas.

El artículo estará dividido en dos partes. En la primera se expondrán los indicadores previos a la pandemia relacionados con el acceso a servicios públicos (agua potable y salud) en las comunidades nativas. Es decir, un panorama general de las brechas en materia de servicios públicos: los determinantes sociales³. En la segunda se analizarán las leyes, decretos y demás instrumentos jurídicos en relación con la protección de dichas comunidades para identificar las contradicciones entre los actores económicos y las necesidades de los pueblos indígenas. Finalmente, se establecerán algunos hallazgos al respecto.

2. Servicios públicos y el COVID-19: las serias deficiencias antes de la pandemia

Según Cueto (2020a), las pandemias han sido fenómenos de gran complejidad que han aumentado las desigualdades sociales en distintos momentos de la humanidad. A pesar de que en esta parte del mundo no se tenía experiencia suficiente sobre el tema, los estudios epidemiológicos centraron su atención en cuestiones asociadas a las carencias de las víctimas y enfermedades desde mediados del siglo XX (Cueto, 2020b; Lossio, 2021). Es que las características de las enfermedades no solo se explican por factores relacionados con su origen, el diagnóstico y/o tratamiento médico.

Las ausencias públicas a nivel de salud y acceso de la población más vulnerable (Pedraglio & Portocarrero, 2020), el aumento de los índices de pobreza (Castilla, 2020; Filgueira *et al.*, 2020), la inmigración hacia las

³ Según Cueto (2020b, p. 20): «Estos [determinantes sociales] se entienden como las condiciones sociales injustas en [las que] las personas nacen, crecen, viven y envejecen y/o trabajan, y que las hacen proclives a ciertas enfermedades extendidas. [...] Es decir, es una propuesta que ya no solo observa los indicadores nacionales de salud, sino que presta atención a las inequidades internas».

zonas rurales, entre otras, son pues las cuestiones que más ha resaltado la pandemia actual⁴. Sumado a ello también la modificación de los imaginarios sociales. La percepción de las personas sobre el concepto de sufrimiento ha sido trastornada, se ha buscado culpables, y las respuestas públicas se han vuelto autoritarias con tal de acallar los embates del COVID-19, cuestión que ha generado episodios de racismo y clasismo (Cueto, 2020a y 2020b; Lossio, 2020 y 2021; Merino, 2020). Es decir, la pandemia ha reavivado épocas que parecían superadas.

Con relación a los pueblos indígenas, la historia ha mostrado un abanico de contradicciones en torno a ellos (Contreras & Cueto, 2013; Sánchez-Albornoz, 2014; Cotler, 2016)⁵. Pero, en tiempos más recientes, la cuestión de la enfermedad y sus efectos sobre la calidad de vida de estos pueblos ha sido (y sigue siendo) un gran problema. Las cifras y contagios del COVID-19 se han encargado de resaltar este dilema (MINSA, 2019), al punto que muchos departamentos no han podido cumplir las recomendaciones establecidas por la OMS debido a la falta de prestación de determinados servicios públicos (agua potable, saneamiento y salud): «Los ciudadanos que viven en las zonas rurales son los más claramente perjudicados ya que sobrepasan el 80% del porcentaje de quienes no tienen acceso a este derecho» (Pedraglio & Portocarrero, 2020: pp. 17-22, Figura 4).

Por lo tanto, siendo conscientes del problema entre el COVID-19 y las carencias asociadas con los servicios públicos en los pueblos indígenas, en las siguientes líneas se entrará a estudiar estos determinantes sociales. Para ello se analizará la prestación en materia de agua potable y salud en las comunidades nativas con la finalidad de verificar el contexto anterior a la pandemia. Ello servirá para identificar las prioridades de las medidas gubernamentales en torno a la emergencia sanitaria.

⁴ Cueto (2020a y 2020b) explica que la gravedad del COVID-19 se debería al retroceso del Estado en sus funciones relacionadas a la salud pública. Durante los años 80 y 90, el panorama cambió radicalmente al punto que no solo los sectores económicos, sino las prestaciones públicas en materia de seguridad social, previsión y atención en salud se redujeron por la privatización del sector y, de esta manera, los grupos vulnerables dejaron de recibir la asistencia del Estado en gran medida.

⁵ Una de las manifestaciones de supervivencia y resistencia contra las maneras autoritarias de la sanidad pública fue la que llevó a cabo Manuel Núñez Butrón en las alturas de Puno durante los años 30 y 40 del siglo XX (Cueto, 2020b). Este proceso se consolidó por medio de la participación de los pueblos indígenas y los profesionales sanitarios que entendieron la relación intercultural en la salud y las prácticas ancestrales de tales pueblos para su cuidado y bienestar (Cueto, 2020b).

2.1. Los determinantes sociales y ausencias públicas en las comunidades nativas

Antes de comenzar es necesario responder una breve pregunta: ¿por qué estudiar las comunidades nativas y no campesinas? En primer lugar, existen marcadas diferencias por aspectos geográficos y productivos y de carácter legal que demuestran un particular caso de análisis (Zambrano, 2021). Además, en segundo lugar, durante los primeros meses de la pandemia, los departamentos amazónicos, habitados por las comunidades nativas, fueron los más afectados (Defensoría del Pueblo, 2020; Pedraglio & Portocarrero, 2020).

Por otro lado, como insumo de estudio para la elaboración de indicadores sociales, el III Censo de Comunidades Nativas del 2017 (en adelante, censo del 2017) identificó alrededor de 2703 comunidades nativas que han declarado pertenecer a alguno de los 44 pueblos indígenas u originarios en toda la Amazonía peruana (INEI, 2018, p. 23), a diferencia de un número menor en la Base de Datos de Pueblos Indígenas del Ministerio de Cultura (MINCUL)⁶. En ese sentido, por las razones antes expuestas, la investigación tendrá en cuenta la información compilada en el censo del 2017 para la identificación de las ausencias en materia de servicios públicos.

2.1.1. Acceso al agua potable

El principal problema de la gran mayoría de las enfermedades infecciosas es su transmisibilidad. Estas pueden ser de persona a personas, mediante insectos (enfermedades tropicales) u objetos contaminados. Para ello la autoridad sanitaria ha planteado una serie de recomendaciones generales para evitar que las personas enfermen en lugares específicos. Como se sabe, la historia de las epidemias ha dejado varias lecciones (Cueto, 2020b; Lossio, 2021).

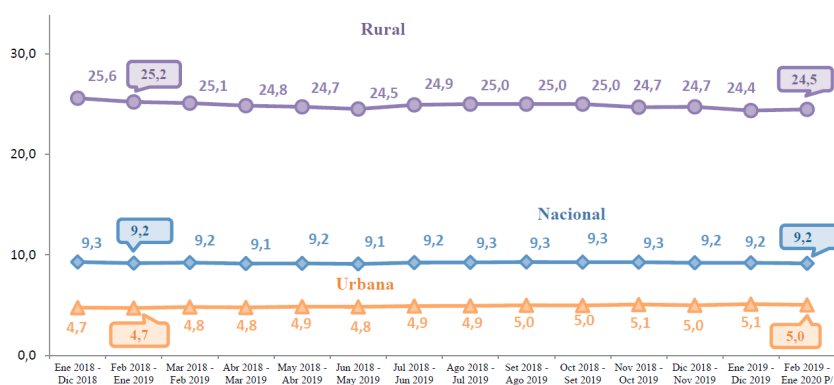
A través del inicial desconocimiento de las características del COVID-19, las medidas sanitarias han tenido que adaptarse día a día. Pero al ser reconocido como un virus, las recomendaciones de la autoridad giraron en torno a mantener la distancia entre personas, el uso de mascarillas, la desinfección de las prendas de vestir y el lavado frecuente de manos, así como de frutas, verduras, etcétera, por más de veinte segundos para reducir el riesgo de contraer la enfermedad (OMS, 2020).

⁶ El principal problema entre la Base de Datos de Pueblos Indígenas del Ministerio de Cultura y el censo del 2017 radicaría en los requisitos y procedimientos utilizados para reconocer una comunidad nativa como pueblo indígena u originario. Es decir, no todas las comunidades nativas son pueblos indígenas. Caso contrario con las encuestas realizadas en el censo del 2017, donde manifiestan la información declarada por el Apu, presidente/a o jefe/a de la comunidad y por ello la cifra es más grande y precisa (Zambrano, 2021).

Los datos y cifras, relacionados a los primeros meses de la pandemia, muestran que el Perú tuvo uno de los peores rendimientos en cuanto al manejo de la crisis sanitaria (Castilla, 2020; Defensoría del Pueblo, 2020; Filgueira *et al.*, 2020). Pero ¿qué factores explican ello? Pedraglio y Portocarrero (2020) alegan que recomendaciones mínimas como el lavado de manos, desinfección de alimentos y aseo personal fueron imposibles de cumplir. La gran mayoría de hogares no cuenta con acceso a agua potable, y si lo tienen son por horas muy cortas. Esta situación ha sido más crítica en las comunidades nativas y los departamentos amazónicos.

