

Sociológica México, Nueva época, año 37, número 106
julio-diciembre de 2022, pp. 263-282
Fecha de recepción: 09/02/21. Fecha de aceptación: 13/08/22

Morir en tiempos de Covid-19 en México. Efectos de la pandemia en las poblaciones indígenas

Dying in the Time of Covid-19 in Mexico.

The Effects of the Pandemic on Indigenous Populations

*Catherine Menkes Bancet**
*Itzel Adriana Sosa-Sánchez***

RESUMEN

México cuenta con una importante proporción de poblaciones indígenas que aunque no son un grupo homogéneo forman parte de los estratos más pobres, discriminados y desfavorecidos, y sus condiciones de vida se encuentran por debajo de los promedios nacionales y regionales. Usando la información del Sistema de Vigilancia Epidemiológica de Enfermedades Respiratorias Virales, se analizan los factores sociodemográficos y de salud asociados con las defunciones de los contagiados por Covid-19, poniendo énfasis en dicha población. Mediante un modelo de regresión logístico se identifican los factores asociados con las desigualdades estructurales que se encuentran entre los predictores más significativos asociados al riesgo de muerte por Covid-19 en el país, visibilizando la vulnerabilidad de sectores poblacionales especialmente marginados ante la epidemia.

PALABRAS CLAVE: indígenas, Covid, desigualdades sociales, salud, vulnerabilidad, mortalidad.

* Centro Regional de Investigaciones Multidisciplinarias, Universidad Nacional Autónoma de México. Correo electrónico: <shajor57@gmail.com>. ORCID: <0000-0002-8919-8476>.

** Centro Regional de Investigaciones Multidisciplinarias, Universidad Nacional Autónoma de México. Correo electrónico: <Itzela@correo.crim.unam.mx>. ORCID: <0000-0002-1223-0829>.

ABSTRACT

Mexico has a sizeable indigenous population, most of whom, although not a homogeneous group, are part of the poorest, most discriminated against, disadvantaged strata of society whose living conditions are below the national and regional average. The authors of this article use information from the Viral Respiratory Diseases Epidemiological Surveillance System to analyze the sociodemographic and health factors associated with the Covid-19-related deaths, looking particularly at this sector of the population. Using a logistical regression model, they identify the factors associated with structural inequalities found among the most significant predictors of death from Covid-19 in the country, showing up the vulnerability of those sectors of the population especially marginalized in the face of the pandemic.

KEY WORDS: indigenous, Covid, social inequalities, health, vulnerability, mortality.



INTRODUCCIÓN

México es un país multicultural que ocupa el octavo lugar entre los países con mayor número de pueblos indígenas en su territorio (INEGI, 2011; Freyermuth, 2016). Según datos de la *Encuesta Intercensal 2015*, 7.2 millones de mexicanas y mexicanos hablan una lengua indígena y poco menos de 25.7 millones (21.5 por ciento de la población nacional) se identifican como indígenas (Conapred, 2017). Aunque este grupo poblacional no es homogéneo, históricamente ha formado parte de los estratos más pobres, discriminados y desfavorecidos del país. Datos del Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social (Coneval) en México, para el periodo

2008 a 2018, indican que el 69.5 por ciento de la población indígena se encuentra en situación de pobreza¹ y 27.9 por ciento en pobreza extrema (Coneval, 2019). Cabe subrayar que la mayor parte de las poblaciones indígenas en situación de pobreza se concentra en localidades pequeñas, mayoritariamente rurales, donde este porcentaje alcanza el 78.7 por ciento (Coneval, 2019). Lo anterior nos lleva a reconocer que sus niveles de vida se encuentran por debajo de los promedios nacionales y regionales, y la precariedad en sus condiciones de vida ha sido sistemáticamente más profunda que en la población no indígena (Coneval, 2014 y 2019) y, en general, cuentan con un restringido acceso a los servicios de salud y a la seguridad social.²

Lo anterior responde a que, históricamente, México se ha caracterizado por su gran diversidad étnica y por las relaciones de dominación existentes entre los diversos grupos sociales y étnicos que lo conforman. Cabe resaltar que las relaciones interétnicas son relaciones sociales históricas de poder, es decir, de dominación política, control social y explotación económica. En la mayoría de los casos la existencia o la invención de una diferencia étnica permite justificar que esta relación social sea jerárquica y de explotación (Navarrete, 2004). De tal suerte que si en México la división jerárquica entre ricos y pobres puede ser explicada a partir de la división de las clases sociales propias del capitalismo,³ también es necesario destacar el carácter étnico-racial de dicha división.

