

Los efectos de la pandemia en comunidades indígenas de México

Francis Mestries Benquet*

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA METROPOLITANA. UNIDAD AZCAPOTZALCO

RESUMEN: *Los grupos indígenas padecen de graves rezagos en sus mínimos de bienestar, debido a sus escasos ingresos y a coberturas sociales deficientes, lo que se tradujo en una mayor tasa de letalidad de la pandemia, aun cuando el contagio ha sido menor que en la población urbana debido a su menor comunicación, su dispersión y su menor movilidad. Sin embargo, las representaciones sociales de los indígenas sobre el COVID-19 y su marginación y desconfianza hacia el gobierno los llevaron a una percepción social del riesgo que subestimó su gravedad. Por lo demás, su resiliencia a la pandemia se manifestó mediante el uso de la medicina tradicional y los cordones sanitarios alrededor de sus comunidades para controlar la llegada de fuereños. Estos temas se desarrollan en el trabajo en cinco tópicos: los efectos de la pandemia en la población indígena, sus riesgos y vulnerabilidad, los migrantes indígenas retornados y la pandemia, percepción social del riesgo, y resiliencia de los pueblos indígenas.*

PALABRAS CLAVE: *riesgo y amenaza, vulnerabilidad, representación social, percepción social, resiliencia.*

Pandemic effects in indian communities in Mexico

ABSTRACT: *Indigenous groups suffer from serious lags in their minimum well-being, due to their low income and deficient social coverage, which translated into a higher fatality rate from the pandemic, even though the contagion has been less than in the urban population due to their lesser*

* frimestries@gmail.com

Fecha de recepción: 16 de noviembre de 2022 • Fecha de aprobación: 24 de febrero de 2023

communication, their dispersion and their lesser mobility. However, the social representations of indigenous people about COVID-19 and their marginalization and distrust of the government led them to a social perception of risk that underestimated its seriousness. For the rest, their resilience to the pandemic was manifested through the use of traditional medicine and sanitary cordons around their communities to control the arrival of outsiders. These themes are developed in the work in five topics: the effects of the pandemic on the indigenous population, their risk and vulnerability, returned indigenous migrants and the pandemic, social perception of risk, and resilience of indigenous peoples.

KEYWORDS: *risk and threat, vulnerability, social representation, social perception, resilience.*

INTRODUCCIÓN

La pandemia del coronavirus es un revelador del rumbo civilizatorio equivocado y suicida a donde el capitalismo salvaje y la globalización neoliberal nos han llevado. Al ser causada por una zoonosis, es importante tomar conciencia de los peligros cada vez más ominosos que nos acechan si seguimos saqueando la biodiversidad y envenenando el ambiente planetario en busca de ganancias fáciles (rentas), de bienes de consumo suntuarios o innecesarios, de poder económico y político y de la urgencia de cambiar al modo de producción y de consumo.

El origen de esta pandemia, sólo equiparable en la modernidad a la epidemia de gripe española de 1918-1919, podría estar en la transmisión del virus de animales silvestres como una especie de murciélago a la humanidad, por medio del consumo de su carne: se trataría, entonces, de una zoonosis. O podría ser la hipótesis reveladora de dos procesos críticos: el choque cultural que provocó en China la modernización ultrarrápida traída por el capitalismo salvaje en una sociedad con usos y costumbres, todavía tradicionales, y en un sistema político que controla la información y la libertad de expresión política; la gran transformación de la industrialización capitalista tomó un siglo en Europa y menos de 40 años en China, lo cual generó graves desequilibrios rural-urbanos y entre sociosistemas y ecosistemas. Por otro lado, la urbanización descontrolada del planeta, la cual avanza a pasos agigantados sobre las reservas forestales y las zonas rurales de agricultura campesina, agotando sus fábricas naturales de agua y de oxígeno; constriñendo los hábitats de la fauna salvaje para buscar su subsistencia cada vez más en áreas habitadas; sin olvidar el tráfico de especies faunísticas silvestres y amenazadas.

El otro fenómeno que facilitó la propagación rápida de la pandemia fue la globalización económica y de las comunicaciones al segmentar y desterritorializar las cadenas de producción y al facilitar los viajes aéreos intercontinentales (negocios, turismo, migración). Los gobiernos reaccionaron tarde y erráticamente a la irrupción de la plaga en la adopción de programas de prevención, como el confinamiento obligatorio, de tratamientos y de pruebas, además del rastreo a posibles contaminados, incluso presentaron ausencia de solidaridad con los países menos desarrollados. Esta actitud no difiere mucho de la población europea y norteamericana, en especial la joven, la cual no hizo caso de las medidas de precaución y de encierro, sin tener la excusa de tener que ir a trabajar por no gozar de ayudas públicas al desempleo parcial, como ocurrió en los países emergentes y en vía de desarrollo.

Las consecuencias de la pandemia han sido social y económicamente inicuas, y evidenciaron el desmantelamiento parcial o total de los sistemas de protección social de los países desarrollados, cunas del estado de bienestar, de su carácter inacabado o destrozado en los países emergentes o de su ausencia en los países más pobres. La desigualdad económica entre países del Norte y del Sur se ahondó con el acaparamiento de la mayor parte de las vacunas por los primeros y el monopolio de las ganancias de patentes por media docena de grandes laboratorios farmacéuticos.

La población pobre fue la que ha padecido más los estragos del virus, pues 94% de los muertos por el coronavirus en México procedieron de las clases populares de la población.

Los migrantes fueron víctimas predestinadas porque los rechazaron o restringieron su acceso en los sistemas de salud públicos de los países de tránsito o de destino por falta de documentos y quedaron sin ingresos al perder sus empleos precarios o informales, debido al confinamiento parcial. Los desplazados internos, forzados por la violencia generalizada, quienes viven en campamentos precarios, padecen la misma vulnerabilidad, pues están en condiciones de hacinamiento y a la intemperie, incluso reciben una atención médica esporádica y superficial.

Los indígenas, casi al igual que durante la Conquista, fueron más vulnerables a la epidemia por carecer de defensas en su metabolismo y de servicios médicos especializados. En efecto, ellos no estuvieron libres del peligro por vivir en parajes apartados de serranías y desiertos (zonas de refugio), pues desde hace décadas han migrado temporalmente a las ciudades y a las plantaciones de exportación del norte del país, como estrategias de sobrevivencia; pero el desempleo causado por el confinamiento los orilló al retorno a la concha protectora de su comunidad. La pandemia cobró un tributo muy pesado entre los pueblos originarios por su extrema pobreza, su desnutri-

ción, malnutrición y por la falta de servicios públicos de agua, saneamiento, comunicación y cobertura médica; incluso los indígenas en la ciudad sufrieron hacinamiento en patios de vecindad y en la calle, no los atendían debidamente por el sistema de salud, pues eran trabajadores informales.

El artículo consta de cuatro apartados y unas conclusiones, se inicia con los efectos socio-económicos devastadores de la pandemia y su impacto sobre hombres y mujeres indígenas campesinos y migrantes; luego aborda los factores de evitación del riesgo y de vulnerabilidad de los pueblos originarios; los migrantes de retorno aparecen en el tercer apartado, como víctimas potenciales de contagio y probables transmisores a sus comunidades de origen; a continuación, se discuten los motivos de la poca visibilidad del peligro de la pandemia en los pueblos indígenas, en términos de percepción social del riesgo. Después se recalcan las formas de *resiliencia* de los pueblos originarios ante la epidemia, mediante los cierres de sus territorios, la medicina tradicional, la búsqueda de autonomía alimentaria y la gestión de su salud y de la información, por las organizaciones sociales indígenas; en las conclusiones se cuestionan las políticas del gobierno para enfrentar la emergencia sanitaria y se hacen recomendaciones de cambio de rumbo económico y social. El enfoque metodológico del trabajo es con base documental al usar fuentes bibliográficas y hemerográficas, en particular encuestas e informes de organizaciones de la sociedad civil y cooperativas indígenas que realizan labores de fortalecimiento de los recursos alimentarios y sanitarios autónomos en comunidades indígenas.

