

Vulnerabilidad estructural de los pueblos indígenas ante el COVID-19[#]

Renata Cortez-Gómez¹, Rubén Muñoz-Martínez², Patricia Ponce-Jiménez³

¹Investigadora independiente, Red COVID-19 Social Science LA Initiative

²Profesor-Investigador, Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social

³Profesora-Investigadora, Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social

Resumen: Datos recientes demuestran que la letalidad por Covid-19 en la población indígena es mayor que en la población general en México. En este artículo se analiza la vulnerabilidad estructural de los pueblos indígenas al Covid-19 a partir de dos ejes: a) la violencia estructural y el racismo institucional y b) Las manifestaciones culturales ante el Covid-19 en los pueblos indígenas. Ambos procesos los exponen al virus e inciden en una atención tardía e inadecuada de la infección, lo cual demuestra que su derecho a la salud no se ha hecho efectivo pese a estar garantizado por las leyes mexicanas.

Palabras clave: Covid-19, pueblos indígenas, vulnerabilidad estructural.

Introducción

Los datos actuales sobre el impacto del Covid-19 en la población indígena demuestran inequidades significativas respecto a la población general. La letalidad en la población indígena (18.8%) fue mucho más elevada que la registrada en la población general (11.8%) e incluso se duplica en ciertas comorbilidades.¹ En este artículo se analiza la vulnerabilidad estructural de los pueblos indígenas de México al Covid-19, entendiendo el concepto como la intersección entre la vulnerabilidad social, los determinantes de la salud y la violencia estructural.² Esta última, coloca a la afectación por factores estructurales como eje de partida en el análisis de los procesos que exponen a la infección por SARS-COV-2 y a la exclusión y/o inequidad en el acceso a la detección, en la atención médica y en el seguimiento oportuno.

Entendemos por factores estructurales aquellas fuerzas sistémicas que participan en la reproducción de la estructura social organizando sus relaciones sociales y sus inequidades en un contexto dado. Por ejemplo, el sistema económico o las ideologías dominantes conformadas históricamente, como el racismo, que distribuyen los recursos materiales y simbólicos a los que pueden acceder las personas en función de la posición que ocupan en una sociedad concreta.

Desde nuestro punto de vista, los pueblos indígenas experimentan el impacto de factores estructurales

que determinan su afectación diferenciada, respecto a la población general, al COVID-19, pero también participan de dicha vulnerabilidad a partir de las inequidades existentes al interior de sus comunidades y reproducidas mediante prácticas culturales.

Desde esta perspectiva, nos referiremos a dos ejes de análisis que explican los datos epidemiológicos señalados: a) la violencia estructural y el racismo institucional y b) Las manifestaciones culturales ante el COVID-19 en los pueblos indígenas.

Violencia estructural y racismo institucional

La violencia estructural es entendida como la violencia invisible que, a partir de procesos de estratificación social, daña la satisfacción de las necesidades básicas de un grupo social, por ejemplo, el acceso a servicios de salud. Esta violencia nos remite a la existencia de un conflicto entre grupos de una sociedad y a su resolución favoreciendo a una de las partes,³ en este caso la población blanca-mestiza, en perjuicio de la otra, la población indígena.

El racismo sería la forma cultural/ideológica que justifica el acceso inequitativo de los pueblos indígenas a dichos recursos a partir de:

- a) la no existencia de programas o recursos de salud específicos, por ejemplo, traductores/intérpretes lingüísticos y culturales;

[#] El contenido de los artículos es responsabilidad de sus autores y no necesariamente reflejan la postura de la Facultad de Medicina.

- b) las dificultades para el acceso a las instituciones de salud en función de su distribución, como es el caso de los hospitales concentrados en las ciudades, olvidando las zonas rurales e indígenas;
- c) la discriminación del personal de salud a las y los usuarios por su condición étnica basada en estereotipos, tales como los indígenas desconfían de los médicos y solo creen en curanderos, son ignorantes, no entienden lo que se les explica, etc. Esta forma de discriminación se puede articular con otras como la ejercida por la condición de salud, como sucede en algunas personas indígenas con VIH⁴ o con Covid-19.⁵

Ubiquemos los procesos anteriores en la historia.