La principal pregunta de este análisis fue saber si existen mayores comorbilidades y probabilidad de muerte en las poblaciones indígenas *versus* las poblaciones no indígenas contagiadas de Covid-19.

¹ Lo que contrasta con el 39 por ciento de la población no indígena en esta misma situación (Coneval, 2019).

² Es preciso indicar que sólo la carencia relativa al acceso a servicios de salud tiene una ligera incidencia mayor en la población no indígena con 16.3 por ciento respecto del 16.4 por ciento en la población indígena (Coneval, 2019).

³ Sin que esto implique no reconocer que el proceso de formación del modo de producción capitalista no ha estado ausente de violencias directas (Zamora, 2018).

OBJETIVO

Presentar los factores sociodemográficos y de salud asociados con las defunciones de los contagiados de Covid-19, poniendo especial énfasis en las poblaciones indígenas.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Mostrar la desigualdad en la mortalidad por Covid-19 según distintos factores sociodemográficos y de salud mediante el análisis estadístico de datos relevantes obtenidos de la información que proporciona la Secretaría de Salud.
2. Visibilizar el efecto de la pandemia de Covid-19 en México sobre las poblaciones indígenas.

MATERIAL Y MÉTODOS

Los datos que se analizan en el presente trabajo provienen de la información que proporciona en línea la Dirección General de Epidemiología de la Secretaría de Salud (Secretaría de Salud, 2020). Nuestra unidad de análisis son los contagiados por Covid-19.

En un primer momento se muestran las características sociodemográficas y de salud (consideradas como factores de riesgo ante la pandemia) de los contagiados de Covid-19 para conocer cómo se distribuye la población de estudio. Enseguida, se hace una comparación de dichas características entre la población indígena y la no indígena. Después se realiza un análisis bivariado, para saber si el porcentaje de defunciones de quienes presentan los factores de riesgo considerados es mayor que el porcentaje de muertes de aquellos que no los presentan. En la medida que ni el número de contagiados ni el de muertes son los mismos en todas las entidades federativas, también se muestran dos mapas en los que se presentan ambos eventos mencionados en los distintos estados de la República mexicana.

Finalmente, se estimó un modelo de regresión logístico binario, que permite establecer la relación entre las características sociodemográficas y de salud de los contagiados y la probabilidad de que fallezcan o no.⁴ En el modelo también se introducen todas las entidades federativas, pero agrupadas de acuerdo con el índice de marginación económica y social que establece el Consejo Nacional de Población (Conapo) (Conapo, 2015).

RESULTADOS

CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS Y DE SALUD DE LA POBLACIÓN CONTAGIADA DE COVID-19

Según las estimaciones oficiales de la Secretaría de Salud, hasta el 10 de agosto de 2020 se habían registrado 480,278 casos confirmados de personas que se contagiaron con el virus SARS-COV-2 y 52,298 muertes acumuladas (cuadro 1).

En el mismo cuadro se aprecia que en México –como en el mundo–, existe un mayor contagio en los hombres que en las mujeres (53 y 47 por ciento, respectivamente). Asimismo, la mayoría de contagiados de Covid-19 se encuentra entre la población de 31 a 59 años, el 60 por ciento; de 0 a 30 años, el 20.2 por ciento, y de la población de 60 años y más es de 19.8 por ciento.

Paralelamente, las enfermedades que más frecuentemente padecen los contagiados de Covid-19 son hipertensión (19.8 por ciento), obesidad (18.8 por ciento) y diabetes (16 por ciento). En el cuadro 1 se observa un menor porcentaje de contagiados hablantes de lengua indígena (1.1 por ciento) si se compara con el porcentaje de esta población que se ha esti-

⁴ En el modelo, la variable dependiente registra si el contagiado murió o no murió de Covid-19 y las variables independientes son las características sociodemográficas y de salud consideradas como factor de riesgo. Se trata de estimar los coeficientes que mejor se ajustan al modelo de regresión logística. Los coeficientes (razón de momios) se estiman dividiendo la probabilidad de que ocurra el evento (que mueran de Covid-19) entre la probabilidad de que no ocurra; estos coeficientes se calculan para cada una de las características consideradas.

mado en el país en su conjunto (6.1 por ciento). Ello puede deberse no sólo a la baja aplicación de pruebas de detección de Covid-19 que se realiza en México, sino también a que la pandemia todavía no ha llegado a las áreas más alejadas del país, que es donde reside buena parte de los indígenas. A esto se añade el posible subregistro de casos reportados en dicha población; con todo, como mostraremos más adelante, los hablantes de lengua indígena contagiados presentan mayor probabilidad de morir que la población no indígena.