De acuerdo con el Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI) (2020, p. 5), en el Informe *Perú: Formas de Acceso al Agua y Saneamiento Básico*, durante el año móvil febrero 2019-enero 2020, alrededor de 29 millones 500 mil personas (90.8%: 95% urbana y 75.5% rural) accedieron a agua apta para el consumo humano de la red pública⁷ (ver Figura 1). Sin embargo, al verificar por departamentos, se puede ver que Ucayali (75.7%) y Loreto (56.3%) son los que cuentan con menor cobertura (ver Figura 2). Esto resulta ser preocupante debido a que Loreto concentra el mayor porcentaje de comunidades nativas (43.2%), seguido de Ucayali (14.2%), de acuerdo con el censo del 2017 (INEI, 2018, p. 24, Cuadro 2.2).

Figura 1: Población que consume agua proveniente de red pública, según departamento, 2019 (porcentaje)

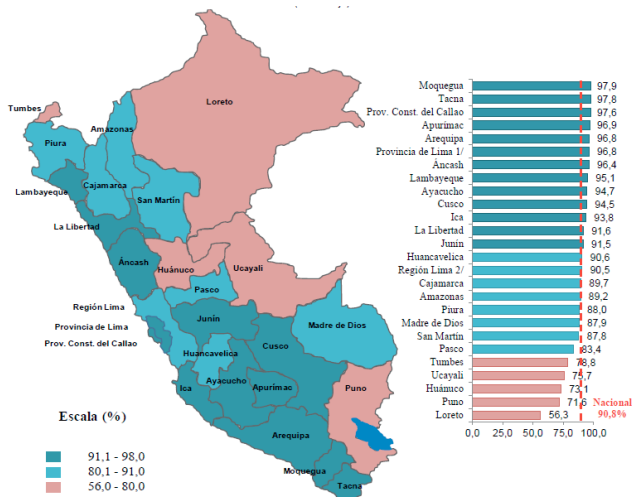


Fuente: INEI (2020).

⁷ Red pública comprende abastecimiento dentro de la vivienda, fuera de la vivienda (pero dentro de la edificación) o pilón de uso público (INEI, 2020).

PUEBLOS INDÍGENAS Y COVID-19 EN EL PERÚ: LA CRISIS SANITARIA Y LAS DEFICIENCIAS ESTRUCTURALES

Figura 2: Población sin acceso a agua por red pública, por área de residencia
Año móvil febrero 2019-enero 2020 (porcentaje)



Nota: Red pública, incluye agua por red pública dentro de la vivienda, fuera de la vivienda pero dentro de la edificación o pilón de uso público.
 1/ Comprende los 43 distritos que conforman la provincia de Lima.
 2/ Comprende las provincias: Barranca, Cajalambo, Carita, Cañete, Huaral, Huarochiri, Huaura, Oyón y Yauyos.

Fuente: INEI (2020).

Alrededor del 24.5% de la población rural carece de acceso a agua por red pública (ver Figura 2), se abastece de este recurso mediante algún río, acequia, manantial o similares en el mismo período móvil (15.2%) (ver Tabla 1). El nivel más alto en este ítem ocurrió en la media móvil octubre 2018-setiembre 2019 con 15.6% (ver Tabla 1).

Tabla 1: Población rural sin acceso a agua por red pública, por tipo de abastecimiento
 (Año móvil febrero 2019-enero 2020, en porcentaje)

Año móvil	Total	Camión cisterna u otro similar	Pozo	Río, acequia, manantial o similar	Otro
Indicadores anuales					
Oct 2018 - Set 2019	25.0	0.7	4.3	15.6	4.4
Feb 2019 - Ene 2020*	24.5	0.7	4.1	15.2	4.4

* Información preliminar

Fuente: INEI (2020), elaboración propia.

Sobre las comunidades nativas, el MINSA (2019) ha creado una serie de indicadores: determinantes sociales, mortalidad y morbilidad, y demás en materia de salud. Ello con relación a la información recogida en el censo del 2017 y otras fuentes secundarias. En dicho sentido, el documento fue elaborado en torno a 85 distritos (57%)⁸ (219 328 personas, de las cuales 100 006 [50.2%] se reconocen como indígenas) de un total de 149 en los 11 departamentos con presencia de comunidades.

Como primer dato se ha verificado que solo el 17.1%, 29.2% y 45.2% de viviendas tiene acceso al agua mediante red pública, pozo o manantial y río, lago o acequia, respectivamente (ver Tabla 2). Para el caso de estos dos últimos tipos de abastecimiento, significaría que más del 70% de dicha población no contaría con el servicio público garantizado. Por lo tanto, consumen agua no apta para el consumo humano, aseo o limpieza personal.

Tabla 2: Acceso al agua, por tipo de abastecimiento (porcentaje)

Determinantes sociales	Indicador		Valor (%)
	Viviendas con acceso a agua*	Red pública	
Pozo o manantial			29.2
Río, lago o acequia			45.2

* Calculado en base a todas las viviendas de los distritos con comunidades nativas.

Fuente: MINSA (2019), elaboración propia.

Por cada distrito, el valor de las comunidades nativas que usan río, lago o acequia para proveerse de agua es aún más alto. Tomando en cuenta ello, en el Anexo 1 se visualiza un resumen con los tres a siete distritos con mayor densidad de poblaciones y presencia indígena. En algunos departamentos se menciona un distrito solamente por las limitaciones de la muestra.

A primera vista se puede identificar que casi ninguno de los distritos supera el 50% de abastecimiento mediante red pública. De la misma manera, en el caso de pozo o manantial, los datos muestran similitudes (ver Anexo I). La cercanía de varios departamentos a la Cordillera de los Andes (Amazonas, Cusco, Junín y Pasco) y la fuerte precipitación de lluvias sería uno de los factores que explicaría la acumulación de agua en pozos, manantiales, ríos o lagos y, por lo tanto, su mayor disponibilidad en contraste con la red pública.

⁸ El criterio utilizado para escoger tales distritos: a) con 10 o más habitantes indígenas; b) ubicados en el mapa de pobreza (quintil 1-3) (MINSA, 2019).

La dependencia por el abastecimiento mediante río, lago o acequia es mucho más marcada debido, principalmente, a un factor: el alto porcentaje poblacional que se provee por estos medios. En los distritos de Ucayali y Loreto predomina este tipo de abastecimiento. En el primero, los distritos sobrepasan más del 50%; sin embargo, en el caso de Loreto, la mayoría representa más del 60%, con pequeñas y contadas excepciones (ver Anexo I). No obstante, con la necesidad viene una trampa. El agua, usualmente, no es apta para el consumo humano puesto que se estanca durante varios días y, mientras tanto, se convierte en foco de cultivo de enfermedades infecciosas (zika, dengue, etcétera) por las condiciones climáticas y atmosféricas en el oriente peruano.

2.1.2. Recursos humanos y salud

Las enfermedades y los pueblos indígenas tienen una relación histórica bastante antigua que se ha fortalecido a raíz de varios factores sociales y ecológicos a lo largo del siglo pasado. La conquista española trajo consigo nuevas enfermedades que los pueblos originarios carecieron de inmunidad (Cook, 1982, 1999 y 2010; Diomedí, 2003). Mientras el virreinato tomaba forma, los colonizadores realizaron incursiones hacia territorios amazónicos por su gran cantidad de recursos. En ese sentido, utilizaron la encomienda y crearon asentamientos para el aprovechamiento aurífero en la zona (La Torre, 1998). Por la intensa movilidad demográfica y la particular situación epidemiológica de los nativos amazónicos, la proliferación de enfermedades fue alta y letal, sumado a los conflictos interétnicos provocados por los propios colonos desde 1537 (La Torre, 1998).

Este escenario se repitió en la época republicana. El detalle estuvo en las interacciones de la autoridad y las medidas de salud pública para combatir las enfermedades ya que afectaron y dejaron de lado concepciones propias de los enfermos y, sobre todo, pueblos indígenas (Cueto, 2020b; Lossio, 2021). Un caso de relevancia fue la epidemia de malaria ocurrida en los años 30, que puso en riesgo de desaparición a los nativos de la tribu Machiguenga del Bajo Urubamba, promovida por la masiva inmigración de trabajadores de la sierra (Castro, 2017)⁹.

