

En este trabajo se analizan los factores sociodemográficos y de salud, asociados con las defunciones de los contagiados por COVID-19; con particular énfasis en la población indígena. Se muestra, mediante un modelo de regresión logístico, que ser hablante de lengua indígena es uno de los predictores más significativos asociados al riesgo de muerte por COVID-19.

**Palabras clave:** defunciones, COVID-19, indígenas, racismo, discriminación

# Muerte en tiempos de COVID-19: el caso de la población indígena mexicana ante la pandemia



Catherine Menkes  
menkes@unam.mx

Itzel Sosa-Sánchez  
itzela@crtim.unam.mx

México es un país multicultural, que ocupa el octavo lugar en el mundo 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% de la población nacional) se identifican como indígenas (CONAPRED, 2017). Es preciso señalar que, aunque la población indígena en México no es un grupo homogéneo, esta población históricamente forma parte de los estratos más pobres, discriminados y desfavorecidos, por lo que sus condiciones de vida se encuentran por debajo de los promedios nacionales y regionales, al tiempo que se ha sugerido

Investigadora  
del CRIM,  
adscrita al  
programa  
Estudios de  
Población



Investigadora  
del CRIM,  
adscrita al  
programa  
Estudios de  
Población



que la población indígena mexicana tiene un acceso limitado a los mínimos de bienestar estipulados internacionalmente (CONEVAL, 2014; CONAPRED, 2012; INEGI, 2011, Freyermuth, 2016). Esto, sin duda, impacta negativamente en el goce de sus derechos, así como en su calidad de vida, expresando diverso grado de violaciones sistemáticas a los derechos fundamentales (Freyermuth, 2016), lo que incluye, principalmente, un acceso restringido a los servicios educativos, de vivienda y salud. Este panorama de condiciones materiales y acceso al bienestar —ya de por sí precario— se ve profundizado en situaciones de desastre natural o como en el momento actual, debido a la emergencia de epidemias como es el caso del COVID-19. Al respecto, desde distintos foros, se ha señalado que la actual pandemia del coronavirus (COVID-19) representa una grave amenaza para la salud de los pueblos indígenas de todo el mundo, debido a que en general esta población ya experimenta un acceso deficiente a la atención sanitaria; tasas significativamente más elevadas de enfermedades transmisibles y no transmisibles; acceso deficiente a servicios esenciales de saneamiento, como la disponibilidad de agua potable. A esto se añade que, en esta población tiende a concentrarse, en general, una morbimortalidad asociada a enfermedades prevenibles (Freyermuth, 2016, OMS, 2001).

Adicionalmente, en el caso de existir instalaciones médicas locales cercanas a los asentamientos donde habita la población indígena, estas suelen estar mal equipadas y suelen carecer de personal (OMS, 2001, Freyermuth, 2016).<sup>1</sup> Incluso en el caso de que la población indígena logre acceder a los servicios de salud, puede enfrentarse a barreras lingüísticas y culturales adicionales, así como a la segregación y discriminación, por parte del personal de salud (OMS, 2001).

Los efectos del racismo y la discriminación ejercidos sobre los pueblos indígenas, afectan no sólo a su salud en general, sino, particularmente, en eventos como la contingencia sanitaria frente al COVID-2019. Ante la existencia de diversas desigualdades estructurales que aquejan a esta población e impactan negativamente sobre su salud, las evidencias han sugerido que, en lo relativo a la salud y la asistencia sanitaria de los grupos étnicos y raciales, el racismo es una de las explicaciones de las desigualdades sociales más preocupantes y persistentes (OMS, 2001).

La discriminación y el racismo que aqueja a la población indígena, tienen un carácter sistemático y estructural. Este no es un tema menor, sobre todo si se toma en cuenta que según los datos de la Encuesta Nacional sobre Discriminación (ENADIS, 2017), entre los principales ámbitos de la vida social en donde las personas indígenas en México enfrentan discriminación, se encuentran justamente los servicios médicos, adicional a la que padecen en la calle o el transporte público, en el trabajo y la escuela (CONAPRED, 2018). Esto permite suponer que frente un panorama de pandemia, la combinación de exclusión y precariedad social —de carácter histórico y estructural—, articulada con un anquilosado racismo, pone a esta población ante una situación de mayor vulnerabilidad durante dicha pandemia.