A principios del siglo XX, en el discurso del Estado mexicano las raíces indígenas jugaron un papel importante en la construcción de la identidad nacional; sin embargo, hasta años recientes, nunca hubo políticas de salud específicas para los pueblos indígenas, siendo incluidos en programas dirigidos a “población sin capacidad contributiva” o “pobre”. La perspectiva política dominante era el denominado como “asimilacionismo”, esto es, reconocer a un solo tipo de ciudadano de derecho blanco-mestizo eliminando las especificidades socioculturales de los indígenas a partir de su obligatoria asimilación a este esquema.

Fue hasta el año 2006 que la “Ley General de Salud” se modificó para adicionar artículos que tienen que ver con la atención de este sector de la población y el reconocimiento de la Medicina Tradicional como un modelo de salud. En adelante se hará promoción de la perspectiva intercultural, que implica, al menos en la teoría, contratar traductores bilingües en los centros de atención y capacitar al personal de salud en competencias interculturales.

La exclusión del desarrollo nacional que históricamente han experimentado los pueblos indígenas forma parte de la vulnerabilidad estructural que ha ocasionado mayores tasas de mortalidad en edad productiva (15 a 49 años) entre los municipios con 70% o más de hablantes de lengua indígena (HLI), que entre los municipios con menor o nula presencia de HLI, como ha demostrado Freyermuth en tres de los estados con mayor proporción de HLI.⁶

La vulnerabilidad estructural también se refleja en la tasa de recursos de atención para la salud. Mientras que en los municipios indígenas la tasa de camas de hospitalización es de 31.31, para la población general es de 74.61; otro ejemplo a destacar es que la tasa de médicos generales y especialistas en unidades médicas de municipios de población indígena es de 86.16 y entre la población general asciende a 133.32.⁶

Cabe mencionar que la migración regional, nacional o internacional es un proceso frecuente en la población indígena de México. La migración involucra formas de vulnerabilidad estructural a la salud al realizarse en condiciones de gran precariedad sin acceso a las medidas de prevención, como el aislamiento o la “sana distancia” cuando se vive en viviendas hacinadas o se experimenta una detención de las autoridades migratorias, o a los sistemas formales de salud, en el caso de la migración internacional.⁷

A su vez, el seguimiento de problemas de salud previos es complicado ya que ni las/los migrantes ni los profesionales de la salud disponen de sus historiales médicos al cambiar de centro y/o sistemas de salud. Cabe subrayar que, si bien la migración económica también se da en otros sectores desfavorecidos de la población mexicana, en el caso de la población indígena tiene las características de realizarse en el contexto de exclusión al sistema educativo, al mercado laboral y a un sistema de salud adecuado, lo cual determina los tipos de trabajo que realizan, sus condiciones de residencia, su salud o sus estilos de vida.

En el contexto del impacto de la pandemia del COVID-19 en los pueblos indígenas, ha existido una respuesta de los tomadores de decisiones, sin embargo, esta fue tardía. Ante la falta de información sobre el COVID-19 en lenguas indígenas, a principios de abril cinco integrantes de pueblos tseltal, tsotsil, zoque y chol llevaron a cabo un amparo, contra el gobierno federal y de Chiapas, lo cual provocó que una jueza federal obligase a estos gobiernos a realizar acciones de difusión masiva lingüísticamente adecuadas para la prevención del Covid-19 entre los pueblos indígenas.⁸

Una semana después, el Instituto Nacional de Lenguas Indígenas publicó en su página web estrategias preventivas, por ejemplo, audios, carteles y trípticos que explican qué es el COVID-19 y cómo prevenirlo;⁹ y hasta la segunda quincena del mes de mayo de 2020, se hizo pública la “*Guía para la Atención de Pueblos y Comunidades Indígenas y Afromexicanas ante la emergencia sanitaria generada por el virus SARS-CoV-2 (COVID-19)*” en 42 lenguas.¹⁰