⁹ El aumento de casos maláricos se dio por la intensa movilidad de indios de la sierra para trabajar en lugares recónditos de la Amazonía donde operaban las haciendas de coca, arroz y demás productos. Los lugares donde vivían los trabajadores tenían condiciones insalubres, además no tenían experiencia alguna con la malaria, por lo que la letalidad fue muy alta (Cueto, 2020b). El problema con los nativos amazónicos comenzó a raíz de la falta de medidas de control por parte de la autoridad pública y el desconocimiento del escenario epidemiológico. Recién para finales de la década de 1970 se redujo drásticamente la incidencia de la malaria, luego de cuarenta años (Castro, 2017; Cueto 2020b).

Para finales de 1970, la densidad poblacional indígena se recuperó por el control de la larva *Anopheles* (Castro, 2017). Sin embargo, las respuestas de la sanidad pública, al igual que se verá más adelante, fueron tardías, al punto que la malaria se convirtió en una cuestión cotidiana de muchas comunidades (Cueto, 2020b). Hoy en día la enfermedad no solo es comprendida una vez manifestada, sino en la atención preventiva para evitar situaciones graves, tratamiento oportuno y atención periódica para fortalecer la calidad de vida.

Este último punto, por las presiones sociales y políticas, se ha convertido en una demanda urgente de los pueblos indígenas. Las epidemias de otras enfermedades han transformado sus territorios en un latente peligro (dengue, zika, etcétera). Pero también las carencias para curar malestares básicos como infecciones estomacales y respiratorias o dolencias. En ese sentido, se tomará en referencia algunos datos producidos por el MINSA (2021b) y el Anexo 1 para entrar más a profundidad en la realidad indígena.

Tabla 3: Recursos en salud por departamentos, actualizado al 2019

Departamento	Recursos en salud por departamento			
	Doctores/as	Enfermeros/as	Camas hospitalarias x 10 000 habitantes	Población con seguro de salud (%)
Amazonas	314	659	18.4	89.9
Cusco	1045	1653	16.3	82.3
Junín	851	1652	14.2	73.7
Pasco	181	308	21.1	85.0
San Martín	573	720	13.7	83.6
Ucayali	367	613	16.3	76.1
Loreto	573	885	10.3	86.8

Fuente: INEI (2021), MINSA (2021b), elaboración propia.

La situación de los departamentos amazónicos, aquellos analizados por el MINSA (2019), es variada en distintas proporciones. Los recursos en salud muestran que, en la mayoría de los casos, la relación entre el número de enfermeros/as y doctores/as es de 1.5 a 1. Es decir, por cada doctor/a hay un(a) enfermero/a de más (ver Tabla 3). En el caso de San Martín y Loreto esta proporción es bastante menor, por lo que la atención para pacientes no estaría mínimamente garantizada. Respecto de las camas hospitalarias por cada 10 mil habitantes, se puede ver que hay una media casi igual comparando los departamentos (ver Tabla 3). Pasco (21.1) tiene el mayor nivel y Loreto (10.3) el menor.

Ahora bien, al tomar en referencia a los distritos con presencia indígena amazónica, la situación es mucho más desigual, y también por las capacidades de los profesionales de la salud. Sobre este último, además de la poca presencia por densidad poblacional, existe una distribución inequitativa para la atención de enfermedades. La prevalencia periódica de ciertas enfermedades hace imposible las campañas de prevención y contención debido a las condiciones geográficas y climáticas de tales territorios (MINSA, 2019; Cueto, 2020b).

Otro aspecto fundamental, relacionado con las capacidades del personal de salud, es la atención intercultural. Ello implica muchas y diversas variables de política pública que las autoridades no han sabido diagnosticar y peor aún satisfacer (Cárdenas *et al.*, 2017). Una de ellas se centra, y que interesa en ese sentido, en el personal acreditado y calificado para realizar incursiones en las comunidades nativas y resolver dilemas interculturales y perspectivas indígenas. La información oficial es escasa y no tan exacta, pero resalta, nuevamente, que es un problema sin superar (Defensoría del Pueblo, 2020)¹⁰.

Ahora, de la información y fuentes revisadas no se ha podido encontrar el número de establecimientos de salud a nivel distrital. Pero sí lo ha hecho con relación al total de la muestra (MINSA, 2019). En dicho sentido, de acuerdo con el MINSA (2019, p. 5), 869 es el número de establecimientos de salud en los distritos con comunidades nativas (ver Tabla 4).

Tabla 4: Establecimientos de salud en los distritos con comunidades nativas

Nivel de establecimiento	Tipo de establecimiento	Cantidad
I-1	Puesto de salud, posta de salud o consultorio con profesionales de salud no médicos	604
I-2	Puesto de salud o posta de salud (con médicos) y consultorios médicos (con médicos con o sin especialidad)	145
I-3	Centros de salud, centros médicos, centros médicos especializados y policlínicos	98
I-4	Centros de salud y médicos con camas de internamiento	22
Total		869

Fuente: MINSA (2021b), elaboración propia

¹⁰ La Asociación Interétnica para el Desarrollo de la Selva Peruana (AIDSESP) ha venido trabajando una propuesta de salud intercultural capacitando a su propio personal indígena para superar las brechas y desconexiones existentes con la atención en sus territorios. Desde hace años, realizan programas formativos profesionales para enfermeros técnicos con especialidad intercultural como parte del cuestionamiento al sistema occidental de salud y que tantas veces ha negado sus conocimientos ancestrales sobre el cuidado y bienestar (Cárdenas *et al.*, 2017).

Tabla 5: Recursos en salud por distrito, actualizado al 2019

Departamento	Distrito	Recursos en salud por distrito	
		Doctores/as	Enfermeros/as
Amazonas	Imaza	6	15
	Nieva	4	11
	Río Santiago	4	12
Cusco	Megantoni	7	29
Junín	Pangoa	21	44
	Río Negro	10	13
	Río Tambo	7	29
Pasco	Palcazú	6	11
	Puerto Bermúdez	11	8
San Martín	Awajún	2	2
Ucayali	Iparia	5	16
	Raymondi	10	11
	Sepahua	3	3
	Tahuania	1	4
Loreto	Balsapuerto	4	9
	Nauta	10	18
	Trompeteros	3	9
	Urarinas	5	6
	Ramón Castilla	5	6
	Cahuapanas	1	3
	Andoas	3	4

Fuente: MINSA (2019, 2021a y 2021b), elaboración propia.

En el caso de los recursos humanos, se visualiza que en la mayoría de los distritos existe una relación de 1 a 2 o 1 a 3 de doctores/as y enfermeros/as (ver Tabla 5). Pero, considerando el nivel poblacional de los distritos (ver Anexo 1), la cifra de recursos humanos es considerablemente baja y desigual, aún más por las diversas patologías de los pueblos indígenas, por ejemplo. Loreto, de acuerdo con la muestra, es el territorio que tiene menos doctores/as y enfermeros/as (86 en total), siendo el distrito de Balsapuerto con mayor población indígena (más de 7100) y menos recursos (13 entre doctores/as y enfermeros/as) en el mismo sentido.

Entonces, de la evidencia expuesta, lo más resaltante no han sido los bajos indicadores en materia de salud y recursos humanos habilitados, sino la relación que tienen con el impacto de la pandemia en los territorios amazónicos (Pedraglio & Portocarrero, 2020). La falta de atención de las

políticas sanitarias para integrar la variable indígena ante el COVID-19 y las deficiencias estructurales en materia de salud han sido ya advertidas desde hace años e inclusive con epidemias de grandes proporciones que atacaban periódicamente zonas fronterizas¹¹.

En todo caso, como dijeran Cueto (2020a) y Lossio (2020), las pandemias son momentos de la historia bastante significativos que irrumpen y muestran la verdadera cara de las sociedades. Pero también evidencian las falencias estructurales que por años debieron ser atendidas y que por fin deberán ser, siquiera, analizadas. La pandemia del COVID-19 requiere pues dar una real mirada a los avances y deficiencias en materia de salud indígena y el enfoque intercultural necesario para mejorar la calidad del servicio. Sin embargo, resulta extraño, y hasta a veces contradictorio, que se requieran eventos tan disruptivos para que la sociedad y el Gobierno mismo posean su atención en estos fenómenos. El caso del conflicto de Bagua (2009) y la promulgación de la Ley 29785/2011¹² y su reglamento (decreto supremo 001-2012-MC) son un gran ejemplo de la tardía solución a flagelos históricos (Merino, 2018).

3. La pandemia por el COVID-19 y las respuestas insuficientes: diagnóstico nacional

3.1. Apuntes preliminares: la situación actual del nuevo coronavirus

No ha habido ningún otro fenómeno en la historia reciente de la humanidad que se equipare al que ocurre hoy en día. La complejidad de sus efectos y su naturaleza dan cuenta de la verdadera amenaza para los gobiernos y los grupos más vulnerables. Ante este panorama, las respuestas públicas han sido varias y de diversos tintes y tonos.