1. EFECTOS SOCIOECONÓMICOS DE LA PANDEMIA

Los impactos económicos del COVID-19 en el ámbito mundial fueron tan graves que desató una crisis económica mayor que la crisis financiera de 2008 y no tiene parangón desde la Gran Depresión de 1929. En México se estima en 9% la caída del Producto Interno Bruto (PIB) en 2020, en casi un millón de empleos perdidos y en varios millones de “nuevos pobres”, tanto de las clases populares como de las clases medias.; la población desocupada subió de 2 200 000 a 2 800 000 de personas,¹ y lo más preocupante, los subempleados pasaron de 4 300 000 a 8 700 000; esto refleja una pérdida de horas de empleo y de salarios [*Reforma* 18/11/2020]. La población ocupada que percibe hasta dos salarios mínimos aumentó 4.2% y pasó a 76% del total, 3/4 de la

¹ En mayo 2020, 9,5 millones de personas habían perdido su vínculo laboral [ENOE-INEGI 2020].

Población Económica Activa (PEA), pero se registró una caída del ingreso real laboral de casi 41% del primer quintil (20%) de la población, respecto al primer trimestre de 2020, de acuerdo con el Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social (CONEVAL) [*El Universal* 2021]. A la par, aumentaron los precios de los alimentos y bebidas, como el pollo, frutas y verduras, carnes rojas y pescado, por arriba de la inflación, en especial en el área rural y causó una reducción del gasto en la compra de alimentos de 47% de la población durante la pandemia, elevando a 59% de la población la que tiene algún grado de inseguridad alimentaria, según la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT) [*Reforma* 15/06/2021], lo cual, aunado al incremento por la pandemia, del uso de servicios privados de salud, en especial los ligados a farmacias, no entre los mejores, habla de un proceso de pauperización de la población acelerado y de un deterioro de la calidad de la dieta y la salud de los mexicanos. La pandemia y su correlato, el confinamiento, produjeron un empeoramiento de la dieta de la población, pues se consumió más alimentos ultra procesados, dulces, botanas, comidas rápidas, gaseosas, tendencia favorecida por las compras en línea. El problema es que esto hace más vulnerable al virus a las personas:

Consumir alimentos ultra procesados se relaciona con el desarrollo de obesidad, enfermedades cardiovasculares y menor crecimiento en los niños (4). Además, este tipo de alimentación puede afectar la inmunidad adaptativa y aumentar la inmunidad innata, lo cual conlleva a una inflamación crónica de baja y muy baja intensidad que perjudica las defensas contra patógenos virales, lo que podría implicar ser más susceptible a enfermedades originadas por virus como COVID 19 [Ramos *et al.* 2020: 266].

La población indígena no está exenta de estas enfermedades crónico-degenerativas, entrecruzadas con las patologías de la pobreza (gastro-intestinales, respiratorias, infecciones tropicales); el cierre de los mercados y tianguis por autoridades locales ha agravado su inseguridad alimentaria y su malnutrición, al provocar, a veces, conflictos con los moradores.

La pandemia y el confinamiento subsecuente generaron un aumento de la precariedad laboral y de los empleos inestables de los indígenas, incrementaron la población en riesgo de quedarse sin recursos económicos. En la Montaña de Guerrero las restricciones al comercio y la disminución de la economía informal han detonado una crisis de subsistencia, agudizada por los gastos médicos extra de las familias afectadas por el COVID-19, ante la falta de recursos del sistema de salud, sólo resistida por los envíos de remesas que se dispararon en 2020 [EDUCA 2020: 17].

El desplome de la ocupación y del ingreso a partir de abril 2020 evidenció la ausencia de un plan de apoyo al salario, tal como una indemnización al desempleo parcial, como se hace en otros países de la Organización para la Cooperación y Desarrollo Económico (OCDE). En estas circunstancias, no era casual que el confinamiento no se pudo instaurar de forma generalizada y que en junio de 2020 y marzo de 2021 se empezara a levantar por la sencilla razón que la mayoría de los trabajadores tenían a fuerza que salir a trabajar en sus empleos² o en autoempleo.

La pandemia agudizó las inequidades de clases, etnoculturales y de género; las mujeres resintieron más sus estragos frente a los hombres: muchas perdieron sus empleos por la necesidad de cuidar y apoyar a sus niños o en casos de enfermedad en casa; otras no pudieron vender productos elaborados por ellas o mercancías comerciales debido al cierre de mercados y tianguis, en general tuvieron menor acceso a servicios de salud por tener una tasa de empleo formal menor, como el caso de las trabajadoras domésticas —en particular las indígenas y campesinas— y se tradujo, entonces, en un aumento de la mortalidad materna,³ incluso las mujeres jornaleras agrícolas se vieron expuestas al contagio por su hacinamiento en campamentos [ONU-UNESCO 2020].

Otro efecto indirecto de la pandemia que afectó en particular al campo y los territorios indígenas fue el aumento de la inseguridad, la segunda pandemia que ha diezmando la población mexicana rural, sobre todo a los jóvenes. La inseguridad se intensificó, en particular las agresiones contra defensores de derechos humanos, periodistas y líderes de comunidades en resistencia contra el despojo de sus tierras. Se ha notado un avance del control de los cárteles de la droga en el campo debido a la incapacidad de las fuerzas de seguridad pública y de protección civil del Estado de ejercer todas sus funciones de control del territorio ante la emergencia sanitaria. Casi un 26% de los entrevistados resaltó situación de crisis de seguridad y un aumento de los robos, asaltos y amenazas [EDUCA 2020: 19]. Es probable que la reducción de la vigilancia policiaca y de la Guardia Nacional, ocupadas en otras tareas emergentes, propició la ocupación de nuevos territorios por el crimen organizado, al cual no detuvo la pandemia, y la aprovechó al organizar reparto de despensas y juguetes para mejorar su imagen.

² Cabe recordar que varias empresas, en especial las maquiladoras, no respetaron la suspensión de actividades no esenciales, obligaron a sus obreros a ir al trabajo ni implementaron medidas de sana distancia.

³ Debido a la reconversión de clínicas de maternidad en servicios anticovid-19.

2. RIESGO Y VULNERABILIDAD DE LOS PUEBLOS ORIGINARIOS

2.1 Factores que propician la propagación epidémica

Son múltiples los factores que inciden en el contagio de las poblaciones, pero los más importantes fueron las condiciones de movilidad poblacional y la frecuencia de contactos con otras poblaciones y entre sí: “La diseminación del virus es mayor en los lugares donde hay mayores probabilidades de tener contactos no controlados, y menos donde la dispersión de las personas es mayor y los contactos son menores” [Hernández 2020a: 186; 2020b: 7].

Al ser las comunidades indígenas mal comunicadas y alejadas de los transportes internacionales (aéreos, carreteros, ferrocarrileros), sus posibilidades de traer el virus del extranjero se redujeron, ya que se acunó en países desarrollados, China incluida. Dado que el COVID-19 provino de otras latitudes, la población rural tuvo menos probabilidad a salir del país, a pesar de existir migración internacional, pero durante la pandemia, el tránsito de personas —el tráfico de migrantes— se redujo. Los “municipios de la esperanza” en mayo eran rurales en su mayoría, sólo se habían confirmado 489 casos de contagio en la población indígena y fallecidos 73 personas, según el Instituto Nacional de los Pueblos Indígenas (INPI) [Chacón 2020: 36]. Del mismo modo, si la propagación del virus siguió un patrón metropolitano, que se expandió desde las megalópolis hacia aéreas conurbadas y de ahí a las regiones del interior, las comunidades indígenas aisladas tanto por su orografía como por sus malos caminos, estuvieron más protegidas [Hernández 2020a: 8]. Su dispersión poblacional actuó en el mismo sentido, pues los indígenas vivían en comunidades, barrios y rancherías de escasa población, por lo tanto, dificultaban los contactos. En el mismo tenor, su economía de subsistencia basada en parte en la agricultura de autoconsumo y la artesanía les evitó contactos demasiado frecuentes de tipo laboral o comercial. Las empresas agrícolas, por ser fuentes de alimentos básicos, no suspendieron sus labores por la pandemia, por lo que la afectación a la producción y al empleo agrícola fue reducida [Chacón 2020: 38].

La movilidad es el factor nodal que propicia la diseminación del virus y suele ser laboral, educativa, comercial o de ocio: donde hay un mercado laboral dinámico cerca, hay incentivos a moverse para ir a trabajar [Reforma 01/11/2020]; los pueblos originarios estuvieron distantes de estos polos de atracción laboral. En suma, la marginalidad situacional, económica y social de los indígenas constituyó una frágil barrera a la penetración del COVID-19.