Esto nos lleva a visibilizar y problematizar el significado de “ser indígena” como factor de riesgo ante la actual pandemia, dado que 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? Paralelamente, 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 los servicios de

“  
La actual pandemia del coronavirus (COVID-19) representa una grave amenaza para la salud de los pueblos indígenas de todo el mundo.”

salud se presten en lenguas indígenas y, según sea el caso, en función de la situación particular de los pueblos indígenas.

En este contexto, es pertinente preguntarse sobre cuáles son los factores socio-demográficos y de salud asociados con las

defunciones de los contagiados por COVID-19, poniendo especial énfasis en la población indígena. Los datos que presentamos a continuación, proceden de la información que proporciona en línea la Dirección General de Epidemiología de la Secretaría de Salud.

## Características sociodemográficas y de salud

Según las estimaciones oficiales de la Secretaría de Salud, hasta el 9 de mayo de 2020, se habían registrado 33 460 casos confirmados de personas que adquirieron el coronavirus (SARS-CoV-2) y 3 353 muertes acumuladas (ver Cuadro 1). En México (como en el mundo), existe un mayor contagio de hombres que de mujeres (58.5 % y 41.4 %).<sup>2</sup> Asimismo, el mayor número de contagiados por el COVID-19 se encuentra entre la población de 31 a 59 años (63.9 %) y 60 y más (21 %). El porcentaje de población menor a 31 años contagiada es sólo de 15.2 % (cifra mucho menor al porcentaje nacional que es de 52.8 %).<sup>3</sup> Paralelamente, las enfermedades más frecuentes de los contagiados por el COVID-19 son: hipertensión (21.9 %), obesidad (21.1 %) y diabetes (18.9 %).

Se observa también en el Cuadro 1, un menor porcentaje de contagiados hablantes de lengua indígena (1.5 %); si se compara con el porcentaje de hablantes de lengua indígena, que se ha estimado en el país —en su conjunto— (6.1 %) (INEGI, 2015). Esto puede deberse no sólo a la baja aplicación de pruebas de detección del 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 la población hablante de lengua indígena. A esto se añade, el posible subregistro de casos reportados en dicha población; sin embargo, como mostraremos más adelante, los hablantes de lengua indígena contagiados presentan mayor probabilidad de morir que la población no indígena.

## Características socio-demográficas y de salud de las defunciones

Al analizar el porcentaje de defunciones de la población contagiada por COVID-19 (Cuadro 2), se observa que los hombres presentan un porcentaje mayor que el de las mujeres (7.5 % y 11.8 %). De igual manera, mientras que el 23.2 % de la población de 60 a 99 años contagiada murió, únicamente el 1.3 % de la población menor a 30 años falleció. Los hablantes de lengua indígena también presentan un porcentaje mayor de fallecidos, que los no indígenas (19.4 % y 9.9 % respectivamente). En cuanto a las defunciones según las distintas enfermedades que declaró tener la población contagiada por COVID-19, el mayor porcentaje de muertos se encuentra en los que padecían una enfermedad renal crónica (28.4 %); EPOC (26.9 %); alguna enfermedad cardiovascular (21.6 %); diabetes (20.8 %); e hipertensión (19.8 %).

**Cuadro 1**  
**Características sociodemográficas y de salud de los que se contagiaron por COVID-19**  
**Datos actualizados hasta el 9 de mayo de 2020**

Características sociodemográficas	Frecuencia	Porcentaje
<b>Sexo</b>		
Mujeres	13,852	41.4
Hombres	19,608	58.6
<b>Grupos de edad</b>		
0 a 30 años	5,071	15.2
31 a 59 años	21,360	63.9
60 y más	7,018	21.0
Hablante de lengua indígena	475	1.5
<b>Padecimientos</b>		
Hipertensión	7,256	21.9
Obesidad	7,011	21.1
Diabetes	6,256	18.9
Tabaquismo	2,901	8.7
Asma	1,070	3.2
Enfermedad cardiovascular	951	2.9
Renal crónica	835	2.5
EPOC	791	2.4
Inmunosupresores	589	1.8
<i>Muerte por COVID-19</i>	3,353	10.0
<i>Total de casos</i>	33,460	100.0

Fuente: Cálculos propios a partir de la información del Sistema de Vigilancia Epidemiológica de Enfermedades Respiratoria Viral, que informan las 475 unidades monitoras de enfermedad. <https://www.gob.mx/salud/documentos/datos-abiertos-152127>

Nota: Una persona puede sufrir al mismo tiempo distintos padecimientos

“ 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 presten servicios en lenguas indígenas y, según sea el caso, en función de la situación particular de los pueblos indígenas.”