Los países con una larga tradición democrática e instituciones públicas de gran capacidad, índices de crecimiento superlativos e infraestructura sanitaria y hospitalaria de alto alcance pudieron afrontar a duras penas el embate del COVID-19. Sin embargo, las medidas implementadas tuvieron fuertes críticas relacionadas a la falta de ponderación entre el marco legal y constitucional de los derechos fundamentales. A pesar de ello, estos países pudieron permitirse el ensayo y error mientras los sistemas de salud respondían de manera eficiente, aunque sigue en

¹¹ Ver Huamán & Rosario (2020).

¹² Ley del Derecho a la Consulta Previa a los Pueblos Indígenas u Originarios reconocido en el Convenio 169 de la Organización Internacional del Trabajo o «Ley de Consulta Previa».

consideración la ocurrencia de nuevas olas epidémicas a pesar de las vacunaciones masivas.

En el caso del Perú, las críticas se manifestaron dentro del juego de roles entre diversos actores con intereses diferentes a la crisis, las oportunidades que ofrece el Estado y la captura del poder y el estatus luego de superada la pandemia. A pesar de que los marcos legales y políticos se fueron adaptando al nuevo contexto, estos fueron insuficientes y el conflicto por las cuotas de poder complicaron la generación de verdaderos consensos¹³.

Con relación a los pueblos indígenas, estos afrontaron una maraña de complejidades para la protección de sus territorios y comunidades. Al punto de replantear sus prioridades ante la amenaza del nuevo coronavirus y la reactivación económica (Cueto, 2020a; Gamboa, 2020; Lossio, 2021). Es claro que las preocupaciones para uno u otro sector son distintas y que algunos se encuentran en una mejor posición para encarar esta crisis. Ahora se pasará a analizar las medidas implementadas por el Ejecutivo y Legislativo en relación con todo lo expuesto hasta ahora.

3.2. Una cuestión de leyes, y al final ¿dónde quedaron los pueblos indígenas?

En el primer año de la pandemia, los planteamientos que rodearon las medidas y políticas contra el COVID-19 tuvieron como eje central detener el avance de la enfermedad a toda costa, mitigar sus impactos y propiciar un contexto para reabrir las principales actividades económicas. Sin embargo, a pesar de estas intenciones, lo cierto ha sido que tales medidas dejaron de lado aspectos esenciales relacionados con la salud pública y demandas urgentes, y causaron la reducción de estándares sociales y ambientales (Defensoría del Pueblo, 2020; Gamboa, 2020). En buena cuenta, el proceso de la reactivación económica ha traído la atención mayoritaria de las élites políticas y al interior de las decisiones públicas, más que la enfermedad misma.

Es decir, con los antecedentes previos a la pandemia (Castilla, 2020; Filgueira *et al.*, 2020, pp. 27-37), las prioridades se centraron en buscar algún tipo de estabilidad jurídica y política para determinadas actividades económicas y no solo en las respuestas sanitarias a la pandemia (Gamboa, 2020). Esta perspectiva ha sido la dominante en el diseño de las medidas públicas. Sobre

¹³ Este problema recuerda los episodios en los que se construyó la república y las diferencias políticas subyacentes: una minoría, con el justificante de modernizar la nación, dirigía el rumbo del país y copaba las instituciones públicas a pesar de los reclamos de los sectores sociales mayoritarios y las prebendas entre las elites políticas y la corona (Contreras & Cueto, 2013; Cotler, 2016).

ello, el Gobierno peruano ha mostrado innumerables expresiones, aunque se ha visto limitado por la misma burocracia que lo caracteriza y las resistencias de diversos estamentos sociales para implementarlas. Por lo pronto, y de acuerdo con todo lo detallado hasta ahora, ¿cuál fue el propósito de tantas leyes y normas contra el COVID-19? ¿Los pueblos indígenas fueron verdaderamente protegidos de la compleja crisis sanitaria para evitar mayores contagios y decesos en sus territorios?

El día 11 de marzo de 2020, se declaró el estado de emergencia a nivel nacional mediante decreto supremo 008-2020-SA. Asimismo, a través del decreto supremo 044-2020-PCM se establecieron mayores restricciones al ejercicio de derechos fundamentales por el reporte de los primeros casos de COVID-19 en el país. El primero estableció lineamientos generales para afrontar el contexto inicial de la crisis sanitaria. En el segundo, sus disposiciones tuvieron una mayor complejidad por los fines que pretendía y fueron más controvertidas por las limitaciones que impuso al aparato económico. A rasgos generales, significó una serie de condicionamientos a la libre circulación de las personas por criterios de salud pública y una cuarentena total en varios departamentos del Perú, pero con la garantía de continuar la prestación de la mayoría de los servicios públicos (artículos 2 y 3). Con relación al tema económico, las industrias estratégicas tuvieron que detener sus actividades¹⁴ debido al peligro de contagio entre sus trabajadores, ausencia de atención médica y la cercanía a centros poblados en las zonas de explotación. No obstante, por las presiones de determinados actores políticos, la minería continuó operando, a pesar de las restricciones establecidas, por ser considerada una actividad esencial¹⁵ (Ruíz Molleda, 2020a).

Las reglas aplicadas, los confinamientos y demás restricciones fueron aumentando a medida que el COVID-19 ganó terreno en los lugares más alejados. De acuerdo con el Stringency Index de la Universidad de Oxford (2021), las dos primeras semanas de mayo de 2020 se convirtieron en el período de mayor rigurosidad (96.3%) en base a las políticas aplicadas por el Gobierno¹⁶ (ver Figura 3) (Benítez *et al.*, 2020). A pesar de todo ello, lo real

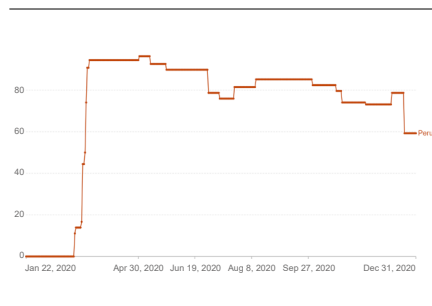
¹⁴ Decreto Supremo 044-2020-PCM. Artículo 4.- Limitación al ejercicio del derecho a la libertad de tránsito de las personas 4.1. Durante la vigencia del Estado de Emergencia Nacional y la cuarentena, las personas únicamente pueden circular por las vías de uso público para la prestación y acceso a los siguientes servicios y bienes esencial: [...] l) Por excepción, en los casos de sectores productivos e industriales, el Ministerio de Economía y Finanzas, en coordinación con el sector competente, podrá incluir a las señaladas en los numerales precedentes, que no afecten el estado de emergencia nacional.

¹⁵ Oficio 059-2020-EF/10.01.

¹⁶ El Stringency Index mide el nivel de rigurosidad en las restricciones que los países implementaron por el COVID-19. Esta herramienta considera nueve aspectos: cierres de escuelas, clausura de lugares de trabajo, cancelación de eventos públicos, restricciones a los ciudadanos, cierre del transporte, cuarentenas, campañas de información pública, restricciones al libre movimiento y control de viajes internacionales (Oxford, 2021).

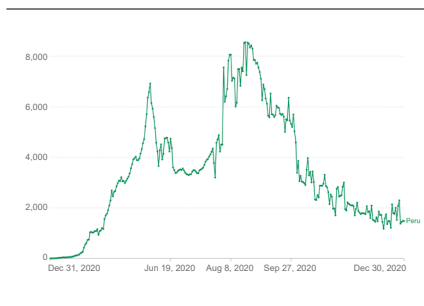
ha sido que una gran cantidad de disposiciones y normas no se tradujeron en una mejor gestión sanitaria y de la crisis en particular (Benítez et al., 2020). El número de nuevos casos diarios, en el año 2020, la contradice en buen grado (ver Figura 4).

Figura 3: evolución del Stringency Index (marzo - diciembre 2020)



Fuente: Universidad de Oxford (2021)

Figura 4: nuevos casos diarios COVID-19, actualizado a diciembre del 2020



Fuente: Universidad Johns Hopkins (2021)

Al igual que otros episodios donde enfermedades y sus consecuencias excedieron las capacidades sanitarias y sociales en la historia del Perú, los intereses de quienes sufrieron los flagelos epidemiológicos y el olvido del Estado muchas veces se vieron supeditados a aquellos de los grupos de poder y élites políticas dominantes (Cotler, 2016; Cueto, 2020b). Ya se ha resaltado las condiciones precarias de las comunidades nativas en materia de servicios públicos y algunas huellas históricas del Estado en relación con la enfermedad. A pesar de las experiencias, el proceso de reactivación económica ha tenido hasta ahora un correlato similar por lo reducido de la propuesta, las manifestaciones autoritarias para fomentar actividades económicas y la insostenibilidad para los recursos naturales (Cotler, 2016; Cueto, 2020b; Gamboa, 2020).