No obstante, esta protección dependió de la duración de la propagación del virus, pues gran parte de la población migrante indígena tiene

movimiento circular, contaba con trabajos precarios en las ciudades donde fueron golpeados por el confinamiento y la crisis económica, como la construcción, y podían sobrevivir con bajos ingresos mejor en sus localidades de origen, así que se vieron presionados a retornar [Hernández 2020a: 190; 2020b: 20]. Si bien al principio de la pandemia los municipios indígenas no tenían ningún caso de COVID-19, “municipios de la esperanza”,⁴ cuatro meses después habían aumentado sus casos, aunque no pasaban de 10 por lo general.⁵

Sin embargo, la marginación es un rasgo de doble filo; si bien disminuye el contagio, incrementa la letalidad de la pandemia, debido a los graves rezagos en la cobertura de salud y la pobreza extrema de las regiones indígenas. En primer lugar, “la detección del contagio es más difícil en el campo debida a la falta de pruebas necesarias y a su elevado costo, inaccesible para la mayor parte pobre de los rurales. Por ello es probable que haya una subestimación de los casos contagiados, más aún si estos son asintomáticos (o no reconocidos por los moradores rurales)” [Chacón 2020: 37]. Por lo demás:

El porcentaje de letalidad respecto a casos confirmados es de 10.3% a nivel nacional, pero en Chiapas, Campeche, Guerrero, Nayarit y Oaxaca es mucho más elevado (más de 20% de las personas identificadas). Esto se debe a la debilidad de los sistemas de salud en estos estados, pero también a la tardanza de los enfermos pobres en acudir al hospital, como último recurso, debido a su aislamiento [Hernández 2020a: 16].

Otro factor crucial era la cobertura de seguridad social de la población: en la casi totalidad de los municipios indígenas la población no afiliada a servicios de salud oscilaba entre 10% y 25%, y la que estaba adscrita al Seguro Popular era de 50% a 90%,⁶ que no cubría todas las enfermedades graves [INEGI 2020a].

⁴ Distribución del COVID-19 en los municipios al 18 de abril 2020 (al mes de la epidemia): 30% en el ámbito nacional, pero en los de alta marginalidad eran menos (Oaxaca, 7.4%; Guerrero, 9.9%), o sea, la propagación se facilitó en regiones con buena movilidad y alta concentración poblacional, donde los intercambios entre personas no podían ser controlados [Hernández 2020].

⁵ Entre el 19 de mayo y el 19 de septiembre en municipios indios de Chiapas (Base de datos de los “municipios de la esperanza” [Hernández 2020].

⁶ Tlaxiaco, en la mixteca oaxaqueña, tiene 24% de su población sin afiliación, 53.3% afiliada al Seguro Popular, una densidad de consultorios hospitalarios de 4.77% y contó 172 casos de SARS COV-2 hasta el 28 de diciembre y 26 defunciones, o sea, una tasa de defunción alta de 15% [INEGI 2020b].

La ausencia de infraestructura hospitalaria, de personal médico y de medicinas fue otro disparador de la mortalidad de la pandemia y se reflejó en la mayoría de los municipios indígenas del país: en la Montaña de Guerrero, el centro de defensa de Derechos Humanos Tlachinollan ha documentado:

Ante la falta de fuentes de empleo formales, la infraestructura en salud del IMSS e ISSSTE es prácticamente inexistente, quedando a manos del Seguro Popular. El único hospital general de segundo nivel con el que cuenta la región, situado en Tlapa de Comonfort, cuenta con tan solo 30 camas, y la infraestructura está en pésimas condiciones por la falta de mantenimiento. A pesar de que, en teoría, se destinaron recursos para la atención a la pandemia, se ha documentado en múltiples casos que el hospital no proporciona los insumos médicos suficientes, por lo que las familias tienen que sufragar gastos elevados; a esto se suma los apagones que interrumpen la ventilación de los pacientes, que fallecen [EDUCA 2020a: 16].⁷

La carencia de centros de salud, de médicos, medicinas y clínicas de especialidad en regiones indígenas obligaba a los enfermos delicados a viajar a la capital del estado o al centro del país, y retrasó la llegada de los enfermos a hospitales de segundo o tercer nivel, por lo que llegaban muy graves en urgencias o áreas de terapia intensiva saturadas y muchos fallecían en hospitales regionales:

En los municipios pequeños (hasta 50 000 habitantes) su sistema de salud padece de muchos problemas y su población es atendida por sistema de salud a población abierta (Sec. de Salubridad) por lo que acude a hospital cuando la enfermedad está avanzada. Esto favorece la saturación de los servicios médicos con reducido No. de enfermos, lo que se traduce en mayor % de letalidad [Hernández 2020].

Los hospitales regionales carecían de medicinas, médicos y camas suficientes,⁸ aunado a que los hospitales de primer nivel aún no contaban

⁷ Las fuentes de información más citadas por los monitoreos de las Organizaciones No Gubernamentales (ONG) en 42 comunidades indígenas (2° monitoreo, verano 2020) y en 56 comunidades de 12 estados (3° monitoreo, otoño 2020) fueron: en primer lugar, las organizaciones de la sociedad civil, seguidas de la radio y la televisión; en tercer lugar, radios comunitarias, en cuarto lugar, la Iglesia. Se realizaron también tres encuestas por teléfono a autoridades comunitarias y a personas clave de las comunidades en 2020 [EDUCA 2020].

⁸ El estado de Oaxaca tenía una alta tasa de ocupación hospitalaria de casi 65% en enero de 2021.

con equipos de prueba, reanimación y respiradores, por lo tanto, muchos indígenas se rehusaban a ir a estos nosocomios por considerarlos “morideros”: “Los indígenas que por carencia de atención médica suficiente en su comunidad o municipio tratan de ir al hospital de la ciudad más cercana son humillados o rechazados por el personal médico, al aducir que no les corresponde esta unidad médica” [Mestries 2015: 152].⁹ Sin mencionar los muchos enfermos carentes de transporte o dinero para viajar hasta allá. Según una encuesta de opinión, en más de 60 comunidades sobre la distancia a la que se encuentra una clínica con dispositivo anti-COVID, las respuestas fueron: “Está a más de dos horas: 50%; no se sabe dónde hay una clínica: 40.30%; está a más de 5 horas, 8.10%; está en la comunidad: 1.60%”. Y sobre los modos de transporte de los enfermos a la clínica: “vehículo oficial: 4.35%; transporte público: 19.35%; ambulancia: 26.09% (2° monitoreo), 19.35% (3° monitoreo); vehículo particular: 47,83% (2°), 54,84% (3°), evidenciando una disminución de los servicios públicos especializados entre el verano y el otoño.” [EDUCA 2020: 15].

La Encuesta Nacional de Calidad e Impacto Gubernamental de 2019 (en medio urbano) nos aproximó a las carencias del Sistema de Salud público en los tres estados de mayor presencia indígena: Oaxaca, Chiapas y Guerrero, el porcentaje de satisfacción en disposición de medicamentos osciló entre 19.6% en Oaxaca, 21.4% en Guerrero y sólo 13.9% en Chiapas, frente a un promedio nacional de 35.9%; en suficiencia de médicos no pasó de 40% en Oaxaca frente a promedio nacional de 55%; en satisfacción general fue sólo de 34.2% en Oaxaca, 39.4% en Chiapas y 40.5% en Guerrero *vs.* 47.2%

⁹ En la mixteca guerrerense, la comunidad *N̄uu Savi* de Mininuma interpuso un litigio ante la Justicia estatal por no haber tenido acceso a la salud, un derecho constitucional, debido a un caso de discriminación pasiva, ya que un centro de salud hizo la solicitud ante la Secretaría de Salud Estatal de construir un local para éste, pero el enfermo consiguió sólo respuestas negativas y se quejó de no haber sido tampoco atendido en la clínica “rodante” de Metlatonoc, su cabecera municipal, debido a su horario de apertura restringido a las mañanas, siendo imposible para ellos llegar temprano por estar a varias horas de camino a pie, por lo que se les murieron seis enfermos curables. Ganaron, pero la respuesta de las autoridades ha sido muy lenta y limitada [Rivera *et al.* 2020]. En 2012, en Yucatán, con una población mayoritaria de indígenas de 985 549 personas, 245 618 carecían de derecho a servicios de salud, eran más de 50% de los yucatecos sin afiliación. En el ámbito nacional, 37.2% de la población indígena no tenía derecho a la salud según el CONEVAL [Reforma 11/02/2012]. Debido a que 36.7% de los niños indígenas padecían desnutrición en 2010 frente a un promedio nacional de 12.5%, la mortalidad infantil de este sector poblacional alcanzó 43%, así lo estipuló en Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD), frente a 40% en Brasil y 12.8% en Chile [Reforma 19/10/2010].

en promedio nacional.¹⁰ La carencia de médicos y menos de especialistas fue flagrante: en tercer monitoreo (agosto 2020) de la encuesta, 76.75% de los indígenas entrevistados contestaron que en su comunidad no había ningún médico que atendiera el COVID (en el segundo fueron 92%) [EDUCA 2020: 16].

