REN
Reporte Epidemiológico Nacional
Volumen 5 Número 3, julio-septiembre de 2023

Impacto del COVID-19 en los pueblos indígenas de Colombia durante el 2020

Lady Jacquelinne Rivera[1], Javier Alberto Madero[2], Diana Marcela Walteros[2], Ángela Patricia Alarcón[2], Franklyn Edwin Prieto[3]

[1] Dirección de Vigilancia y Análisis de Riesgo en Salud Pública. Instituto Nacional de Salud, Bogotá, Colombia

[2] Dirección de Vigilancia y Análisis de Riesgo en Salud Pública. Instituto Nacional de Salud, Bogotá, Colombia. Egresado Programa de Epidemiología de Campo (FETP) avanzado, Colombia

[3] Médico, doctorado en Salud Pública, magister en Salud Pública, magister en Bioética, especialista en epidemiología, egresado Programa de Epidemiología de Campo-FETP avanzado, director de Vigilancia y Análisis del Riesgo en Salud Pública del Instituto Nacional de Salud, Bogotá D.C., Colombia

Citación sugerida: Rivera L, Madero J, Walteros D, Alarcón A, Prieto F. Impacto del COVID-19 en los pueblos indígenas de Colombia durante el 2020. REN [Internet]. 2023. sep.; 5(3): 20-30. doi: https://doi.org/10.33610/28059611.143

Resumen

Introducción: en Colombia habitan 1 905 617 personas pertenecientes a 115 pueblos indígenas. Esta población, que representa el 4,4 % del total nacional, se encuentra en una situación de especial vulnerabilidad frente a las enfermedades transmisibles, situación que se ha visto agravada por la pandemia por COVID-19. En este estudio se describe el comportamiento de COVID-19 en población indígena y factores asociados a desenlaces fatales.

Metodología: estudio transversal analítico, fuente secundaria, datos del Sistema de Vigilancia de Salud Pública (Sivigila) 2020. Se realizaron análisis univariados, bivariados, regresión logística con Odds Ratio (IC 95%, p<0,05) para los factores asociados a mortalidad.

Resultados: la incidencia de COVID-19 fue de 1 651,7 casos por 100 000 indígenas, tasa de mortalidad 54,8 casos por 100 000 habitantes y letalidad 3,3 %. De los 31 476 casos confirmados, 51,0 % fueron hombres. El 58,1 % presentó síntomas y 11,0 % antecedentes médicos. La mayor participación de casos fue en el pueblo zenú (4 369) y pijao (2 151). El pueblo pasto presentó el promedio más alto entre inicio síntomas y consulta (cuatro días) y los embera entre consulta y muerte (23 días).

Se encontró asociación entre la mortalidad por COVID-19 y el sexo masculino (OR=1,7; p=0,00), persona con discapacidad (OR=2,3; p=0,03); tos (OR=2,3; p=0,00), fiebre (OR= 1,9; p=0,00), dificultad respiratoria (OR=4,2; p=0,00), EPOC (OR=6,6; p=0,00), diabetes (OR=3,1; p=0,00), cáncer (OR: 6,7; p=0,00), obesidad OR: 2,3; p=0,00), insuficiencia renal (OR: 3,1; p=0,00), fumador (OR: 1,5; p=0,04) e hipertensión (OR: 2,0; p=0,00).

Conclusión: es necesario continuar favoreciendo el acceso a la atención médica lo que incluye fortalecer los programas de prevención, fomentar la comunicación con enfoque diferencial articulando la medicina tradicional con la occidental.

Palabras clave: infecciones por coronavirus, pueblos indígenas, mortalidad, COVID-19, Colombia.