A través del decreto supremo 080-2020-PCM, se estableció una estrategia nacional de reanudación de actividades estipuladas en cuatro fases¹⁷ (ver Tabla 6). En ella se conjugaron indicadores «positivos» sobre el control de la pandemia y los efectos adversos al sistema de salud para justificar las iniciativas de reactivación y otros marcos normativos. Sin embargo, se han verificado

¹⁷ Decreto Supremo 080-2020-PCM (03.05.2020). Artículo 1.- Aprobar la «Reanudación de actividades». 1.1 Apruébese la «Reanudación de Actividades» conforme a la estrategia elaborada por el Grupo de Trabajo Multisectorial conformado mediante la Resolución Ministerial N° 144-2020-EF/15, la cual consta de cuatro (04) fases para su implementación, las que se irán evaluando permanentemente de conformidad con las recomendaciones de la Autoridad Nacional de Salud.

incongruencias, al igual que en épocas anteriores, donde el Gobierno central buscó promover sectores económicos específicos por la caída de los precios de los metales o el contexto político desfavorable (Gudynas, 2017; Bebbington, *et al.*, 2019), a costa de estándares sociales y/o ambientales. A decir de Gamboa¹⁸:

El discurso actual que sostiene la «reactivación económica», posterior al período de cuarentena en el Perú (del 15 de marzo al 30 de junio), tiene muchas semejanzas con lo sucedido en 2013, es decir, no solo la influencia del sector privado en la agenda pública, sino también la necesidad de que las actividades productivas se reinicien sin tomar en cuenta el costo en salud o incluso ambiental (2020, p. 12).

Tabla 6: Fases de reactivación económica (2020)

Fase	Norma que habilita la reactivación	Fecha	Actividades económicas
1	DS 080-2020-PCM (Anexo)	03-05-2020	Todas las actividades relacionadas a la minería, con excepción de exploración, industrias agricultura, construcción, servicios y turismo y comercio
2	DS 101-2020-PCM (Anexo)	04-06-2020	Industrias nacionales (agricultura, minería, manufactura, construcción), comercio y servicios de turismo y transporte e infraestructura en telecomunicaciones
3	DS 117-2020-PCM (Anexo)	30-06-2020	El total de las industrias nacionales (energía y minería, agricultura, construcción y manufactura), 50% del aforo comercial, 40% del aforo en servicios
4	DS 157-2020-PCM (Anexo)	26-09-2020	Comercio, servicios de transporte urbano y aéreo y entretenimiento

Fuente: elaboración propia.

En el marco de las intervenciones públicas sobre los pueblos indígenas, la situación ha sido más elocuente para resaltar estas incongruencias. Mientras se había ya establecido un cronograma de reactivación e identificándose los próximos pasos para la implementación de nuevos proyectos de gran envergadura, recién el día 10 de mayo se promulgó el decreto legislativo 1489¹⁹.

¹⁸ El caso del paquetazo ambiental se ajusta a dicho dilema. En especial porque se dio en un contexto, año 2014, donde las condiciones dejaron de ser las adecuadas para el crecimiento del Perú y fue necesario hacer un ajuste económico y flexibilización de la fiscalización ambiental y los estándares sociales para promover la inversión privada (Gamboa, 2020, pp. 12-15).

¹⁹ Decreto Legislativo 1489 (10.05.2020). Artículo 2.- Finalidad. El presente Decreto Legislativo tiene por finalidad asegurar que el Estado, en sus distintos niveles de gobierno, implemente acciones urgentes y extraordinarias para la atención de los pueblos indígenas u originarios durante la emergencia sanitaria ocasionada por el COVID-19, a efectos de:

- a) Garantizar el cumplimiento de los derechos lingüísticos en sus dimensiones individual y colectiva, a través del diseño, la implementación de mecanismos, estrategias y acciones; sobre el uso, preservación, revitalización, desarrollo, recuperación, fomento y difusión de las lenguas indígenas u originarias del Perú.
- b) Promover la prestación de servicios públicos en la lengua materna con énfasis en la población perteneciente a un pueblo indígena u originario, tomando en cuenta las necesidades y condiciones específicas de mujeres y hombres de los pueblos indígenas.
- c) Asegurar mecanismos de articulación con entidades públicas que destinen servicios para la atención de la población indígena u originaria, con criterios de pertinencia, adecuación cultural y de género, oportunidad,

Tal decreto estableció demasiadas generalidades, que tampoco fueron especificadas, luego, redundaba en competencias ya delegadas en anteriores leyes; pero, más aún, denostaba la tardía reacción ante la amenaza de las actividades ilegales en los territorios indígenas (Defensoría del Pueblo, 2020; Sierra, 2021). Sobre todo, la falta de una adecuada asignación presupuestal, la ausencia de indicadores por resultado para verificar el avance de la estrategia²⁰ o el aislamiento de las organizaciones indígenas por parte del Estado en su lucha de proteger sus territorios a través de controles o redes de seguridad²¹. Además, las deficiencias enumeradas desde antes de la pandemia fueron fundamentales para que la «guerra» contra el coronavirus fuera inservible y se ensañase con las poblaciones indígenas (Merino, 2020).

La Defensoría del Pueblo (2020), en el *Informe de Adjuntía N° 002-2020-DP/AMASPP/PP/PI*, ofrece varios detalles relacionados con el incumplimiento de las obligaciones del Estado y las comunidades nativas en el contexto de la pandemia. Por ejemplo, las medidas legislativas y procedimientos administrativos implementados tuvieron un retraso bastante considerable para responder a la crisis sanitaria en los territorios indígenas (Defensoría del Pueblo, 2020, pp. 27-29, Cuadro 3)²². Además, las respuestas insuficientes han sido una constante a pesar de los amplios esfuerzos de las autoridades debido, principalmente, a las complejidades culturales y geográficas y las precariedades que se han relatado sobre la atención en los establecimientos de salud en las comunidades nativas y el nulo acceso a agua potable (ver sección 2.1) (Defensoría del Pueblo, 2020, pp. 8-12; INEI, 2018 y 2020). Más leyes no se traducen en una real y efectiva intervención en las comunidades nativas, a menos que puedan evaluarse adecuadamente las verdaderas inequidades que resaltan en ellas (Benítez *et al.*, 2020).

Por otro lado, el Ministerio de Salud (MINSA) reaccionó a la emergencia indígena luego de intentos fallidos del Gobierno central por abastecer de víveres y demás insumos médicos sin el efecto deseado, atención sanitaria ausente de enfoque intercultural y bonos específicos que no permitieron soportar la

eficiencia y calidad.

- d) Salvaguardar la vida, salud e integridad de los pueblos indígenas u originarios, con especial atención en aquellos pueblos que se encuentran en situaciones de aislamiento y en situación de contacto inicial.

²⁰ Decreto Legislativo 1489 (10.05.2020). Artículo 13.- Financiamiento. 13.1 Autorízase al Poder Ejecutivo a realizar modificaciones presupuestarias en el nivel institucional a favor del Ministerio de Cultura, con cargo a los recursos de la Reserva de Contingencia a la que se refiere el artículo 53 del Decreto Legislativo 1440, Decreto Legislativo del Sistema Nacional de Presupuesto Público, hasta por la suma de S/ 5,000,000.00 (CINCO MILLONES Y 00/100 SOLES), para financiar la implementación de las acciones establecidas en el presente Decreto Legislativo a cargo de dicho Ministerio.

²¹ Ver el Pronunciamiento de AIDSESP (2020).

²² «[...] A nivel normativo, estas medidas fueron llegando de manera tardía y casi después de dos meses de iniciada la emergencia sanitaria» (Defensoría del Pueblo, 2020, p. 27).

cuarentena (Defensoría del Pueblo, 2020)²³. En ese sentido, las resoluciones ministeriales 308-2020-MINSA²⁴, 386-2020-MINSA²⁵ y 451-2020-MINSA²⁶ implementaron lineamientos para la intervención sanitaria en comunidades indígenas de la Amazonía, reconocimiento indígena en la elaboración de medidas públicas (Comando COVID-19 Indígena) y medidas de prevención de enfermedades respiratorias en comunidades nativas cercanas a territorios PIACI, respectivamente. A pesar de todo ello, nuevamente, se vieron limitaciones en la aplicación intersectorial con las autoridades regionales, locales y municipales y la rectoría del MINSA, además de una burocracia que la expansión de la enfermedad no comprendía, ni el establecimiento de cercos epidemiológicos en zonas territoriales de difícil acceso pudieron controlar (Defensoría del Pueblo, 2020; Huaco, 2020).