Por otra parte, la comorbilidad fue un alto factor de riesgo al COVID-19 y a las altas tasas de letalidad. La población indígena sufrió del doble azote de la desnutrición (40.5% de 7 000 000 en 2012, según el CONEVAL) y de la malnutrición, dialécticamente interactuantes, además, es origen de graves trastornos de la salud como la diabetes y la obesidad: “La obesidad en la edad adulta que ahora padecen muchos indígenas (de Oaxaca) se debe a la desnutrición que sufrieron en la infancia” [Reforma 31/01/2009: 15], ya que provocó malos hábitos alimenticios (comida chatarra, abuso de azúcar, etc.), al no tener siempre tiempo las madres para atender bien la alimentación debido a su triple rol de cuidados del hogar, de campesinas y representantes del marido ante los órganos colectivos locales, a raíz de la migración de los jefes de familia, “una gripa para un niño desnutrido es como una pulmonía” (Alberto Ysunza, médico del I.N.N) [Reforma 31/01/2009]. En el ámbito nacional, el sobrepeso-obesidad durante el periodo de 2012 a 2016 aumentó de 61.1% a 67.5% y de 68.9% a 74.7% en hombres y mujeres, respectivamente. De igual manera, en la población indígena se calculó que 28.6% presentaba diabetes y lo mismo sucedió con la hipertensión, de la que se calculó que hasta 44.9% de la población indígena puede padecer [EDUCA 2020: 6].

2.2 Migrantes indígenas retornados

La migración indígena a las ciudades y al país del norte es un fenómeno añejo, que se remonta a los años cincuenta en el caso de la migración interna y a los años ochenta para la migración internacional. Se trata de una migración por relevo —de padre a hijo (a)— y por etapas, con escalas en las capitales estatales, luego en la capital federal o los estados del noroeste, finalmente en Estados Unidos, donde también se mueve del oeste al este con el tiempo. Este nomadismo obedece a la pérdida de atractivo laboral de la migración interna ante las oportunidades de empleos y salarios en EUA,

¹⁰ En Ayutla de los Libres, centro de la región indio-mestiza de la Montaña baja de Guerrero, el hospital regional nuevo iniciado hace tres años para atender a 57 comunidades del municipio, aún está en obra negra por falta de pago del gobierno a la constructora, mientras que la clínica vigente es totalmente insuficiente para los miles de personas que requieren atención [Reforma 11/11/2020].

sin embargo, los migrantes indígenas tienden a regresar temporalmente o definitivamente a sus pueblos de origen más que los migrantes mestizos, a pesar de la dificultad, el riesgo y el alto costo de cruzar la frontera debido a sus vínculos comunitarios y étnicos entre sí y con sus comunidades de origen, donde los llaman a cumplir cargos cívicos o religiosos so pena de perder su derecho a la tierra y donde participan, si no personalmente, sí con aportaciones económicas a las fiestas, las faenas, los puestos y los proyectos de beneficio social [Mestries 2014]. Pero, la mayoría no regresó y mandó un monto inédito de remesas en 2020-2021, pues sólo de enero a julio 2021 aumentó el flujo en 23.5% para alcanzar 28 187 000 de dólares [Reforma 02/09/2021].

Por otra parte, las crisis económicas recientes y la criminalización de los indocumentados por los últimos gobiernos de EUA han provocado una cohorte creciente de deportados desde 2008. La pandemia actual desató una oleada de retornos de migrantes internos provocada por la pérdida de empleos formales, la caída salarial y la precarización laboral. Así, según el 2° Informe de las Organizaciones No Gubernamentales (ONG), 58% de las comunidades señalaron un regreso importante de migrantes quienes vivían y trabajaban afuera desde que inició la pandemia [EDUCA 2020: 8], y por desgracia, también el retorno en urnas o ataúdes de migrantes muertos por el virus: la mayor precariedad laboral, alimentaria y de acceso a la salud —los despedidos perdieron el derecho al Seguro Social, en caso de haberlo tenido, y no tuvieron suficiente dinero para sufragar gastos de hospitalización si contrajeran el virus— de los migrantes mexicanos en EUA aumentó; eran más vulnerables a la pandemia, vivían la falta de medidas protectoras de los obreros en las fábricas agroindustriales, las maquiladoras y la hotelería donde siguieron laborando. Se incrementó el riesgo de contagio de los migrantes, el hacinamiento y falta de cuidados médicos en los centros de detención para migrantes irregulares, lo cual propició la contaminación de migrantes encarcelados por ser reincidentes¹¹ y de migrantes varados en estaciones migratorias [Aguirre 2020].

En Nueva York, epicentro de la pandemia, los latinos y afroamericanos fueron víctimas predestinadas a sufrir mayor embates de la epidemia: 671 migrantes mexicanos, trabajadores en la hotelería, la jardinería y la construcción fallecieron hasta el 30 de mayo 2020, al no tener sus familias suficiente dinero para enterrarlos (2 200 dólares) o mandarlos en cajas a

¹¹ Fueron migrantes centroamericanos deportados por EUA a la frontera norte de México quienes presentaron la mayor parte de los contagiados por COVID-19, entre los transmigrantes del territorio nacional hasta el verano 2020 [Cuenca 2020].

México, acabaron en fosa común de Hart Island, otros fueron cremados y enviados a México en cajas de cartón (en julio llegaron a México 250 urnas de mexicanos fallecidos, 23 eran de Guerrero, en su mayoría indígenas de La Montaña [Victoria y Ramírez 2021]. En California, segundo estado más asolado por la pandemia, los latinos que representan 39% de la población, pesan un 60.4% en el número de casos de contagio y 48.6% en el conteo de muertes [Reforma 13/11/2020]; en este estado, la mayoría de los trabajadores agrícolas, cuya actividad no fue detenida en la pandemia por considerarse básica la producción alimentaria, eran mexicanos y centroamericanos y los campos de cultivo fueron arenas de alto riesgo al contagio.

En el mismo tenor, los migrantes indígenas internos que laboraban en los campos agrícolas del noroeste de México y California corrían el riesgo de contagiarse en las camionetas de ganado que los transportaban a pie de surco y en las galeras donde vivían hacinados sin agua suficiente ni saneamiento, con el agravante que sus patrones no les reconocían plenamente el derecho a la Seguridad Social, violaban la Ley del Trabajo [Macías 2020: 57]. Los niños jornaleros se arriesgaron a quedar abandonados en caso de contagiarse su (s) padre (s), tener que aislarse u hospitalizarse lejos y a desconectarse definitivamente de la escuela al no contar con las Tecnologías de la Información y Comunicación (TIC) para seguir las clases en línea [Pérez 2020: 75].

Por otro lado, los migrantes indígenas a las metrópolis internas, al contrario, sufrieron la pérdida de empleos y de fuentes de ingresos como consecuencia de la caída de actividades en sectores —la construcción y obras públicas— y la prohibición por causa de confinamiento de la venta callejera de artesanías, muebles y de comida rápida (modo de subsistencia de muchas familias indígenas). Los estragos de COVI-19 asolaron a las colonias donde vivían los indígenas, con una letalidad mayor a la población no indígena [Sarmiento 2020]. Los niños indígenas en situación de calle no se pudieron aislar ni resguardarse del virus. No es casual entonces que se gestase la violencia contra esta población cada vez más excluida: dos niños mazahuas fueron asesinados y descuartizados por el crimen organizado en el otoño 2020 en la CDMX, por represalias de la delincuencia organizada; por lo tanto, el crimen y el narcotráfico está penetrando en las vecindades y puestos de venta ambulante de indígenas asolados debido al desempleo [Sarmiento 2020]. El 12 de octubre, las oficinas del INPI fueron tomadas y su papelería quemada por un movimiento de indios otomíes y mazahuas adheridos al Congreso Nacional Indígena (CNI), quienes reclamaban vivienda, educación, salud y permisos de venta callejera, sin resolverse hasta 2023.