Cuadro 1
CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS
Y DE SALUD DE PERSONAS CONTAGIADAS DE COVID-19.
DATOS ACTUALIZADOS AL 10 DE AGOSTO DE 2020

Características sociodemográficas	Frecuencia	Porcentaje
Sexo		
Mujeres	225,929	47.0
Hombres	254,349	53.0
Grupos de edad		
0 a 30 años	97,101	20.2
31 a 59 años	288,144	60.0
60 y más	94,958	19.8
Hablante de lengua indígena	5,019	1.1
Padecimientos		
Hipertensión	95,011	19.8
Obesidad	89,829	18.8
Diabetes	76,568	16.0
Tabaquismo	34,543	7.2
Asma	12,797	2.7
Enfermedad cardiovascular	10060	2.1
Renal crónica	9,461	2.0
EPOC	7,433	1.6
Inmunosupresores	5,662	1.2
Total de casos	480,278	100.0
Muerte por Covid-19	52,298	10.9

Fuente: Cálculos propios a partir de los datos de la Secretaría de Salud (2020), que informa de las 475 unidades monitoreadas de la enfermedad respiratoria viral.

CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS Y DE SALUD SEGÚN CONDICIÓN DE HABLA INDÍGENA DE LA POBLACIÓN CONTAGIADA DE COVID-19 (ANÁLISIS BIVARIADO)

En lo que se refiere a las características sociodemográficas y de salud según la condición de habla indígena de la población contagiada de Covid-19, al compararlas con las de la no indígena, se observa que en ambas el porcentaje de hombres contagiados es mayor que el de mujeres (cuadro 2). En cuanto a la edad, se aprecia que existe una mayor proporción de quienes tienen 60 años o más en los indígenas frente a los no indígenas (32.1 por ciento y 19.7 por ciento, respectivamente). Al respecto, existe una amplia literatura que muestra que las nuevas generaciones no tienden a aprender las lenguas indígenas, lo que muy probablemente explica que se trate de una población más vieja.

La segunda enfermedad más frecuente en los no indígenas es la obesidad (18.8 por ciento) y en el caso de los indígenas es la diabetes (22 por ciento). Resalta el hecho de que se presenta un mayor porcentaje en todos los padecimientos en los hablantes de lengua indígena frente a los no indígenas –salvo en el caso del tabaquismo y los inmunosupresores–.

Cabe señalar que se ha documentado que la salud de los indígenas se puede ver mermada a largo plazo, ya que dadas las condiciones precarias en las que nacen, no siempre tienen acceso a una alimentación nutritiva, equilibrada y completa, lo que les conlleva a un mayor riesgo de desarrollar distintas enfermedades crónico-degenerativas.

Cuadro 2
CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS Y DE SALUD DE
PERSONAS CONTAGIADAS DE COVID-19 SEGÚN CONDICIÓN DE HABLA INDÍGENA.
DATOS ACTUALIZADOS AL 10 DE AGOSTO DE 2020

Características sociodemográficas	No indígena Porcentaje	Indígena Porcentaje
Sexo		
Mujeres	47.1	40.5
Hombres	52.9	59.5
Grupos de edad		
0 a 30 años	20.2	13.8
31 a 59 años	60.1	54.1
60 y más	19.7	32.1
Padecimientos*		
Hipertensión	19.9	22.5
Obesidad	18.8	20.1
Diabetes	16.0	22.0
Tabaquismo	7.2	6.4
Asma	2.7	2.8
Enfermedad cardiovascular	2.1	2.3
Renal crónica	2.0	2.3
EPOC	1.5	3.8
Inmunosupresores	1.2	1.2
Muerte por Covid-19	10.9	17.1
Total de casos	461,076	5,019

* Hay que considerar que una persona puede sufrir al mismo tiempo distintos padecimientos.