La información sobre los establecimientos de salud en los distritos con comunidades nativas es contundente y gráfica (ver Tabla 3; MINSA, 2019). Al considerar los PIACI, la situación es más dramática. En el caso de los pueblos indígenas en contacto inicial (PICI), las necesidades pueden ser cubiertas de alguna manera, pero deben movilizarse a los límites fronterizos de sus territorios para buscar atención, información o servicios que les provean de la ayuda necesaria para prevenir el contagio en sus comunidades. No obstante, el tipo de relacionamiento que existe entre los PICI y las autoridades sanitarias se ha caracterizado por la ausencia de confianza a lo largo de los años (Borjas, 2020). Además, las medidas gubernamentales dejaron de lado aspectos interculturales claves para difundir la información de manera oportuna (Huaco, 2020).

El caso de los pueblos indígenas en aislamiento voluntario (PIAV) es quizás el reto más importante para el Estado y que la pandemia ha evidenciado. Existe evidencia suficiente de que los PIAV, por sus mismas condiciones epidemiológicas, son altamente vulnerables al contacto físico y a las modificaciones drásticas de su entorno, por lo que está prohibido que las autoridades públicas tengan acercamiento hacia ellos y solo aseguren su

²³ «Con relación a la asistencia alimentaria, mediante el Decreto de Urgencia 033-2020, el gobierno autorizó la transferencia presupuestal a los gobiernos locales para la adquisición y entrega de canastas básicas de alimentos a las familias de condición de pobreza en la presente emergencia. Sin embargo, durante su implementación, hemos conocido hechos vinculados al incumplimiento de protocolos por parte de determinados funcionarios municipales durante la entrega de las canastas familiares» (Defensoría del Pueblo, 2020, p 41).

²⁴ Resolución Ministerial 308-2020-MINSA (21.05.2020). Artículo 1.- Aprobar el Documento Técnico: «Plan de intervención del Ministerio de salud para Comunidades Indígenas y Centros Poblados Rurales de la Amazonía frente a la emergencia del COVID-19».

²⁵ Resolución Ministerial 386-2020-MINSA (12.06.2020). Artículo 1.- Aprobar el Documento Técnico: Orientaciones para la Conformación y Funcionamiento del Comando COVI-19 Indígena a nivel regional.

²⁶ Resolución Ministerial 451-2020-MINSA (01.07.2020). Artículo 1.- Aprobar el Documento Técnico: Lineamientos para la Prevención de Infecciones Respiratorias y COVID-19 en zonas cercanas a población indígena en aislamiento y contacto inicial en el Perú.

territorio y los recursos que utilizan (Borjas, 2020). Ahora los PIAV han afrontado amenazas a sus territorios por las actividades extractivas cercanas a sus recursos. El proyecto Camisea y los efectos a la calidad de vida de los indígenas de la Reserva Territorial Kugapakori, Nahua y Nanti (RTKNN) son más que evidentes. Entonces, entre garantizar su seguridad y promover el reinicio del aparato productivo nacional existe un grave dilema que las medidas gubernamentales han debido sopesar (Borjas, 2020).

Con una media diaria de alrededor de 4500 casos en el país durante el mes de mayo (2020) (ver Figura 4)²⁷, las medidas implementadas para mitigar o remediar las consecuencias de la enfermedad tardaron en lograr su cometido, pero sin mejorar las condiciones sanitarias de muchas poblaciones vulnerables (Defensoría del Pueblo, 2020, pp. 38-43). En efecto, a pesar de contar con un presupuesto considerable, la garantía de acceso a servicios públicos (agua potable, salud, entre otros) no habría sido el objetivo esencial de las políticas sanitarias contra el COVID-19. Más aun considerando la precariedad de las comunidades nativas y su importancia para soportar largos períodos de cuarentena, atención específica para otras enfermedades y el mantenimiento de áreas limpias al interior de los hogares (Benítez *et al.*, 2020, pp. 2-3; Defensoría del Pueblo, 2020).

No obstante, los resultados iniciales no han servido para prevenir una segunda ola epidemiológica durante los meses de julio a setiembre del año 2020, ya que ni los servicios de atención primaria ni las perspectivas interculturales fueron fortalecidos al intervenir en los territorios indígenas (Defensoría del Pueblo, 2020). La resolución ministerial 308-2020-MINSA tenía objetivos específicos (ver Tabla 7) que, según la Defensoría del Pueblo (2020), no consideraron estas características desiguales en materia de salud y/o capacidades institucionales.

Tabla 7: Resolución ministerial 308-2020-MINSA

	Objetivo General	Objetivo Específico
Plan de intervención del Ministerio de salud para Comunidades Indígenas y Centros Poblados Rurales de la Amazonía frente a la emergencia del COVID-19	Reducir los efectos adversos ante la propagación del brote de COVID-19 en comunidades indígenas y centros poblados rurales de la Amazonía	Fortalecer las medidas de prevención ante el riesgo de propagación de COVID-19 desde el nivel comunitario.
		Mejorar la capacidad resolutoria de las IPRESS de nivel I-3 e I-4 para la respuesta sanitaria rápida ante casos de COVID-19.

Fuente: elaboración propia.

100 ²⁷ El día 2 de junio de 2020 se registró en el Perú el mayor número de casos diarios durante la primera ola: 6916 nuevos casos (Johns Hopkins University CSSE COVID-19 Data, 2021).

En la misma dirección, las propias organizaciones indígenas denunciaron, en particular, el decreto legislativo 1489. Si bien este estableció lineamientos estratégicos y competencias específicas²⁸, no habría concebido herramientas necesarias para fortalecer la atención primaria en los territorios indígenas o el reparto de equipos de protección para el personal profesional, la información producida sobre el COVID-19 habría sido confusa e incompleta y de difícil llegada para las comunidades más alejadas (Defensoría del Pueblo, 2020, pp. 33-34)²⁹. La perspectiva comunitaria para la seguridad alimentaria de las comunidades o el fortalecimiento de las capacidades indígenas y coordinación gubernamental con las fuerzas del orden, en cuanto al control territorial, fueron carencias manifiestas expresadas por los líderes indígenas.

El crecimiento de las actividades ilegales e informales durante el primer año de la pandemia fue otro de los problemas condicionados por las innumerables reglas que limitaron la movilidad de la Policía Nacional. Ello dejó en grave vulnerabilidad a los defensores indígenas que denunciaron no solo tales actividades, sino las vulneraciones contra sus comunidades por el COVID-19 que se han mencionado en líneas previas. Solo durante el año 2020, han sido asesinados cuatro líderes indígenas que habían sido amenazadas e hicieron conocer su situación sin que las autoridades pudieran hacer algo al respecto (Defensoría del Pueblo, 2020, p. 34; Sierra, 2021).

Otra de las cuestiones asociadas con la elaboración de adecuadas medidas contra el COVID-19 ha sido la capacidad de diagnosticar, tratar y rastrear a los contagiados y sus contactos cercanos. Luego de seis meses de la emergencia, el MINSA implementó la Sala de población indígena con COVID-19 (Defensoría del Pueblo, 2020, p. 39). En buena cuenta, esto explicaría los equívocos metodológicos de las normas emitidas hasta finales de agosto de 2020 y la falta de sustento técnico y cultural debido a las brechas estructurales para realizar tal labor, por ejemplo³⁰.

La cifra oficial y real de indígenas contagiados y los decesos en total varía en gran medida por la deficiencia del muestreo y las capacidades de los laboratorios para identificar a tiempo a los enfermos. A comienzos de

²⁸ Según la Defensoría del Pueblo (2020, p. 31), el decreto legislativo 1489 dividió sus resultados en base a cinco ejes: i) la respuesta sanitaria; ii) el control territorial; iii) el abastecimiento de bienes (productos o alimentos de primera necesidad); iv) la información y alerta temprana; y v) la protección de los pueblos indígenas en aislamiento y contacto inicial.

²⁹ Mediante Oficio 327-2020-DP/AMASPP (24-06-2020), la Defensoría del Pueblo denunció la falta de información relacionada a los tratamientos preventivos contra el COVID-19, ya que en el distrito de Urarinas (Loreto) se habría recomendado el uso de ivermectina para animales en indígenas.

³⁰ Para ver más acerca de las denuncias hechas por comunidades indígenas y presiones de la Defensoría del Pueblo a la autoridad sanitaria: https://www.defensoria.gob.pe/rendicion_de_cuentas/pueblos-indigenas/

la pandemia, solo había dos laboratorios para todos los departamentos amazónicos. El MINSA (2021c), a través de la Sala de población indígena con COVID-19, ha identificado 19 843 indígenas amazónicos contagiados, mientras que alrededor de 366 (amazónicos y andinos) fallecieron por la nueva enfermedad hasta finales de 2020 (ver Figuras 5 y 6). Sin embargo, de acuerdo con la Red Eclesial Panamazónica (REPAM) para el 10 de noviembre de 2020, se confirmaron 16 411 indígenas amazónicos contagiados y 394 decesos (REPAM, 2020).