Como consecuencia, las deportaciones y retornos forzosos de migrantes internacionales, los desempleados con la contracción del merca-

do laboral urbano y los estudiantes, cuya educación presencial fue suspendida *sine die* por el confinamiento, se vieron orillados a regresar a sus comunidades,¹² donde podían acogerse a la solidaridad familiar o comunitaria, pero podían traer el contagio del virus con ellos. Por lo tanto, los migrantes y sus familias debían ser admitidos y atendidos en el sistema de salud público, pero fueron víctimas y no responsables de su desgracia [Cuenca 2020: 44]. Más difícil de vigilar era el caso de los migrantes de retorno quienes estuvieron trabajando en la agricultura en el norte de México y en otros sectores económicos prioritarios no suspendidos por la pandemia, aunque las autoridades locales (municipales, comunales) debían haberlos confinados por 15 días en su casa, en caso de presentar síntomas.

3. PERCEPCIÓN SOCIAL DEL RIESGO

Si la enfermedad es un objeto causado por un agente “exterior” que afecta a los grupos humanos, éstos la interpretan por medio de sus representaciones colectivas o sociales, frutos de la interacción social y la comunicación múltiple: “Lo que las representaciones colectivas traducen es la manera en que el grupo se piensa en sus relaciones con el objeto que los afecta” [Durkheim *apud* Jodelet 1989: 68]. Las representaciones son “una forma de conocimiento socialmente elaborado y compartido, con un objetivo práctico y que participa de la construcción de una realidad común a un conjunto social” [Jodelet 1989: 53]; tienen un alto contenido simbólico o ideas-ímagenes, no sólo son formas cognoscitivas sino valorativas —su interpretación se considera no únicamente verdadera sino buena—, afectivas y emotivas e incitan a la acción; se sitúan fuera del discurso científico, pero tienen su racionalidad de sentido común en la medida en que pueden ser corroboradas por su acción sobre los hechos; surgen en grupos sociales específicos y en sistemas culturales e ideológicos más amplios, en contextos de falta de información y de incertidumbre de la ciencia, ya sea por abrigar varios paradigmas explicativos o porque ha demostrado sus límites y sus efectos colaterales dañinos o sus desarrollos técnicos peligrosos [Beck 2006] y se difunden de boca en boca o se replican de un medio masivo a otro [Jodelet 1989: 51].

¹² De los migrantes retornados en el verano 2020, destacan: 56.52%, trabajadores temporales que perdieron el empleo en Estados Unidos y en otros estados de la república mexicana (56.52%); en segundo lugar, los estudiantes que regresan a sus comunidades al estar sus centros educativos cerrados (30.3%); en tercer lugar, se encuentran las personas desempleadas (17.4%) que al no conseguir trabajo, prefieren resguardarse en su comunidad (EDUCA 2020: 9).

La diseminación comunicativa, de las representaciones, sirve de válvula de seguridad en situaciones ansiógenas o intolerables, cuando el miedo ante lo extraño da pie a rumores o a esquemas conspirativos; sustituyen a los mitos y leyendas de las sociedades tradicionales, pero heredan ciertos rasgos y poderes, en aras de explicar algún acontecimiento inusual, como la aparición de una epidemia [Moscovici 1989]. Son producidas por ciertas categorías de personas encargadas de difundir los conocimientos científicos y artísticos, como los médicos, los divulgadores, periodistas mediáticos y propagandistas políticos: son los hacedores de mitos de hoy y la codificación de sus saberes les da una autoridad sin par [Moscovici 1989: 100].

Cuando ciertas representaciones sociales se difunden de modo amplio y duradero, se convierten en representaciones culturales, como las tradiciones, o más efímeras, como las modas, pero todas se propagan como epidemia: su explicación causal remite, por tanto, a una “suerte de epidemiología de las representaciones” [Sperber 1989: 145]. Las versiones fantasiosas sobre el origen de la pandemia se expandieron en todo el mundo, desde las atribuidas a experimentos fallidos de armas biológicas en laboratorio, a una conspiración del expansionismo chino o a una simple gripa exagerada por los gobiernos para suprimir libertades de circulación y reunión. Reproducidas, de manera masiva, por las redes sociales virtuales, plagadas de *fake-news*, su rápida y expansiva propagación se caracterizó como *infodemia*, en un símil con la pandemia.

Como consecuencia de las representaciones sociales, la percepción social del riesgo es otro factor que ha agudizado la morbilidad del SARS-COV-2 en comunidades indígenas: “la creencia o no en la existencia de la enfermedad y en su amenaza real, ya que las medidas de protección se inician solo si se reconocen casos positivos en la comunidad” [Hernández 2020: 9]. Las insuficientes, erráticas y contradictorias campañas de información oficial sobre la gravedad de la enfermedad y las medidas preventivas necesarias, la falta de comunicación en lenguas indígenas de la Secretaría de Salud, la desconfianza y los rumores hicieron mella en la credibilidad de las autoridades. Por lo demás, el riesgo ante una amenaza era una percepción social variable según las culturas y la condición socioeconómica de la población: “La construcción social del riesgo es la combinación dinámica y dialéctica entre percepciones y vulnerabilidad acumulada que se manifiesta de manera diferenciada en diversos territorios y escalas” [Alfie 2020: 80]. Si la vulnerabilidad depende del grado de marginación social y del nivel educativo de las personas, la percepción del riesgo es función del grado de inseguridad habitual de la vida y de la capacidad de hacerle frente:

La idea de que los riesgos se convierten en tales se concretiza en la medida en que son internalizados por la sociedad en los ámbitos normativos, cognoscitivos y simbólicos. Cada sociedad elige el horizonte de sus preocupaciones, según las posibilidades de enfrentar los problemas que detecta. Los riesgos y daños son una suerte de destilación que elimina algunos y selecciona otros. Por ello, no basta que las amenazas y los riesgos estén allí para ser percibidos; se requiere también “una voluntad social de ver” [Lezama 2004 *apud* Alfie 2020].¹³

La reacción ante la amenaza deriva de las estrategias de sobrevivencia de las familias y el nivel de adaptabilidad de los hogares y de la comunidad. Por ello, la enfermedad fue considerada como simple gripa al principio en muchos pueblos y fue negada por los afectados y su familia después por temor al ostracismo del resto de la población, cuando cundió el miedo al ocurrir varios fallecimientos:

Al mismo tiempo (los indígenas entrevistados) reconocieron mucho temor por decir que tienen los síntomas, pues temen al estigma que puede representar en sus comunidades. Es así como documentamos testimonios de personas que no quieren admitir que tienen los síntomas y otras personas que creen tener los síntomas, pero tienen miedo de ir a los centros de atención COVID. Encontramos un fuerte arraigo en la desconfianza de los indígenas con las instituciones de salud, la atención que ahí se provee y la importancia que le dan a las vidas indígenas [EDUCA 2020: 14].

Por otra parte, la gente en las comunidades indígenas a menudo no reconoció el nuevo peligro por desconocimiento, acostumbrados a tener casos de neumonía o incluso tuberculosis, muchas veces mortales, así que complicó tomar medidas de prevención, además fueron mal aceptadas en casos de reuniones sociales para rituales sagrados o profanos (bodas, entierros, misas, fiesta al santo patrón, ferias y tianguis, etc.) debido a la importancia de la religión para los indígenas, la cual se magnifica en tiempos de incertidumbre como ahora, la solidaridad familiar y la cohesión comunitaria. Algunas sectas religiosas cristianas sembraron el miedo a la vacunación y desataron movimientos comunitarios de rechazo a los equipos de inmunización.

¹³ Es así como en Guerrero y la Costa Chica de Oaxaca el riesgo de homicidio es considerado “normal”, debido a la tradición de “vendetas” entre familias y clanes rurales, además de la presencia antigua del narcotráfico, incluso en México los temblores de mediana intensidad no causan mayor preocupación a la gente, quien está acostumbrada a su ocurrencia frecuente.

Por si fuera poco, una ola de desconfianza hacia el plan de vacunación recorrió las comunidades indígenas, pues en Chiapas 99 comunidades de 25 municipios rechazaron la instalación de puestos de vacunación y en la región de Las Margaritas los adultos mayores se negaron a vacunarse, en Chilón (sierra norte) autoridades y sectores de la población “no están convencidos del plan de inmunización para enfrentar la pandemia”, y en Ocosingo hasta los maestros eran escépticos; el repudio a la vacunación se manifestó en regiones afectadas por conflictos socio-políticos, como Las Margaritas, Oxchuc, Chenalhó, El Bosque, Larrainzar, Ocosingo, Tenejapa, Venustiano Carranza y Nicolas Ruiz, con influencia del movimiento zapatista o de otras organizaciones políticas izquierdistas [*Reforma* 6/2/2021]. Esta renuencia a la vacuna podría estar relacionada con el recuerdo de casos de pruebas médicas sin consentimiento y de esterilización forzada de mujeres y de hombres de parte de la Secretaría de Salud,¹⁴ con el rechazo al ejército, encargado de aplicar las vacunas en estas zonas, y con la información engañosa y errática del gobierno sobre su campaña de vacunación.