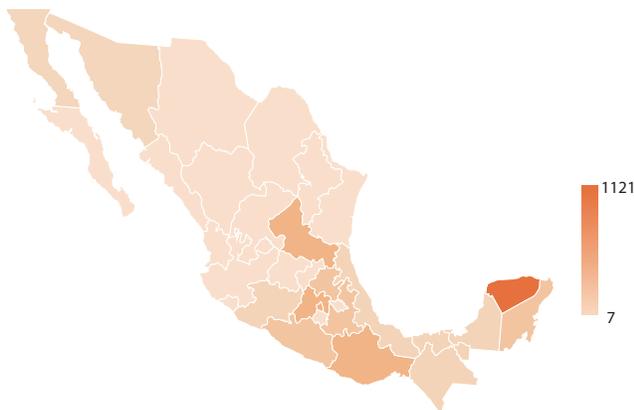
Fuente: Cálculos propios a partir de los datos de la Secretaría de Salud (2020), que informa de las 475 unidades monitoreadas de la enfermedad respiratoria viral.

*CONTAGIADOS DE COVID-19 Y DEFUNCIONES
EN LAS POBLACIONES INDÍGENAS
SEGÚN LAS DISTINTAS ENTIDADES FEDERATIVAS*

Respecto de la distribución de la población contagiada de Covid-19, resulta importante subrayar que los indígenas no son una población homogénea, por lo que se considera relevante revisar si la pandemia los afecta de manera diferenciada en las distintas entidades federativas. Como se aprecia en el mapa 1, existe una gran heterogeneidad en el número de casos de indígenas que se contagiaron con el virus SARS-CoV-2, según los distintos estados de residencia, cifra que va de 7 a 1,121 casos. El mayor número de indígenas contagiados se encontró en Yucatán, con 1,121 casos; le sigue Oaxaca, con 437; después el Estado de México, con 368; muy de cerca la Ciudad de México, con 333, y finalmente San Luis Potosí, con 322 casos. En el rango de 200 a 300 casos se encuentran Quintana Roo, Hidalgo, Guerrero y Puebla. En los demás estados el número de contagiados de población hablante de lengua indígena es de 200 casos (mapa 1).

Mapa 1

NÚMERO DE PERSONAS CONTAGIADAS DE LA POBLACIÓN INDÍGENA
POR ENTIDAD FEDERATIVA AL 30 DE AGOSTO DE 2020



Fuente: Cálculos propios a partir de los datos de la Secretaría de Salud (2020), que informa de las 475 unidades monitoreadas de la enfermedad respiratoria viral.

En lo que concierne a las defunciones causadas por Covid-19, según las distintas características sociodemográficas de la población indígena y no indígena (cuadro 3), se observa que los hombres presentan un porcentaje mayor (13.3 por ciento) que el de las mujeres (8.2 por ciento). De igual forma, mientras que el 32 por ciento de la población de 60 a 99 años contagiada murió, únicamente el 1 por ciento de la población menor de 30 años falleció. Los hablantes de lengua indígena también presentan un porcentaje mayor de defunciones que los no indígenas (17 por ciento y 10.9 por ciento, respectivamente).

En cuanto a las muertes según las distintas morbilidades que declaró tener la población contagiada de Covid-19, el mayor porcentaje se encuentra en los que padecían una enfermedad renal crónica (37.4 por ciento); EPOC (34 por ciento); alguna enfermedad cardiovascular (27.6 por ciento); diabetes (25.9 por ciento); hipertensión (24.1 por ciento), y tabaquismo (12.2 por ciento) (cuadro 3).

Cabe señalar que en todas las características sociodemográficas y de salud el porcentaje de defunciones de la población indígena es mayor que el de la no indígena.

Un dato relevante lo constituye el hecho de que una buena proporción de la población que está muriendo por Covid-19 es aquella ubicada en franjas etarias superiores a los 60 años, lo que para el caso de las poblaciones indígenas en México puede representar –como ha sido señalado por organismos como la Unesco– una merma importante de los hablantes de lenguas indígenas y de la diversidad lingüística que éstas implican (Unesco, 2020).⁵

⁵ Incluso se ha indicado que los últimos hablantes de algunas lenguas indígenas se ubican en el rango de población más vulnerable ante la actual epidemia de Covid-19 (Unesco, 2020).