Estas estrategias presentan algunas limitaciones: por ejemplo, en México oficialmente se hablan 68 lenguas, es decir, se excluye a varias de ellas. Otra es que para escuchar los audios requieren tener acceso a una radio, a la red de telefonía o internet, de lo cual carece gran parte de la población indígena en México, ya sea porque no cuentan con los servicios o porque son costosos. Los carteles y trípticos requieren que los usuarios sepan leer, lo cual es posible entre los hombres indígenas jóvenes, no así los adultos mayores y mujeres debido al rezago educativo.¹¹ Así mismo, las medidas de higiene recomendadas requieren el uso constante de agua, cuando más del 40% de la población indígena en México carece de servicios básicos en la vivienda como agua potable.¹¹

La dilación de las estrategias de prevención adecuadas y la desigual difusión tuvo como consecuencia el desconocimiento de la enfermedad, originando brotes comunitarios en los meses de abril y mayo de 2020 que, si bien han sido atendidos para evitar la propagación,⁵ han ocasionado muertes lamentables.

Se han documentado algunos episodios de discriminación por la condición de salud hacia personas indígenas de parte del personal médico. Por ejemplo, a finales de abril en Chiapas, un médico del hospital COVID de la capital del estado grabó un audio que circulaba en redes sociales, en el que denunciaba que un paciente “se había escapado”, alertando a la población que tuviera cuidado porque había dado positivo a la prueba de PCR, y podía contagiarlos. El médico dio a conocer el nombre y otros datos del paciente de origen ch’ol.¹² La ruptura de la confidencialidad es una violación a los derechos de las y los usuarios y, al igual que sucede con el VIH u otras infecciones o enfermedades de alta estigmatización, corren el riesgo de ser doblemente discriminados:

por ser indígenas y por padecer COVID-19. Ello también es un reflejo de la criminalización por la condición de salud.¹³

Otro problema que enfrentan es la ausencia de traductores de lenguas indígenas en los centros de segundo y tercer nivel de atención, que son los adecuados para hospitalizar a pacientes con COVID-19, y lo lejos que están de sus comunidades de residencia.

Las manifestaciones culturales ante el COVID-19 en los pueblos indígenas

La llegada tardía e insuficiente de medidas estratégicas de prevención con información lingüística y culturalmente adecuada sobre el COVID-19, la desconfianza hacia el sector salud y la falta de consulta a los pueblos indígenas en el diseño y la toma de decisiones sobre las medidas sanitarias, produce ideas erróneas respecto a la prevención y la atención de la epidemia, y genera escenarios de conflicto que los vulneran. Un ejemplo de ello es la oposición en diversos municipios indígenas de Chiapas y Oaxaca a las labores de sanitización contra el COVID-19 y a las de fumigación contra el mosquito transmisor del dengue, por lo que se han suspendido⁵ y ahora están en riesgo de enfermar por ambas causas.

El desconocimiento del sector salud, de la población blanca-mestiza y de los medios de comunicación de los significados culturales que los pueblos indígenas atribuyen a ciertas prácticas puede provocar representaciones discriminatorias y de criminalización sobre ellos, reactualizando imaginarios racistas, todos ellos violatorios de derechos humanos y constitucionales. Un ejemplo es el uso de recursos tradicionales para garantizar protección o atención frente a las enfermedades y asegurar las cosechas. Con este objetivo, algunos grupos indígenas, durante la jornada nacional de sana distancia, celebraron rituales multitudinarios que fueron calificados por los medios de comunicación como desafiantes a las medidas de salud pública recomendadas.⁵

Por último, algunos pueblos indígenas han hecho llamadas a “su medicina tradicional” para hacer frente a la epidemia. Esta respuesta forma parte de recursos culturales que tienen que ver con la enfermedad y con otros aspectos de su vida comunitaria, y

es una estrategia que se desarrolla ante el contexto actual de marginación de las instituciones de salud.

El derecho a la salud de los pueblos indígenas está establecido en el artículo 4° de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos y en el artículo 6° de la Ley General de Salud, así como en instrumentos internacionales, como el convenio 169 de la Organización Internacional del Trabajo, y la Declaración de las Naciones Unidas sobre los derechos de los pueblos indígenas. Pese a que es obligación del Estado mexicano, todavía no se ha garantizado su cumplimiento, como hemos visto en este artículo, lo cual tiene efectos en forma de vulneración estructural a la exposición e inadecuada atención del COVID-19.