**Cuadro 2**  
**Porcentaje de defunciones de los que se contagiaron por COVID-19**  
**según sus características sociodemográficas y de salud**  
**Datos actualizados hasta el 9 de mayo de 2020**

<b>Características sociodemográficas</b>	<b>Porcentaje</b>
<b>Sexo</b>	
Mujeres	7.5
Hombres	11.8
<b>Grupos de edad</b>	
0 a 30 años	1.3
31 a 59 años	7.8
60 a 99 años	23.2
<b>Lengua indígena</b>	
No hablante de lengua indígena	9.9
Sí hablante de lengua indígena	19.4
<b>Padecimientos</b>	
No hipertensión	7.3
Sí hipertensión	19.8
No obesidad	9.0
Sí obesidad	14.0
No diabético	7.5
Sí diabético	20.8
No tabaquismo	10.0
Sí tabaquismo	10.6
No asma	10.1
Sí asma	8.0
No enfermedad cardiovascular	9.8
Sí enfermedad cardiovascular	21.6
No renal crónica	9.5
Sí renal crónica	28.4
No EPOC	9.6
Sí EPOC	26.9
No Inmunosupresores	9.8
Sí inmunosupresores	20.2

Fuente: Cálculos propios a partir de la información del Sistema de Vigilancia Epidemiológica de Enfermedades Respiratoria Viral, que informan las 475 unidades monitoras de enfermedad. <https://www.gob.mx/salud/documentos/datos-abiertos-152127>

## Los factores de riesgo asociados a la muerte por COVID-19

La ventaja de estimar el riesgo de morir mediante un modelo de regresión logística (ver Cuadro 3), consiste en poder aislar el efecto de cada factor asociado a la muerte por COVID-19, ya que, por ejemplo, la relación directa entre un mayor porcentaje de defunciones por coronavirus, en aquellas personas que sufren hipertensión, podría deberse a que frecuentemente la hipertensión es más prevalente entre las personas de mayor edad y, por lo tanto, la causante de la mayor mortalidad podría ser la edad y no la enfermedad en sí misma. 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 69 % mayor si el contagiado sufre diabetes, en comparación con los no diabéticos que también se contagiaron; asimismo, se incrementa 58 % la posibilidad de morir de los que se encontraban con un medicamento inmunosupresor; 87 % para los que sufren una enfermedad renal crónica; 50 % en los obesos; 51 % en aquellos que sufren hipertensión; y finalmente 51% para los que padecen EPOC.

Sin lugar a duda, estos resultados constituyen una llamada de atención respecto a nuestros hábitos cotidianos —que llevan a padecer este tipo de enfermedades—, las cuales se asocian estrechamente con la mayor mortalidad de los que adquirieron COVID-19.

Existe una amplia literatura que muestra que es un largo proceso, el paso de la salud a la enfermedad y a la muerte, cuando se sufre este tipo de padecimientos (Cadwell, 2001). 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 este tipo de hábitos, tan dañinos para la salud, puede llevar a la población a cuestionarlos y reflexionar acerca de estas

“ Finalmente, un dato alarmante es que el modelo también indica que, más allá de las enfermedades asociadas a la muerte por COVID-19, y más allá del sexo o de la edad — manteniendo constantes todas estas variables—, el mero hecho de ser indígena lleva a una posibilidad de morir 71 % mayor que el no ser indígena.”

conductas. En un marco más amplio, también estos resultados interrogan sobre el consumo generalizado de comida chatarra, así como del proceso de “macdonalización” que ha alcanzado a gran parte de la población mexicana y a la población mundial.

El modelo de regresión logística muestra, igualmente, 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 14.6 en la población de 60 o más años, y por 5.2 en la población de 31 a 59 años, si se compara con el riesgo de la población de 0 a 30 años. Asimismo, ser hombre aumenta el riesgo de muerte en 66 % frente al riesgo de las mujeres.