Impact of COVID-19 on Indigenous Peoples of Colombia During 2020

Lady Jacquelinne Rivera[1], Javier Alberto Madero[2], Diana Marcela Walteros[2], Ángela Patricia Alarcón[2], Franklyn Edwin Prieto[3]

[1] *Directorate of Surveillance and Risk Analysis in Public Health, National Institute of Health of Colombia., Colombia*

[2] *Directorate of Surveillance and Risk Analysis in Public Health, National Institute of Health of Colombia. Graduate of the Field Epidemiology Training Program (FETP) advanced, Colombia*

[3] *Physician, Doctorate in Public Health, Master in Public Health, Master in Bioethics, specialist in Epidemiology, graduate and tutor of the Advanced Field Epidemiology Program (FETP) advanced-Colombia, director of Surveillance and Risk Analysis in Public Health at the National Institute of Health, Bogotá D.C., Colombia*

Suggested citation: Rivera L, Madero J, Walteros D, Alarcón A, Prieto F. Impacto del COVID-19 en los pueblos indígenas de Colombia durante el 2020. REN [Internet]. 2023. sep.; 5(3): 20-30. doi: https://doi.org/10.33610/28059611.143

Abstract

Introduction: In Colombia, 1,905,617 people belong to 115 indigenous peoples. This population, representing 4.4% of the national total, is in a particularly vulnerable situation regarding communicable diseases, a situation that has been exacerbated by the COVID-19 pandemic. This study describes the behavior of COVID-19 in the indigenous population and the factors associated with fatal outcomes.

Methodology: Analytical cross-sectional study using secondary data from the Public Health Surveillance System (Sivigila) 2020. Univariate and bivariate analyses, and logistic regression with Odds Ratio (95% CI, p<0.05) were conducted for factors associated with mortality.

Results: The COVID-19 incidence was 1,651.7 cases per 100,000 indigenous people, with a mortality rate of 54.8 cases per 100,000 inhabitants and a fatality rate of 3.3%. Of the 31,476 confirmed cases, 51.0% were men. 58.1% presented symptoms, and 11.0% had medical histories.

The highest participation of cases was in the Zenú (4,369) and Pijao (2,151) peoples. The Pasto people had the highest average time between symptom onset and consultation (four days) and the Embera people between consultation and death (23 days).

An association was found between COVID-19 mortality and male gender (OR=1.7, p=0.00), disability (OR=2.3, p=0.03), cough (OR=2.3, p=0.00), fever (OR= 1.9, p=0.00), difficulty breathing (OR=4.2, p=0.00), COPD (OR=6.6, p=0.00), diabetes (OR=3.1, p=0.00), cancer (OR: 6.7, p=0.00), obesity (OR: 2.3, p=0.00), kidney failure (OR: 3.1, p=0.00), smoking (OR: 1.5, p=0.04), and hypertension (OR: 2.0, p=0.00).

Conclusion: There is a need to continue improving access to medical care, including strengthening prevention programs and fostering communication with a differential approach that integrates traditional and Western medicine.

Keywords: Coronavirus infections, Indigenous Peoples, Mortality, COVID-19, Colombia.

Introducción

De acuerdo con la Organización de Naciones Unidas (ONU) en el mundo hay 370 millones de personas que pertenecen al grupo étnico indígena, los cuales se ubican en 90 países (1). En América Latina y el Caribe hay alrededor de 522 grupos indígenas, que representan aproximadamente 37 millones de personas (2). En Colombia, de acuerdo con la Encuesta Nacional de Demografía y Salud (ENDS 2015) el 14,4 % de la población del país se auto reconoce como perteneciente a un pueblo indígena o a población afrodescendiente, de ellos el 5,7 % corresponde a población indígena (3). De acuerdo con el Censo nacional de Población y Vivienda del Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE) del 2018, esta población corresponde a 1 905 617 personas (3,3 % de la población indígena del mundo) y se encuentra ubicada en los 32 departamentos y el distrito capital. Según la Organización Nacional Indígena de Colombia (ONIC) existen 115 pueblos indígenas. (3, 4, 5).