Por ende, la lucha por la sobrevivencia cotidiana no dejó margen para percibir el riesgo de una amenaza: “La evidencia de la miseria impide la percepción de los riesgos” [Beck 2006: 64].

En suma, el saldo de morbilidad y mortalidad de la pandemia en regiones indígenas ha ido aumentando desde junio 2020; ya no quedan “municipios de la esperanza” con ningún caso de contagio. Las comunidades con casos de SARS-COV-2 aumentaron de 8.7% a 32.25% entre el segundo y el tercer monitoreo realizado por el *Pool* de ONG [EDUCA 2020: 12]. A finales de agosto 2020, en México el acumulado de casos positivos en población indígena era de 7 905 siendo Yucatán el estado más afectado (1 581 casos), seguido por Oaxaca (733 casos) y San Luis Potosí (716 casos). Los grupos de edad más afectados eran los rangos de 35 a 54 años, lo cual significó que el COVID estaba impactando en la población en edad productiva, 57% eran hombres y 43% mujeres; las cuatro ocupaciones con mayor número de casos eran: trabajadores (as) del hogar con 1 725, empleados con 1 399, trabajadores de salud con 985 y campesinos con 786. Es de notar el alto número de personal de salud contagiado, puesto que México fue el país que lamentó el mayor número de médicos y enfermeras (3 000) muertos debido a la pandemia. Del total de indígenas confirmados con COVID-19, 35% fueron hospitalizados, indicio de una baja tasa de hospitalización, ya sea por

¹⁴ Finalmente, los tzeltales de Oxchuc aceptaron vacunarse a regañadientes y discretamente, pues, según el médico Iván Santiz, coordinador de salud, “muchos creen que la vacuna puede matar” [*Reforma* 21/2/2021].

lo inocuo de los síntomas o por la falta de accesibilidad y disponibilidad de los hospitales; podría, entonces, ser señal de una tasa de mortalidad mayor a la oficial, que registra, sobre todo, las muertes en hospital. El total de defunciones de indígenas era de 1 167, con una tasa de letalidad de 14.76%, mayor al promedio nacional de 10%, 65% corresponden a hombres y 35% a mujeres. Las comorbilidades asociadas a las muertes son: la hipertensión, diabetes, obesidad, enfermedades que han proliferado en las poblaciones indígenas como consecuencia de cambios en su dieta [EDUCA 2020: 5].

4. RESILIENCIA: DE LOS PUEBLOS INDÍGENAS

Las tribus amerindias sin contacto hasta inicios del siglo xx pudieron sobrevivir históricamente al refugiarse en territorios de difícil acceso (selvas, serranías) y sellaron sus comunidades al ingreso de los blancos y otros intrusos mestizos. De modo similar, trataron de cerrar su territorio a la llegada de fuereños de la ciudad (comerciantes, funcionarios) para protegerse del contagio. Las comunidades indígenas de Chiapas, como las zapatistas, implementaron un cordón sanitario para impedir los ingresos indiscriminados y prohibir el tráfico de personas; pusieron en cuarentena a sus emigrantes retornados o pendulares, aislándolos en su casa o impidiendo su ingreso [Esteva 2020; Chacón 2020; Puga 2020]: “en las primeras semanas de la emergencia sanitaria, el 43.48% de las comunidades monitoreadas reportaron haber tomado medidas de aislamiento para las personas que retornaron y un 39.13% mencionaron no estar llevando a cabo ninguna medida de aislamiento” [EDUCA 2020: 10]. Sin embargo:

En el siguiente monitoreo, el porcentaje de comunidades que llevaban a cabo estas medidas descendió a 25.81%; en contraposición, aumentó el porcentaje de comunidades que mencionan no estar llevando a cabo medidas de aislamiento situándose en 54.84%. Esta reducción significativa de las medidas se explica por tres razones: 1) en comunidades de Chiapas y Oaxaca, el desgaste económico de las comunidades por mantener los espacios de aislamiento ha hecho imposible su seguimiento; 2) en comunidades de la Montaña de Guerrero, la falta de insumos médicos ha provocado que las medidas de aislamiento, así como las de prevención y mitigación (pruebas, etc.) no puedan llevarse a cabo. 3) en comunidades de Michoacán y Oaxaca, estas medidas de aislamiento han detonado conflictos entre pobladores [EDUCA 2020: 10].

En el mismo tenor de ejercicio de su autonomía, las comunidades indígenas con suficientes tierras y milpas se replegaron hacia su autosuficiencia

alimentaria, producían sus alimentos básicos y organizaban intercambios con otras comunidades indígenas y pueblos de la región o del estado [Esteva 2020]. Empero, la mayoría de las familias campesinas indígenas no eran autosuficientes en maíz, en especial en Oaxaca y Guerrero, no disponían de medicinas e instrumentos médicos para poder vivir en autarquía y combatir la pandemia, por lo que su dependencia a los programas asistenciales del gobierno se acentuó.

Las cooperativas multifuncionales indígenas respondieron a la pandemia, desarrollaron sus principios y prácticas de solidaridad, cooperación, ayuda mutua y de educación popular: la Tosepan Tititaniske de Cuetzalan, Sierra Norte de Puebla, tiene un programa de salud preventiva muy amplio e implantado con promotoras con formación de pasantes médicas y cientos de guardianes de la salud familiares, quienes detectan síntomas patológicos tempranos en su entorno y permiten hacer diagnósticos comunitarios en tiempo real, organizar jornadas de la salud de tomas de muestras y detección de enfermedades; además las guardianes de la salud promueven el cultivo de hierbas medicinales de traspatio (más de 50 tipos), saben elaborar tinturas con ellas, que se venden a módico precio, como todos los servicios de la Tosepan Pajti, accesibles a todos y no sólo a los socios de la cooperativa [Bartra *et al.* 2018].

Esta cooperativa echó a andar, al estallar la pandemia, su Iniciativa Tayolchikawalis, de la cual han derivado diversas acciones solidarias, como la creación de una campaña de comunicación mediante la Radio Tosepan, difusora de cápsulas radiofónicas y cada semana dedica un programa donde se abordan preguntas y respuestas sobre la pandemia; aunado a esto se realizó un manual de información, prevención y acción ante el COVID-19, dirigido a comunidades indígenas; de forma solidaria también se entregaron canastas con productos propios de la cooperativa a la comunidad Taxipehual en el estado de Puebla —fue la primera ocasión cuando se detectó el primer caso de COVID-19— y se hicieron chequeos de salud a los adultos mayores [Couturier *et al.* 2020: 103]. Otras cooperativas femeninas de tejido de prendas en Chihuahua y en el sureste orientaron su producción a la fabricación de cubrebocas, pues en las farmacias locales no tenían ni gel; las cooperativas de ecoturismo, duramente afectadas por la cancelación de viajes turísticos, como la Red de Turismo Comunitario Maya, se dedicaron a capacitarse en la atención a los turistas, en especial en medidas de protección sanitaria. [Couturier *et al.* 2020: 104].

Los zapatistas disponen de un sistema de salud autónomo, con promotores, formadores, consejos locales de salud, coordinaciones zonales que planean las campañas sanitarias y representantes ante las Juntas de Buen

Gobierno, que, si bien no alcanza una medicina de primer nivel, puso a disposición de las comunidades bases de apoyo una salud gratuita y accesible por ser intercultural.

Ante las carencias del sistema de salud público, los indígenas recurrieron a su medicina tradicional y a sus curanderos, parteras y herboristas conocedoras de la herbolaria curativa, que han adquirido cierta legitimidad en la sociedad y las instituciones nacionales al organizarse en asociaciones de médicos alternativos indígenas. Esta medicina consiste en:

Desalojar del individuo las fuerzas negativas y recargarlo en energías positivas, por medio de todos los medios culturales (ritos y remedios) de los que dispone esta (terapéutica), abierta siempre al exterior, el cual no es vivido en tanto que diferencia de la que hay que protegerse, como en la medicina moderna, sino como algo constitutivo de una identidad en movimiento constante [Laplantine 1989: 311].