Figura 5: Casos indígenas amazónicos acumulados por COVID-19 actualizado al 19.08.2021

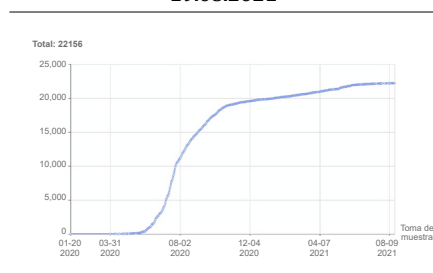
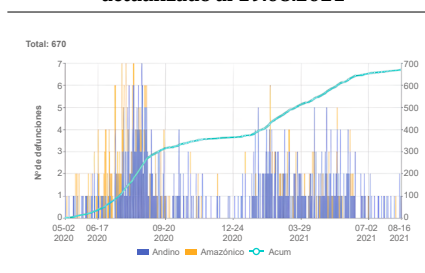


Figura 6: Defunciones indígenas (amazónicos y andinos) acumulados por COVID-19 actualizado al 19.08.2021



Fuente: MINSA (2021c)

Las cuestiones asociadas con la desigualdad de ingresos, acceso a servicios públicos e inequidad de las propuestas políticas han sido dejadas de lado por una «guerra» a toda costa contra el COVID-19 (Merino, 2020). La finalidad no fue más que lograr la reactivación económica, a pesar de que eso pudiera costar la reducción de estándares ambientales y el retroceso de determinados derechos colectivos ganados por los pueblos indígenas (Gamboa, 2020). El camino es claro y, con el proceso de vacunación masiva en ciernes, pareciera que no existen obstáculos para lograr una acometida desde los principales actores políticos y económicos y las antiguas élites que luchan por acomodarse en las diferentes instancias de poder luego del bicentenario.

4. Conclusiones

Las interrogantes que motivaron el presente artículo tenían como interés inicial analizar las medidas (leyes, decretos, reglamentos, etcétera) implementadas en favor de las comunidades nativas contra el COVID-19 durante los primeros meses de la crisis. Sin embargo, las respuestas no han sido fáciles de obtener debido a la naturaleza de la pandemia y las interacciones entre las élites políticas y actores económicos que impidieron definir verdaderas prioridades.

Los escenarios de igual o mayor complejidad han sido las epidemias ocurridas a lo largo de la historia del Perú. En ellas, han concurrido factores que agravaron sus consecuencias y las hicieron perdurar en el tiempo (Cueto, 2020b, Lossio, 2021). A pesar de las experiencias obtenidas, lo cierto es que no se hizo lo suficiente para mejorar o fortalecer las condiciones estructurales de las poblaciones más vulnerables (Cueto, 2020b; Lossio, 2020). En el caso específico, las comunidades nativas (Castro, 2017; Huamán & Rosario, 2020).

Sobre el COVID-19, se ha dicho también con justa razón que es un fenómeno que ha puesto en evidencia las características más ocultas de las sociedades modernas, pero más aun las ausencias del Estado con relación a la protección de poblaciones vulnerables. En ese sentido, los pueblos indígenas han sufrido varias de las consecuencias del nuevo coronavirus y sobrevivido valiéndose de sus propios recursos para soportar las cuarentenas, medidas restrictivas y confinamientos. Las ayudas sanitarias y económicas como medicinas, equipos de protección y bonos dinerarios no fueron suficientes y llegaron tarde.

Las deficiencias en cuanto a la prestación de servicios públicos dificultaron cumplir recomendaciones mínimas: el lavado de manos, la limpieza de los hogares, la disposición de los residuos orgánicos y el tratamiento de, incluso, otras enfermedades por la falta de medicinas o atención básica. Estas cuestiones han sido advertidas desde hace años (INEI, 2018 y 2020) y con la pandemia, las medidas públicas sanitarias, durante los primeros meses, no velaron por fortalecer las condiciones mínimas de los establecimientos de salud al interior de las comunidades nativas, incluso implementadas de manera tardía. En cambio, por el estado de emergencia e inamovilidad general, las actividades ilegales ganaron terreno al punto de amenazar la vida de los líderes indígenas que denunciaban este tipo de prácticas y el peligro para sus comunidades y los territorios PIACI.

En definitiva, es cierto que el fenómeno sigue en curso, pero ya pueden verse algunas huellas de que tales respuestas surgieron tarde, sin participación indígena y poniendo en peligro sus territorios e integridad. Sobre esto último, el proceso de reactivación económica ha atraído todos los reflectores al punto de opacar la lucha sanitaria y dejando de lado las condiciones precarias en que los pueblos indígenas amazónicos vivían desde hace mucho tiempo atrás (Merino, 2020).

Referencias

Libros y artículos

- Bebbington, A. et al. (2019). *Evaluación y alcance de la industria extractiva y la infraestructura en relación con la deforestación: Amazonía*. Lima: Derecho, Ambiente y Recursos Naturales (DAR).
- Benítez, M. et al. (2020). Responses to COVID-19 in five Latin American countries. *Health Policy and Technology (HPT)*, 9 (4), pp. 525-559. <https://doi.org/10.1016/j.hlpt.2020.08.014>
- Cárdenas, C. et al., (2017). Interculturalidad en salud: reflexiones a partir de una experiencia indígena en la Amazonía peruana. *Anthropologica*, 35 (39), pp. 151-169. <https://doi.org/10.18800/anthropologica.201702.007>
- Castilla, L. (2020). *La oportunidad del Siglo: Reformas económicas para un país más próspero y justo*. Lima: Planeta.
- Contreras, C. & Cueto, M. (2013). *Historia del Perú contemporáneo. Desde las luchas por la independencia hasta el presente*. 5ta Ed., Lima: IEP, PUCP y Universidad del Pacífico.
- Cook, N. (1982). Population Data for Indian Peru: Sixteenth and Seventeenth Centuries. *The Hispanic American Historical Review*, 62(1), pp. 73-120. <https://doi.org/10.2307/2515415>
- Cook, N. (1999). El impacto de las enfermedades en el mundo andino del siglo XVI. *Histórica*, 23(2), pp. 341-365. Lima.
- Cook, N. (2010). *La catástrofe demográfica andina: Perú 1520-1620*. Lima: Fondo Editorial PUCP.
- Cotler, J. (2016). *Clases, Estado y Nación en el Perú*. 5ta. Reimpr. Lima: IEP.
- Cueto, M. (2020b). *El regreso de las epidemias: salud y sociedad en el Perú del siglo XX*. 2da Ed. Lima: IEP (Estudios Históricos, 22).
- Defensoría del Pueblo (2020). *Informe de Adjuntía N° 002-2020-DP/AMASPP/PPI*. Lima: Serie Informes de Adjuntía.
- Diomedi, A. (2003). La guerra biológica en la conquista del nuevo mundo. Una revisión histórica y sistemática de la literatura. *Revista chilena de infectología*, 20(1), pp. 19-25. Santiago. <http://dx.doi.org/10.4067/S0716-10182003000100003>
- Filgueira, F. et al. (2020). América Latina ante la crisis del COVID-19: vulnerabilidad socioeconómica y respuesta social. En *Serie Políticas Sociales*. Santiago: Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), N° 238.
- Gamboa, C. (2020). Los retos ambientales y sociales de la reactivación económica post cuarentena. *Revista Kawsaypacha: Sociedad y Medio Ambiente*, (6), pp. 7-28. Lima.
- Gudynas, E. (2017). *Extractivismos y corrupción. Anatomía de una íntima relación*. Lima: CLAES, CooperAcción y redGE.
- Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI) (2018). III Censo de Comunidades Indígenas: resultados definitivos, Tomo I. Lima: PCM e INEI.
- Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI) (2020). Perú: Formas de Acceso al Agua y Saneamiento Básico. Lima: INEI.
- Instituto Nacional de Estadísticas e Informática (2021). Perú en cifras.
- La Torre López, L. (1998). ¡Sólo queremos vivir en paz! *Experiencias petroleras en territorios indígenas de la Amazonía peruana*. Copenhague, IWGIA.
- Lossio, J. (2021). *Pandemias y salud pública. Historias de cuarentenas y vacunaciones*. Lima: MINCUL - Proyecto Especial Bicentenario de la Independencia del Perú.
- Merino, R. (2018). El Derecho y la Política de la autodeterminación indígena: El significado del derecho a la consulta previa. *Revista Derecho y Sociedad*, (51), pp. 43-58. Lima.