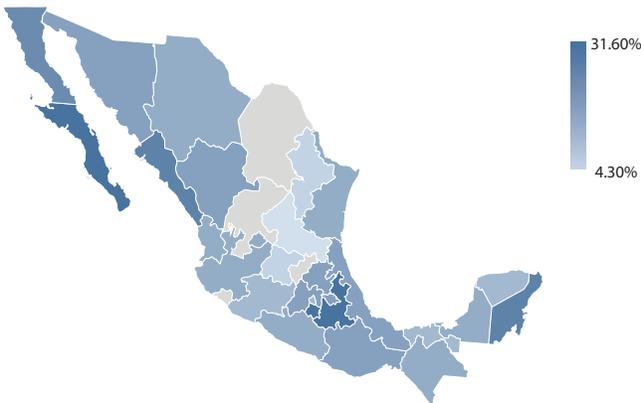
Cuadro 3
PORCENTAJE DE DEFUNCIONES DE PERSONAS QUE SE CONTAGIARON
DE COVID-19 SEGÚN SUS CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS Y DE SALUD.
DATOS ACTUALIZADOS AL 10 DE AGOSTO DE 2020

Características sociodemográficas	No indígenas	Sí indígenas	Total
Sexo			
Mujeres	8.2	14.1	8.2
Hombres	13.4	19.1	13.3
Grupos de edad			
0 a 30 años	1	2.2	1
31 a 59 años	7.3	10.8	7.2
60 a 99 años	32.2	34.1	32
Padecimientos			
No hipertensión	7.6	13.3	7.6
Sí hipertensión	24.2	29.9	24.1
No obesidad	10.1	16.0	10.1
Sí obesidad	14.3	21.0	14.3
No diabético	8.0	13.7	8.0
Sí diabético	26.1	28.7	25.9
No tabaquismo	10.8	16.9	10.8
Sí tabaquismo	12.3	18.6	12.2
No asma	11.0	16.8	10.9
Sí asma	8.4	23.9	8.4
No enfermedad cardiovascular	10.5	16.5	10.5
Sí enfermedad cardiovascular	27.7	35.1	27.6
No renal crónica	10.2	16.5	10.3
Sí renal crónica	37.8	38.9	37.4
No EPOC	10.4	16.2	10.5
Sí EPOC	34.3	35.6	34.0
No inmunosupresores	10.7	16.8	10.7
Sí inmunosupresores	24.3	32.3	24.2
Porcentaje total de defunciones	10.9	17	10.9

Fuente: Cálculos propios a partir de los datos de la Secretaría de Salud (2020), que informa de las 475 unidades monitoreadas de la enfermedad respiratoria viral.

En lo que se refiere a la distribución de la población que murió por Covid-19 en las distintas entidades federativas de México, en el mapa 2 se aprecia que la mayor proporción de la población indígena ocurrió en Morelos (31.6 por ciento) y en Puebla (31.4 por ciento). Los estados que presentan una proporción de defunciones de indígenas que va del 20 al 30 por ciento son Baja California, Baja California Sur, Quintana Roo, Sinaloa, Oaxaca, Tlaxcala, Estado de México, Veracruz e Hidalgo. Cabe mencionar que, con excepción de San Luis Potosí, todas las entidades federativas presentan un porcentaje de defunciones de indígenas significativamente mayor al de los no indígenas.

Mapa 2
PORCENTAJE DE MUERTES DE INDÍGENAS CONTAGIADOS DE COVID-19
SEGÚN ENTIDAD FEDERATIVA DE RESIDENCIA.
DATOS ACTUALIZADOS AL 30 DE AGOSTO DE 2020



Fuente: Cálculos propios a partir de los datos de la Secretaría de Salud (2020), que informa de las 475 unidades monitoreadas de la enfermedad respiratoria viral.

*FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS
A LA MUERTE POR COVID-19
(REGRESIÓN LOGÍSTICA)*

La ventaja de estimar el riesgo de morir mediante un modelo de regresión logística (cuadro 4) consiste en poder aislar el efecto de cada factor asociado a la muerte por Covid-19, dado que, por ejemplo, la relación directa entre un mayor porcentaje de defunciones por esta enfermedad en las personas que sufren hipertensión, podría deberse a que frecuentemente la hipertensión es más prevalente entre la gente de más edad y, por lo tanto, la causante de la mayor mortalidad podría ser la edad y no el padecimiento mismo. Así, según el modelo, el riesgo de morir por Covid-19 –de la población que adquirió el virus–, se incrementa, sin lugar a dudas, con distintas enfermedades –la mayoría crónico-degenerativas–. Por ejemplo, el riesgo de morir es 90 por ciento mayor si el contagiado tiene diabetes, en comparación con los no diabéticos que también se contagiaron; asimismo, se incrementa 74 por ciento la posibilidad de morir de quienes se encontraban tomando algún medicamento inmunosupresor; 33 por ciento en las personas con obesidad; 51 por ciento en aquellos que sufren hipertensión y, finalmente, 36 por ciento para los que padecen EPOC. Además, cabe señalar que se multiplica en 2.12 veces para los que presentan alguna enfermedad renal crónica.