La medicina tradicional fortaleció el sistema inmunológico, para prevenir el contagio, aminorar los efectos de la enfermedad [INPI 2020] y logró mantener, de manera efectiva, la contaminación del virus en tasas bajas, disminuyó la fiebre de los infectados. Sin embargo, la falta de pruebas y su alto costo no permitieron detectar los casos de COVID-19 [INPI 2020]; el inventario de plantas, raíces y la sistematización de sus propiedades, así como su procesamiento en microdosis o tinturas no eran estudios ni proyectos generalizados,¹⁵ lo que limitó su eficacia. Los casos más graves requirieron de la medicina alopática, pero cuando se consiguió, no existió coordinación de sus practicantes y agencias con los(as) curanderos (as) tradicionales, se dio, entonces, una ruptura entre la medicina que buscaba sanar no sólo el cuerpo sino también el alma, y la ciencia médica, especialista que carece de un enfoque holístico del cuerpo y del ser humano.

En todo caso, ante la ausencia de cura y vacunas durante 2020, la medicina indígena representó una alternativa y un recurso menos oneroso que la moderna, al suplir sus rezagos en regiones y estados marginados.

CONCLUSIONES

La tragedia de los gravísimos saldos de la epidemia de coronavirus (130 000 muertos, 2 000 000 de contagios a finales de 2020) se tiene que acreditar a fallas estructurales del Estado y a la reacción del gobierno del presidente

¹⁵ Sobresalen los casos de Yucatán, Veracruz y Chiapas.

de la nación, Andrés Manuel López Obrador: como rémora acumulada y exhibida en los sismos de 1985, el debilitamiento del Estado en sus funciones de garantizar la seguridad social de sus ciudadanos, que se tradujo en un rezago del número de médicos y enfermeras (faltarían unos 200 000 practicantes), de centros de salud, clínicas, hospitales, de insumos, medicinas y en una marcada inequidad entre los servicios públicos de salud —Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores (ISSSTE), Secretaría de Salubridad y Asistencia (SSA), Petróleos Mexicanos (PEMEX), Secretaría de la Defensa nacional (SEDENA)— que afectó a los no asegurados sociales, a los afiliados al Seguro Popular y en la cobertura entre Estados.

La falta de una política de soberanía, seguridad e inocuidad alimentarias había cavado desde hace más de 30 años el lecho a la explosión de enfermedades crónicas degenerativas (obesidad, diabetes, hipertensión), disparada por los niveles salariales de infrasubsistencia de gran parte de la población. Sin embargo, las respuestas del gobierno actual han exacerbado estas carencias y vulnerabilidades al retrasar por un mes la decisión de confinamiento y al no advertir a la población de la gravedad de la pandemia sin asustarla y no recomendarles medidas preventivas eficaces, cuando había que dar la información verdadera, explicarle al público, “sin mentir, sin desestimar, sin minimizar, pero transmitiendo tranquilidad.” [doctor Kuri *apud* Karam *et al.* 2015: 156]; al haber debilitado el sistema de vigilancia epistemológica (laboratorios y pruebas) y desmantelado el Seguro Popular para crear un sistema único y universal de salud, el Instituto de Salud para el Bienestar (INSABI), sin contar con los recursos financieros ni planeación seria; al haber trastocado el sistema de distribución de medicamentos del país para sustituirlo por un dispositivo público improvisado e ineficaz, que agravó la falta de reservas estratégicas de insumos (medicinas, pruebas, equipos); al no implementar sistemas de pruebas, de filtraje y de *triage* de los casos con síntomas para canalizarlos a los centros de salud adecuados y sistemas de rastreo de los contactos de los enfermos; al no proteger lo suficiente a su personal de salud, que tuvo que deplorar 2 300 muertos por contagio; al no abrir inmediatamente todos los hospitales públicos a los pacientes, independientemente de su afiliación institucional y al no permitir el acceso a hospitales a enfermos no graves que empeoraron y fallecieron después [Karam *et al.* 2015].¹⁶

¹⁶ El brote del virus A(H1N1) en 2009 y la respuesta inmediata y firme del gobierno debieron servir de alerta a los siguientes gobiernos para prepararse a futuras epidemias,

A pesar de tener una economía emergente, si bien México no tendría las finanzas públicas lo bastante robustas para subsidiar a los damnificados económicos del confinamiento, era menester sacrificar temporalmente los programas sociales electorales, los megaproyectos de dudosa prioridad y la disciplina financiera, aumentando el déficit de la cuenta pública y la deuda o reduciendo los pagos al Fondo Bancario de Protección al Ahorro (FOBAPROA) y a otros hoyos negros financieros para ayudar a los trabajadores despedidos por el cierre temporal de empresas.

La inicial evasión de los riesgos de propagación del virus de parte de los pueblos indígenas se debió a su aislamiento, su baja densidad y su movilidad reducida; sin embargo, la migración circular interna y la doble presión de la crisis económica y persecución sobre los migrantes internacionales indocumentados para su retorno, así como los inevitables intercambios comerciales y festivos de las comunidades, introdujeron el virus con el tiempo, aunque en menor medida que en las aglomeraciones urbanas.

La falta de infraestructura de salud suficiente y de buen nivel, el alejamiento de los centros administrativos, la baja cobertura de aseguramiento social y la discriminación institucional a los indios [ONU-DH 2020], produjo entre ellos una tasa de letalidad de la pandemia mayor que el promedio nacional, sin olvidar el cambio de dieta en las familias indígenas, la percepción social insuficiente del riesgo en las comunidades y una comunicación deficiente de parte del gobierno de la amenaza, que agudizaron sus efectos. Empero, algunos pueblos originarios levantaron barreras de resistencia a la expansión de la patología, desde el repliegue en la autosuficiencia alimentaria, los cordones sanitarios y cuarentenas, el recurso a la medicina herbolaria y al curandero, hasta la implementación de sistemas de salud autónomos y la solidaridad material e informativa de las cooperativas. Sin embargo, es preciso decir que ante la alta agresividad en morbilidad del virus, se hacía imprescindible una intervención masiva del Estado, las cuales no se debe limitar al aspecto sanitario, sino que, ante la profundidad de la crisis económica desatada, debió de abarcar ayudas importantes a los trabajadores despedidos o suspendidos y a las empresas micro, pequeñas y medianas.

En fin, sin manía de politizar las causas y efectos de la pandemia, es preciso reconocer que su origen desveló los estragos que los modos actuales de producción, distribución y consumo, de reparto y redistribución de la riqueza han provocado en los biotopos del planeta y en la repartición de la riqueza y de los servicios públicos. Cuando la epidemia se haya agotado

como se destaca en *La influenza mexicana y la pandemia que viene* de Karam, Echevarría, Lozano, Romo, Ortiz y Albistegui [2015].

o haya sido vencida por nuevas vacunas, es importante no olvidar las lecciones que dejó de la costumbre a la sobriedad de la “economía de guerra”, a la búsqueda de mayor autonomía en la satisfacción de nuestras necesidades, sobre todo a exigir a los poderes políticos y económicos un viraje en las orientaciones tecnológicas y económicas de nuestras naciones, hacia un desarrollo que no deprede irreversiblemente la naturaleza, a una revalorización de la economía del cuidado y a un fortalecimiento de las políticas sociales y servicios públicos de los Estados.

REFERENCIAS

Aguirre, Judith

2020 La migración en 2020, los retos del COVID-19, en *Emergencia sanitaria por COVID-19. Campo mexicano*, Nuria González, Carmen Macías, Montserrat Pérez (coords). IJ-UNAM. México.

Alfie, Miriam

2020 Riesgo, depredación y enfermedad: COVID-19. *Sociológica*, 35 (100), mayo-agosto: 67- 96.

Bartra, Armando, Rosario Cobo y Lorena Paz Paredes

2018 ¡Somos Tosepan! 40 años haciendo camino. Circo Maya, Unión de Cooperativas Tosepan. México.

Basurto, Patricia

2020 El derecho humano a la salud de los pueblos originarios en México: importancia de la medicina tradicional frente al COVID-19, en *Emergencia sanitaria por COVID-19. Campo mexicano*, Nuria González, Carmen Macías, Montserrat Pérez (coords.). IJ-UNAM. México.

Beck, Ulrich

2006 *La sociedad del riesgo*. Paidós. España.

Chacón, David

2020 Problemas del agro mexicano en tiempos de la pandemia, en *Emergencia sanitaria por COVID-19. Campo mexicano*, Nuria González, Carmen Macías, Montserrat Pérez (coords). IJ-UNAM. México.

Couturier, Patricia y Abigail Flores

2020 La economía solidaria ante la pandemia del COVID-19: cooperativismo y desarrollo de alternativas de subsistencia, en *México ante el covid-19: Acciones y Retos*, Carmen Medel, Abigail Rodríguez, Giovanni Jiménez, Ricardo Martínez Rojas (coords). UAM, Cámara de Diputados: 101-108.