Referencias

- Muñoz-Torres, A.V., Bravo-García, E. y Magis-Rodríguez, C. (2020). Letalidad por COVID-19 en la población indígena de México. *Boletín COVID-19; Salud Pública y Epidemiología*. 2020; 1(5): 9-11. Disponible en: <https://buff.ly/30PcC2x>.
- Quesada J, Hart LK, Bourgois P. Structural Vulnerability and Health: Latino Migrant Laborers in the United States. *Med Anthropol*. 2011;30(4):339-62. Disponible en: <https://buff.ly/39rTPOs>.
- Farmer P. On Suffering and Structural Violence: A View from Below. *Race/Ethnicity: Multidisciplinary Global Contexts*. 2009;3(1):11-28. Disponible en: <https://buff.ly/3hucZ9o>.
- Muñoz Martínez R. Atención médica, adherencia terapéutica al tratamiento antirretroviral y discriminación: algunas problemáticas en la atención a personas que viven con VIH-Sida, desde una perspectiva antropológica. *Revista Pueblos y fronteras digital*. 2014;9(17):95-115. Disponible en: <https://buff.ly/30IutYO>.
- Muñoz Martínez R, Cortez Gómez R. Impacto social y epidemiológico del COVID-19 en los pueblos indígenas de México. *Debates indígenas*, publicado el 01 de julio de 2020. Disponible en: <https://buff.ly/3fW8Jix>.
- Freyermuth G. Mortalidad en poblaciones indígenas desde los determinantes sociales y violencia estructural. En: Freyermuth G, editor. *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*. México: Comisión Nacional de Derechos Humanos. CIESAS; 2017. p. 23-48. Disponible en: <https://buff.ly/3g2EOx9>.
- El Centro de Derechos Humanos de la Montaña Tlachinollan ha denunciado en su página web que, hasta el mes de mayo, al menos 30 mixtecos de Guerrero habían fallecido en la ciudad de Nueva York por la falta de seguro médico que les impidió buscar atención cuando enfermaron de Covid-19. Disponible en: <https://buff.ly/32WLDVk>.
- Sin Embargo (2020). Pueblos ganan amparo que obliga al Gobierno a difundir información de COVID-19 en lenguas indígenas. Sin Embargo (08 de abril). Disponible en: <https://buff.ly/30OnVIg>.
- Instituto Nacional de Lenguas Indígenas. Materiales en lenguas indígenas para prevenir el coronavirus COVID-19: INAL; 2020. Disponible en: <https://buff.ly/2XdS57H>.
- Instituto Nacional de los Pueblos Indígenas. Guía para la Atención de Pueblos y Comunidades Indígenas y Afromexicanas ante la emergencia sanitaria generada por el virus SARSCoV-2 (COVID-19) México: INPI; 2020. Disponible en: <https://buff.ly/3eXBJVX>.
- Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social (2019). *La pobreza en la población indígena de México, 2008-2018*. Consultado el 04 de mayo de 2020. Disponible en: <https://buff.ly/30LSHBA>.
- Cortez, Renata. Monitoreo de redes sociales, trabajo de campo del 16 de marzo al 30 de junio de 2020, proyecto "Covid-19 y pueblos indígenas en México", Red COVID-19 Social Science LA Initiative.
- En once entidades federativas del país se están utilizando los códigos penales para criminalizar el "riesgo o peligro de contagio" del COVID-19 imponiendo multas y encarcelamientos. En los estados de Querétaro, Puebla y Nuevo León ya se hicieron reformas a la Ley con el mismo fin. Frente a ello, la Red de Organizaciones Mexicanas contra la Criminalización del VIH ha desarrollado una estrategia de cabildeo con los respectivos gobernadores, congresos y comisiones estatales de los derechos humanos y por el otro, ha solicitado a la CNDH sea interpuesta una acción de inconstitucionalidad a fin de evitar vulnerar los derechos humanos y contravenir el derecho a la igualdad y la no discriminación contenido en el artículo 1, párrafos primero y quinto, así como el derecho a la protección a la salud previsto en el artículo 4° de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos y por los tratados internacionales sobre la materia de los que el Estado Mexicano forma parte.