Finalmente, un dato alarmante es que el modelo también indica que, más allá de las enfermedades asociadas a la muerte por COVID-19, y más allá del sexo o de la edad —manteniendo constantes todas estas variables—, el mero hecho de ser indígena lleva a una posibilidad de morir 71 % mayor que el 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 3**  
**Factores sociodemográficos y de salud asociados a las defunciones**  
**por COVID-19 de los contagiados**  
**Datos actualizados hasta el 9 de mayo de 2020**

	<b>Sig.</b>	<b>Exp(B)</b>
No indígena (ref)		1
Indígena	.000	1.71
No diabético (ref)		1.00
Sí diabético	.000	1.69
Sin EPOC (ref)		1
Con EPOC	.001	1.51
No inmonosupresor (ref)		1
Sí inmonosupresor	.000	1.58
No hipertensión (ref)		1
Sí hipertensión	.000	1.51
No cardiovascular (ref)		1
Sí cardiovascular	.495**	1.06
No obesidad (ref)		1
Sí obesidad	.000	1.50
No renal crónica (ref)		1
Sí renal crónica	.000	1.87
0 a 30 años (ref)		1
31 a 59 años (ref)	.000	5.25
60 a 99 años	.000	14.63
Mujer (ref)		1
Hombre	.000	1.66
Constante	.000	0.00

Fuente: Cálculos propios a partir de la información del Sistema de Vigilancia Epidemiológica de Enfermedades Respiratoria Viral, que informan las 475 unidades monitoras de enfermedad. <https://www.gob.mx/salud/documentos/datos-abiertos-152127>

\*\* No estadísticamente significativo

## Reflexiones finales

La pandemia trae consigo dimensiones trágicas y desiguales en la población mexicana y mundial. Las políticas públicas actuales que buscan enfocarse en lograr 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. Sin embargo, al tratarse de una población cuya problemática se sitúa en un marco histórico estructural, todavía falta un largo camino por recorrer, tiempo que, al parecer, la actual pandemia de COVID-19, no está dispuesta a darnos. Urge implementar una política efectiva y focalizada para impedir que la población indígena sufra daños irre-

“  
Urge implementar una política efectiva y focalizada para impedir que la población indígena sufra daños irreparables, sin olvidar, claro está, que la lucha por su inclusión en un futuro con plena justicia social y respeto a sus culturas, nos hará dignos a todos.”

parables, sin olvidar, claro está, que la lucha por su inclusión en un futuro con plena justicia social y respeto a sus culturas, nos hará dignos a todos.

## Notas

1 Por ejemplo, pese a que la población indígena en México tuvo una fuerte afiliación a servicios de salud, en particular al seguro popular en el sexenio pasado, esto no ha significado necesariamente el acceso efectivo y la garantía de capacidad resolutive de estos servicios ante las necesidades en salud de esta población dado los pocos recursos asignados a los servicios destinados a atender a la población indígena en México (Freyermuth, 2016).

2 Los científicos coinciden en que existen diversos factores, tanto biológicos como sociales y culturales, que contribuyen a que la tasa de contagio y de mortalidad de los hombres sea más alta que la de las mujeres.

3 Se ha encontrado que la población joven tiene menos probabilidad de infectarse con el coronavirus; además, debido a que muchos de ellos son asintomáticos, existe una detección menor.

## Referencias bibliográficas

- Caldwell, J. C. (2006). Demographers and the study of mortality: Scope, perspectives, and theory. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 954(1), 19-34. <https://doi.org/10.1111/j.1749-6632.2001.tb02744.x>
- Consejo Nacional para Prevenir la Discriminación (2017). *Pueblos indígenas. Ficha temática*. 23 de abril del 2020 en: <https://www.conapred.org.mx/userfiles/files/Ficha%20Pindigenas.pdf>
- Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social (2014). *La pobreza en la población indígena de México 2012*. Coneval, México.

- Freyermuth, G. (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*. Ciesas, México.
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía (2011). *Mujeres y hombres en México*. INEGI, México
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía (2015). *Encuesta Intercensal*. INEGI, México.
- Organización Mundial de la Salud (2001). Conferencia mundial contra el Racismo, la Discriminación Racial, la Xenofobia y las Formas Conexas Intolerancia. *Serie de publicaciones sobre salud y derechos humanos, 2*, 20. [https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/68363/WHO\\_SDE\\_HDE\\_HHR\\_01.2\\_spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/68363/WHO_SDE_HDE_HHR_01.2_spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y)

**Para citar esta nota:** Menkes, C. y Sosa, I. (3 de junio de 2020). Muerte en tiempos de COVID-19: el caso de la población indígena mexicana ante la pandemia. *Notas de coyuntura del CRIM* No. 30, México, CRIM-UNAM, 9 pp.

Las opiniones expresadas en este documento son de exclusiva responsabilidad de los autores/as y no necesariamente representan la opinión del CRIM