Cuenca, Cynthia

2020 Migración y COVID-19: factores de vulnerabilidad, en *Emergencia sanitaria*

por COVID-19. *Campo mexicano*, Nuria González, Carmen Macías, Monse-
rrat Pérez (coords.). IJ-UNAM. México: 42-45.

**EDUCA/ SERAPAZ/ SADEC A.C./ FUNDAR/ ENLACE/ AURA/ TLACHINO-
LLAN/Centro de Capacitación en Ecología y Salud para Campesinos**

2020 2do. Informe: Situación de las comunidades indígenas ante la emergencia
sanitaria por el virus SARSCOV2.

El Universal

2021 COVID precarizará salario; revertirlo, difícil: CONEVAL. *El universal*, 31 de
mayo: A 28.

**Encuesta Nacional de Ocupación y Empleo (ENOE)-Instituto Nacional de Estadís-
ticas y Geografía (INEGI)**

2020 *Encuesta Nacional de Ocupación y Empleo*. <[https://www.inegi.org.mx/
programas/enoe/15ymas/](https://www.inegi.org.mx/programas/enoe/15ymas/)>. Consultado el 22 de octubre de 2022.

Esteva, Gustavo

2020 *Diálogos sobre Soberanía Alimentaria y Agroecología*. Videoconferencia. IIS-UNAM,
20 de octubre. <[Youtube.com/watch?v=Yk8a-m61xWs8elist=PL9jXZrFM-
BfeC35U2y9rHdzq13VpC15W](https://www.youtube.com/watch?v=Yk8a-m61xWs8elist=PL9jXZrFM-BfeC35U2y9rHdzq13VpC15W)>. Consultado el 22 de octubre de 2022.

Hernández, Manuel

2020a Pobreza, migración y movilidad en la propagación del COVID-19 en Mé-
xico, en *México ante el COVID-19: acciones y retos*, Carmen Medel, Giovanni
Jiménez y Ricardo Martínez. UAM, Cámara de Diputados LXIV Legislatu-
ra. México: 185-192.

2020b Procesos de expansión reciente del COVID-19 en México: apuntes para en-
tender las acciones de levantamiento de la cuarentena. UAM Azcapotzalco
(mimeo).

Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI)

2020a *Encuesta Nacional de Calidad e Impacto Gubernamental (ENCIG)*. INEGI. Méxi-
co. <<https://www.inegi.org.mx/programas/encig/2019/>>. Consultado
el 22 de octubre de 2022.

2020b *Visualizador Analítico para COVID-19. Mapas temáticos*. INEGI, México. <[https://
gaia.inegi.org.mx/covid19/](https://gaia.inegi.org.mx/covid19/)>. Consultado el 22 de octubre de 2022.

Jodelet, Denise

1989 Représentations sociales: un domaine en expansion, en *Les représentations
sociales*, Denise Jodelet (ed.). Presses Universitaires de France. París.

La Jornada

2012 *Padece hambre casi la mitad de indígenas en México*: CONEVAL. *La Jornada*, 8 de
agosto. <<http://www.jornada.unam.mx/2012/08/08/politica/016n1po>>.
Consultado el 10 de septiembre de 2022.

Karam, Daniel, Santiago Echevarría, Juan Lozano et al.

2015 *La influenza mexicana y la pandemia que viene*. Siglo XXI. México.

Laplantine, François

1989 Anthropologie des systèmes de représentation de la maladie, en *Les représentations sociales*, Denise Jodelet (ed.). Presses Universitaires de France. París.

Macías, Carmen

2020 El campo mexicano y sus vicisitudes ante la crisis sanitaria del COVID-19, en *Emergencia sanitaria por COVID-19. Campo mexicano*, Nuria González, Carmen Macías, Montserrat Pérez (coords.). IJ-UNAM. México: 51-60.

Mestries, Francis

2014 La migración indígena: de la movilidad interestatal a la migración internacional. Un estudio de caso en Acaxochitlan, Hidalgo, en *Migraciones y movilidades en regiones indígenas del México actual*, Jorge Mercado (coord.). UAM-Azcapotzalco. México.

2015 Marginación indígena, sistemas normativos y recursos naturales, en *Justicia indígena y autodeterminación*, Carlos Durand (coord.). Procuraduría Agraria, SEDATU. México.

Moscovici, Serge

1989 Des représentations collectives aux représentations sociales: éléments pour une histoire, en *Les représentations sociales*, Denise Jodelet (ed.). Presses Universitaires de France. París.

Organización de las Naciones Unidas-Derechos Humanos (ONU-DH)

2020 *COVID-19 y los Derechos Humanos de los pueblos indígenas*. ONU-DH. 8 de julio. México.

Organización de las Naciones Unidas (ONU-MUJERES)-Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura (UNESCO MÉXICO)

2020 ¿Cómo les impacta? *Situación de las mujeres en contexto de COVID-19*. ONU-MUJERES-UNESCO. México.

Pérez C., Montserrat

2020 Emergencia sanitaria y niños jornaleros, en *Emergencia sanitaria por COVID-19. Campo mexicano*. Nuria González, Carmen Macías, Montserrat Pérez (coords.). IJ-UNAM. México: 73-77.

Puga, Cristina

2020 *Una agenda para la pandemia*. VII Congreso Nacional de COMECOSO, Panel: Los efectos de la pandemia, 4-5 de septiembre. México.

Ramos Norma, Sánchez Magdalena Díaz Rafael

2020 Panorama de la alimentación y nutrición a partir del COVID-19 en México, en *México ante el COVID-19: Acciones y Retos*, Carmen Medel, Abigail Rodríguez, Giovanni Jiménez, Ricardo Martínez Rojas (coords.). UAM, Cámara de Diputados. México: 91-100.

Reforma

- 2009 Sufren etnias de Oaxaca de obesidad y diabetes. *Reforma*, 31 de enero: 15.
- 2010 Invierten poco y mal en indígenas. PNUD. *Reforma*, 19 de octubre: 15.
- 2012 Incumplen plan para indígenas. CONEVAL. *Reforma*, 11 de febrero.
- 2020 Arrasa COVID-19 sin patrón único. *Reforma*, 1 de noviembre: 6.
- 2020 Hospital que no avanza. *Reforma*, 11 de noviembre: 18.
- 2020 Suma California 1 millón de casos. *Reforma*, 13 de noviembre: 17.
- 2020 Paran 4.2 millones debido a la pandemia. *Reforma*, 18 de noviembre. Negocios: 2.
- 2020 Reclamo otomí. *Reforma*, 30 de noviembre.
- 2020 Piden en el Congreso abatir la marginación. *Reforma*, 2 de diciembre.
- 2020 Tendrán a la informalidad como opción de empleo. *Reforma*, 29 de diciembre.
- 2021 Rechazan biológicos pueblos de Chiapas. *Reforma*, 6 de febrero.
- 2021 Aceptan vacunarse en Altos de Chiapas. *Reforma*, 21 de febrero.
- 2021 Recortan hogares gastos en alimentos. *Reforma*, 15 de junio.
- 2021 Tocan remesas récord; se suman 4,292 mdd. *Reforma*, 2 de septiembre.

Rivera Aline y Rodrigo Rodríguez

- 2020 El caso Mininuma, un litigio estratégico para la justiciabilidad de los derechos sociales y la no-discriminación en México. *Revista de la Facultad de Derecho de México*. UNAM., 59 (251): 89-122. <www.dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7460571>. Consultado el .12 de septiembre de 2022.

Sarmiento, Sergio

- 2020 *Los efectos de una pandemia*. Videoconferencia, realizada el 11 de noviembre. IIS-UNAM. México [YouTube].

Secretaría de Salubridad y Asistencia (SSA)

- 2020 *Municipios de la esperanza*. Base de datos. SSA. México.

Servicios para la Educación Alternativa A. C. (EDUCA)

- 2020 Materiales COVID-19: 2° Informe de las ONG (Tlachinollan, Serapaz, etc.). EDUCA, 14 de octubre. <www.educaoxaca.org/tag/materiales-covid19>. Consultado el 7 de septiembre de 2022.

Sperber, Dan

- 1989 L'étude anthropologique des représentations: problèmes et perspectives, en *Les représentations sociales*, Denise Jodelet (ed.). Presses Universitaires de France. París.

Victoria, Enrique y Saúl Ramírez

- 2021 *El sueño se convirtió en cenizas. migrantes indígenas de la Montaña de Guerrero en Nueva York durante la pandemia*. BUAP. Puebla.