Indudablemente, estos resultados constituyen una llamada de atención respecto de nuestros hábitos cotidianos, que llevan a padecer este tipo de enfermedades, las cuales se asocian estrechamente con la mayor mortalidad de quienes adquirieron Covid-19. Existe una amplia literatura que muestra que el paso de la salud a la enfermedad y a la muerte es un largo proceso cuando se tiene este tipo de padecimientos (Caldwell, 2006). Frecuentemente estos males son, a su vez, producto de hábitos relacionados con el exceso de grasas, azúcar, sal o tabaco; sin embargo, el hecho de que la muerte por Covid-19 esté estrechamente relacionada con estas prácticas alimenticias tan dañinas para la salud, puede llevar a la población a

cuestionar y reflexionar acerca de las mismas. En un marco más amplio, estos resultados también permitirían recapacitar sobre el consumo generalizado de la comida chatarra, así como del proceso de *macdonalización* que ha alcanzado a gran parte de la población mexicana y mundial (Chávez, 2013).

El modelo de regresión logística muestra que el mayor riesgo de muerte por Covid-19 se asocia con la edad. Así, el riesgo de defunción de la población contagiada se multiplica por 23.94 en la población de 60 o más años, y por 4.69 en la de 31 a 59 años, si se compara con el que tiene la población de 0 a 30 años. Asimismo, ser hombre lo aumenta en 86 por ciento ante el que enfrentan las mujeres.

Es preciso mencionar que para controlar también por el nivel de marginación en la entidad donde reside la población analizada se introdujo en el modelo de regresión a las 32 entidades de la República, agrupadas según los distintos grados de marginación considerados por el Consejo Nacional de Población (Conapo, 2015).

Se observa que en las entidades de muy alta marginación económica y social la posibilidad de morir es 47 por ciento mayor que en las de muy baja marginación. Asimismo, aumenta en 22 por ciento la muerte por Covid-19 en el estrato de baja marginación frente al de muy baja. En los demás niveles no se observan diferencias estadísticamente significativas, probablemente por el reducido número de contagiados en ciertos estados del país.

Un dato alarmante es que el modelo también indica que más allá de las enfermedades asociadas a la muerte por Covid-19 y del sexo o de la edad –manteniendo constantes todas estas variables–, el mero hecho de ser indígena lleva a una posibilidad de morir 49 por ciento mayor que al no ser indígena. Los datos sugieren que el rezago económico y social que sufren los hablantes de lenguas indígenas en el país, los hace aún más vulnerables ante las pandemias, no sólo por la falta de acceso a las instituciones de salud, sino también por la calidad de la atención y, probablemente, debido a todo tipo de discriminaciones a las que se enfrentan por parte del personal de salud.

Cuadro 4
FACTORES SOCIODEMOGRÁFICOS Y DE SALUD ASOCIADOS A LAS MUERTES
POR COVID-19 DE LOS CONTAGIADOS.
DATOS ACTUALIZADOS AL 10 DE AGOSTO 2020

	Significación	Exponencial (B)
No indígena (referencia)		1
Indígena	.000	1.49
No diabético (referencia)		1.00
Sí diabético	.000	1.90
Sin EPOC (referencia)		1
Con EPOC	.001	1.36
No inmonosupresor (referencia)		1
Sí inmonosupresor	.000	1.74
No hipertensión (referencia)		1
Sí hipertensión	.000	1.51
No obesidad (referencia)		1
Sí obesidad	.000	1.33
No renal crónica (referencia)		1
Sí renal crónica	.000	2.12
0 a 30 años (referencia)		1
31 a 59 años (referencia)	.000	4.69
60 a 99 años	.000	23.94
Mujer (referencia)		1
Hombre	.000	1.86
Muy bajo		
Bajo	.000	1.22
Medio	.265	1.02
Alto	.688	1.01
Muy alto	.000	1.47
Entidad de residencia	.000	1.01
Constante	.000	0.00

Nota: El tabaquismo y el asma no resultaron ser estadísticamente significativos en este modelo de regresión logística.

Fuente: Cálculos propios a partir de los datos de la Secretaría de Salud (2020), que informa de las 475 unidades monitoreadas de la enfermedad respiratoria viral.