PUEBLOS INDÍGENAS Y COVID-19 EN EL PERÚ: LA CRISIS SANITARIA Y
LAS DEFICIENCIAS ESTRUCTURALES

- Merino, R. (2020). Estado de pandemia: Entre caminantes, aislados y crisis cotidianas. *DILEMAS: Revista de Estudios de Conflicto e Controle Socia. Rio de Janeiro: Reflexões na Pandemia*, pp. 1-7.
- Ministerio de Salud (MINSA) (2019). Indicadores Básicos en distritos con comunidades nativas.
- Ministerio de Salud (MINSA) (2021a). Dirección General de Personal de Salud.
- Ministerio de Salud (MINSA) (2021b). Repositorio Único Nacional de Información en Salud (REUNIS).
- Ministerio de Salud (MINSA) (2021c). Sala de población indígenas con COVID-19.
- Organización Mundial de la Salud (OMS) (2020). Brote de enfermedad por coronavirus (COVID-19).
- Pedraglio, S. & Portocarrero, L. (2020). Vulnerabilidades sociales y de los servicios de salud pública e impacto de la COVID-19. En varios autores. *Patologías del Sistema de Salud Peruano*. Lima: OXFAM y Fondo Editorial PUCP, pp. 11-48.
- REPAM (2020). Impacto del COVID-19 en los pueblos indígenas de la Cuenca Amazónica [Imagen]. REPAM y COICA. <https://redamazonica.org/wp-content/uploads/Mapa-25-COVID19-Pueblos-Indigenas-PANAMAZONIA-10.11.2020-1.pdf>
- Sánchez-Albornoz, N. (2014). *Historia mínima de la población de América Latina desde los tiempos precolombinos al año 2025*. México D.F: El Colegio de México.
- Universidad de Oxford (2021). Oxford Covid-19 Government Response Tracker.
- Universidad Johns Hopkins (2021). CSSE COVID-19 Data.

Noticias y/o artículos periodísticos

- AIDSESP (13.05.2020). Pronunciamento ¡Que la acción llegue al río! *AIDSESP Web*. <http://www.aidesepe.org.pe/noticias/pronunciamento-que-la-accion-llegue-al-rio>
- Borjas, J. (04.04.2020). Otras COVID-19: enfermedades que anuncian la muerte de los pueblos indígenas en aislamiento y contacto inicial. *Derecho, Ambiente y Recursos Naturales*. https://dar.org.pe/dar_opina_covid19_piacci/
- Castro, D. (17.01.2017). Resurgimiento de la malaria en la Amazonía peruana. Blog Expresión Genética. *El Comercio Web*. <https://elcomercio.pe/blog/expresiongenetica/2017/01/resurgimiento-de-la-malaria-en-la-amazonia-peruana/>
- Cueto, M. (19.04.2020a). Las lecciones que deja una pandemia. *El Dominical, Web*. <https://elcomercio.pe/eldominical/las-lecciones-que-deja-una-pandemia-por-marcos-cueto-crisis-sanitaria-global-la-peste-coronavirus-noticia/>
- Huamán, G. y Rosario, Ó. (01.03.2020). El dengue golpea el corazón más vulnerable de la Amazonía del Perú. *Ojo Público*. <https://ojo-publico.com/1637/el-dengue-golpea-el-corazon-mas-vulnerable-de-la-amazonia>
- Lossio, Jorge (19.07.2020). Esta pandemia es una oportunidad para hacer una reforma de fondo en salud. Entrevista. *Salud con Lupa*. <https://saludconlupa.com/entrevistas/jorge-lossio-esta-pandemia-es-una-oportunidad-para-hacer-una-reforma-de-fondo-en-salud/>
- Sierra, Y. (01.03.2021). Perú: dos nuevos asesinatos de indígenas cacataibo en zona tomada por el narcotráfico. *Mongabay*. <https://es.mongabay.com/2021/03/peru-asesinan-lideres-indigenas-kakataibo-narcotrafico/>

- Ruíz Molleda, J. (19.03.2020a). Exoneración de la cuarentena de las grandes empresas mineras: ¿diferenciación justificada o trato discriminatorio inconstitucional que pone en peligro la salud y la vida? Artículo. *IDL*. <https://www.idl.org.pe/12053-2/>
- Ruíz Molleda, J. (10.05.2020b). Observaciones críticas al D.L. 1489 de emergencia para pueblos indígenas. *Servindi*. <https://www.servindi.org/actualidad-opinion/11/05/2020/observaciones-criticas-al-dl-1498-de-emergencia-para-pueblos-indigenas>
- Huaco, M. (11.05.2020). Emergencia sin estrategia. Cuestionan D.L. 1489 por no decir nada nuevo. *Servindi*. <https://www.servindi.org/actualidad-opinion/11/05/2020/cuestionan-dl-1489-por-carecer-de-estrategia-y-no-decir-nada-nuevo>
- Zambrano, G. (27.02.2021). Comunidades campesinas, comunidades nativas, y pueblos indígenas: discusión sobre el sujeto de derecho. *IUS 360*. <https://ius360.com/comunidades-campesinas-comunidades-nativas-y-pueblos-indigenas-discusion-sobre-el-sujeto-de-derecho/>

Legislación nacional

- DS 008-2020-SA. Decreto Supremo que declara en Emergencia Sanitaria a nivel nacional por el plazo de noventa (90) días calendario y dicta medidas de prevención y control del COVID-19.
- DS 044-2020-PCM. Decreto Supremo que declara Estado de Emergencia Nacional por las graves circunstancias que afectan la vida de la Nación a consecuencia del brote del COVID-19.
- DS 080-2020-PCM. Decreto Supremo que aprueba la reanudación de actividades económicas en forma gradual y progresiva dentro del marco de la declaratoria de Emergencia Sanitaria Nacional por las graves circunstancias que afectan la vida de la Nación a consecuencia del COVID-19
- DL 1489. Decreto Legislativo que establece acciones para la protección de los pueblos indígenas u originarios en el marco de la emergencia sanitaria declarada por el COVID-19.
- OFICIO 059-2020-EF/10.01. Comunicado MINEM.
- RM 308-2020-MINSA. "Plan de intervención del Ministerio de Salud para Comunidades Indígenas y Centros Poblados Rurales de la Amazonía frente a la emergencia del COVID-19".
- RM 386-2020-MINSA. Aprueban Documento Técnico: Orientaciones para la Conformación y Funcionamiento del Comando COVID-19 Indígena a nivel regional.
- RM 451-2020-MINSA. Lineamientos para la Prevención de Infecciones Respiratorias y COVID-19 en zonas cercanas a población indígena en aislamiento y contacto inicial en el Perú, que forma parte integrante de la presente Resolución Ministerial.

PUEBLOS INDÍGENAS Y COVID-19 EN EL PERÚ: LA CRISIS SANITARIA Y LAS DEFICIENCIAS ESTRUCTURALES

Anexo 1: Viviendas con acceso a agua por distrito (porcentaje)

Departamento	Distrito	Población censada en comunidades nativas (2017)	Población >= 12 años autoidentificadas como indígena amazónica (2017)		Viviendas con acceso a agua (2017) (%)*		
			N°	%	Red pública	Pozo o manantial	Río, lago o acequia
Amazonas	Imaza	20 373	11 979	58.8	34.7	28.2	28.6
	Nieva	13 718	8708	63.5	17.2	41.4	32.4
	Río Santiago	13 356	7326	54.9	15.0	17.7	53.7
Cusco	Megantoni	4852	2889	59.5	13.5	46.3	7.8
Junín	Pangoa	16 691	8584	51.4	13.0	45.5	36.2
	Río Negro	11 882	3081	25.9	40.6	32.4	22.3
	Río Tambo	19 690	10 617	53.9	5.9	34.1	57.1
Pasco	Palcazú	4483	1827	40.8	12.7	25.0	45.9
	Puerto Bermúdez	10 434	6825	65.4	10.1	36.7	46.2
San Martín	Awajún	2937	1125	38,3	46.6	30.5	0.4
Ucayali	Iparia	8117	4338	53.4	6.3	30.9	59.1
	Raymondi	15 322	9955	65.0	2.1	22.4	67.0
	Sepahua	3183	2688	84.4	11.3	17.3	53.5
	Tahuania	6113	3300	54.0	1.2	24.6	71.9
Loreto	Balsapuerto	12 229	7100	58.1	2.5	24.5	72.8
	Nauta	6000	3263	54.4	0.0	13.7	77.1
	Trompeteros	7944	2479	31.2	2.9	25.5	34.6
	Urarinas	6431	2442	25.9	1.0	1.0	85.0
	Ramón Castilla	7422	3223	43.4	21.8	8.1	45.9
	Cahuapanas	6271	3461	55.2	0.2	36.6	62.5
	Andoas	11 347	4375	38.6	1.2	30.6	31.4

Fuente: MINSA (2019), elaboración propia.