REFLEXIONES FINALES

La pandemia de Covid-19 trajo consigo dimensiones trágicas y ha expuesto de una manera cruda el impacto de diversas violencias histórico-estructurales⁶ en la población mexicana y mundial, lo que, como hemos observado en este documento, se manifiesta de manera específica en las comunidades indígenas. Los resultados muestran claramente que las poblaciones indígenas contagiadas por el virus no sólo presentan más comorbilidades asociadas a las defunciones por Covid-19, sino también una mayor probabilidad de muerte si se les compara con los de la población no indígena, por lo que no resulta casual que sean particularmente vulnerables ante esta contingencia. El panorama de condiciones materiales y acceso al bienestar, ya de por sí precario de estas comunidades en México, se ve agudizado en situaciones de desastre natural o de emergencia –como es el caso de la pandemia de SARS-CoV-2–. Resulta importante señalar que la actual situación representa una grave amenaza para la salud de los pueblos indígenas de todo el mundo debido a que en general experimentan un acceso deficiente a la atención sanitaria, tasas significativamente más elevadas de enfermedades transmisibles y no transmisibles, a servicios esenciales en la vivienda como la disponibilidad de agua potable. A esto se añade que en estas poblaciones tiende a concentrarse una morbi-mortalidad asociada a padecimientos prevenibles (Freymuth, 2016; OMS, 2001; Coneval, 2019), y en el caso de existir instalaciones médicas locales cercanas, éstas suelen

⁶ A efectos de este trabajo, entendemos la violencia estructural como aquella generada por el “conjunto de estructuras que impiden satisfacer las necesidades elementales y provocan su negación” en individuos y grupos sociales (Zamora, 2018: 27). El concepto de violencia estructural es un modo de describir los arreglos sociales que impactan negativamente a los individuos y grupos sociales. Estos arreglos son estructurales debido a que forman parte de la organización política y social del mundo, y son violencia porque le causan daño a la gente (Farmer *et al.*, 2006).

estar mal equipadas y carecer de personal (OMS, 2001; Freyermuth, 2016; Farmer *et al.*, 2006).⁷

Incluso en el caso de que la población indígena logre acceder a los servicios de salud, adicionalmente puede enfrentarse a barreras lingüísticas y culturales, así como a prácticas de segregación, discriminación contra los pacientes pertenecientes a estas minorías (OMS, 2001), que reflejan situaciones altamente normalizadas y extendidas en la sociedad en general y que pueden expresarse en las interacciones establecidas entre la población indígena y el personal de salud (Farmer *et al.*, 2006).

Lo antes mencionado permite suponer que la combinación de exclusión social y precariedad sociohistórica acrecienta la vulnerabilidad de esta población ante la pandemia y, paralelamente, esto nos lleva a visibilizar y problematizar el significado de ser “indígena” como factor de riesgo en la contingencia sanitaria. Este riesgo no es producido, como a veces suele presentarse en los discursos hegemónicos, por cuestiones inherentes a esta población sino como resultado de procesos histórico-sociales de exclusión, marginación y racismo de carácter estructural que nos obligan a plantear la pregunta: ¿hasta qué punto una buena proporción de las muertes por Covid-19 acaecidas entre la población indígena hubieran podido ser prevenidas con atención oportuna y de calidad?

Las políticas públicas actuales que buscan enfocarse en alcanzar un Estado de bienestar y combatir la desigualdad, constituyen una base fundamental para mejorar las precarias condiciones sociales y de salud de la población indígena en nuestro país, precariedad que se ve agudizada por la persistencia de prácticas e imaginarios racistas prevalecientes en la sociedad mexicana. En paralelo, al tratarse de una población cuya problemática se sitúa en un marco de desigualdades

⁷ Por ejemplo, pese a que en el sexenio pasado la población indígena en México tuvo una fuerte afiliación a los servicios de salud, en particular al Seguro Popular, esto no necesariamente ha significado su acceso efectivo y la garantía de capacidad resolutoria de estos servicios ante sus necesidades en salud dado los pocos recursos asignados a los servicios destinados a atender a los indígenas en México (Freyermuth, 2016).

histórico-estructurales y sobre la cual se han ejercido diversas violencias estructurales –las cuales muchas veces tienden a acumularse–, reconocer que aún hace falta un largo camino por recorrer, tiempo que, al parecer, la actual pandemia de Covid-19, no está dispuesta a darnos.

En este sentido, los resultados urgen a implementar una política efectiva y focalizada para combatir las condiciones sistémicas-estructurales que históricamente han fragilizado a la población indígena en el largo plazo, lo que también debería incluir el desmantelamiento de las estructuras racistas prevalecientes en la sociedad mexicana. Dentro de la inmediatez de la presente contingencia un elemento inaplazable para mejorar la atención brindada a la población indígena en México consistiría, por ejemplo, en asegurar que en los servicios de salud se preste la atención en lenguas indígenas y, según sea el caso, en función de la situación particular de las comunidades. Igualmente, en lo inmediato, es imprescindible generar políticas públicas que garanticen el acceso de la población indígena a servicios de salud de calidad y a los apoyos necesarios para sortear de la mejor manera posible los efectos de la pandemia, sin olvidar, claro está, que en un futuro la lucha por su inclusión con plena justicia social y respeto a sus culturas nos hará dignos a todos.

BIBLIOGRAFÍA

- CALDWELL, John (2006). “Demographers and the Study of Mortality: Scope, Perspectives, and Theory”, *Annals of the New York Academy of Sciences* 954 (1): 19-34. Nueva York: The New York Academy of Sciences.
- CHÁVEZ, Olivia, Óscar Humberto y Socorro Frago Díaz (2013). “Consumo de comida rápida y obesidad, el poder de la buena alimentación en la salud”, *RIDE Revista Iberoamericana para la Investigación y el Desarrollo Educativo* 4 (7): 176-199. Jalisco: Centro de Estudios e Investigaciones para el Desarrollo Docente (CENID).

- CONAPO (Consejo Nacional de Población) (2015). Índice de marginación por entidad federativa y municipio 2015. Disponible en: <<https://www.gob.mx/conapo/documentos/indice-de-marginacion-por-entidad-federativa-y-municipio-2015>>. [Consulta: 15 de junio de 2020].
- CONAPRED (Consejo Nacional para Prevenir la Discriminación) (2017). *Pueblos indígenas. Ficha temática*. Ciudad de México: Conapred.
- CONEVAL (Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social) (2014). *La pobreza en la población indígena de México 2012*. Ciudad de México: Coneval.
- CONEVAL (Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social) (2019). *La pobreza en la población indígena de México*. México: Coneval.
- FARMER, Paul, Bruce Nizeye, Sara Stulac y Salmaan Keshavjee (2006). "Structural Violence and Clinical Medicine", *PLOS Medicine* 3 (10): e449, 1686-1691. California: PLOS.
- FREYERMUTH, Graciela (2016). *El derecho a la protección de la salud de las mujeres indígenas en México. Análisis nacional y de casos desde una perspectiva de derechos humanos*. Ciudad de México: Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social (CIESAS).
- INEGI (Instituto Nacional de Estadística y Geografía) (2011). *Mujeres y hombres en México*. Ciudad de México: INEGI.
- INEGI (Instituto Nacional de Estadística y Geografía) (2015). *Encuesta Intercensal*. Ciudad de México: INEGI.
- MORENO, Mónica (2008). "Negociando la pertenencia. Familia y mestizaje en México". En *Raza, etnicidad y sexualidades. Ciudadanía y multiculturalismo en América Latina*, editado por Peter Wade, Fernando Urrea y Mara Viveros, 403-429. Bogotá: Centro de Estudios Sociales, Universidad Nacional de Colombia.
- NAVARRETE, Federico (2004). *Las relaciones interétnicas en México*. Ciudad de México: Universidad Nacional Autónoma de México.

- OMS (Organización Mundial de la Salud) (2001). *Conferencia mundial contra el racismo, la discriminación racial, la xenofobia y las formas conexas de intolerancia*. Serie de publicaciones sobre salud y derechos humanos, vol. 2. Washington: Organización Mundial de la Salud.
- SECRETARÍA DE SALUD, Dirección General de Epidemiología (2020). Sistema de Vigilancia Epidemiológica de la Enfermedad Respiratoria Viral. Ciudad de México. Disponible en: <<https://www.gob.mx/salud/documentos/datos-abiertos-152127>>. [Consulta: agosto de 2020].
- UNESCO (Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura) (2020). *Pueblos indígenas y COVID-19: una mirada desde México*. Disponible en: <<https://es.unesco.org/news/pueblos-indigenas-y-covid-19-mirada-mexico#:~:text=La%20pandemia%20provocada%20por%20COVID,un%20fuerte%20impacto%20en%20M%C3%A9xico.&text=Hasta%20el%2027%20de%20julio,lengua%20ind%C3%ADgena%2C%20y%20719%20defunciones>>. [Consulta: 7 de diciembre de 2020].
- ZAMORA ZARAGOZA, José Antonio (2018). "La violencia estructural: defensa de un concepto cuestionado", *Acontecimiento* 127: 24-28. Madrid: Instituto Emmanuel Mounier.