Históricamente los pueblos indígenas de América han vivido varias epidemias las cuales han cobrado la vida de muchos de ellos. Tras el descubrimiento del nuevo mundo por los españoles se puede considerar el surgimiento de epidemias por enfermedades emergentes en esta población, así pues, se conoce que la influenza provenía de Asia, la viruela y la fiebre amarilla de África. Para 1405 se menciona una epidemia catarral que pudo tratarse de influenza y les causó la muerte a aproximadamente el 90,0 % de la población. También, se encuentran documentos donde se relata, en 1414, que las enfermedades que pudieron causar epidemias en América fueron: paludismo, viruela, tifo exantemático, sarampión, tuberculosis y peste bubónica.. De manera reciente con AH1N1, los datos de Estados Unidos, Australia y Canadá refieren que, la tasa de mortalidad para los indígenas fue de tres a siete veces más alta comparado con los no indígenas (6,8,9).

De la pandemia por COVID-19, se cree que afectó de manera particular a comunidades indígenas de América Latina porque viven desigualdades sociales, económicas, culturales, políticas y ambientales, así mismo, otras implicaciones como inseguridad alimentaria, miedo a salir de las aldeas, además de las dificultades para el acceso al servicio de salud; de igual forma, los territorios de las comunidades étnicas tienen un rezago significativo en el índice de condiciones de vida frente al resto de la población; ocho de cada diez hogares indígenas se encuentran en inseguridad alimentaria, el 14 % de la población indígena se encuentra en situación de pobreza en América Latina y en nuestro país de acuerdo a la ENDS casi el 80 % de los indígenas pertenecen a los quintiles bajo y más bajo de riqueza (3,10,11,12,21).

Los primeros casos de COVID-19 en indígenas en Colombia fueron reportados en marzo de 2020; en otros países de América Latina como Perú, Brasil, Ecuador también se reportaron entre marzo y abril (18).
Este estudio es necesario para abordar una brecha importante en el conocimiento sobre el impacto de COVID-19 en las poblaciones indígenas y para informar estrategias de intervención efectivas para proteger a estas comunidades vulnerable
Por lo tanto, el objetivo del presente trabajo es describir el comportamiento de COVID-19 en población indígena y factores asociados a desenlaces fatales.

Métodología

Se realizó un estudio de corte transversal analítico de fuente secundaria, utilizando los datos de población notificada al Sistema de Vigilancia en Salud Pública (Sivigila) 2020 del evento Infección Respiratoria Aguda (IRA) por virus nuevo, perteneciente al grupo étnico indígena. Se considera un caso positivo a la persona con prueba PCR o prueba de antígeno positiva para SARS-CoV-2 y como mortalidad por COVID-19 persona que fallece con RT-PCR o prueba antigénica positiva para SARS-CoV-2 pre o post-mortem.

La información de los casos proviene de los registros realizados en las instituciones de salud al Sistema de vigilancia en Salud Pública Nacional (Sivigila). La información de la pertenencia étnica es extraída de la ficha de notificación de datos básicos, que cuentan con la variable de pertenencia étnica (autorreconocimiento).

Tipos de variables y su nivel de medición

Con relación a las características sociales y demográficas de los casos se seleccionaron variables cuantitativas discretas de nivel de medición ordinal como: edad en años cumplidos; variable cuantitativas discretas de nivel de medición intervalo como: fecha de inicio de síntomas y fecha de muerte; variables cualitativas ordinales como: estrato socioeconómico; variables cualitativas nominales como: autorreconocimiento étnico, sexo, área de procedencia, departamento o distrito de procedencia, tipo de seguridad social, fuente/tipo de contagio y estado actual.

Para los factores relacionados con el desenlace fatal se seleccionaron variables cualitativas nominales como: sexo, grupos poblacionales, síntomas y antecedentes patológicos de los casos.

Posteriormente se realizaron análisis univariados y bivariados de las variables seleccionadas; se construyeron gráficas y tablas para presentar los resultados, y por último se realizó una regresión logística para analizar los factores asociados a los casos fatales. Para el análisis estadístico se utilizó el paquete Microsoft Excel, Stata, R Studio y para los gráficos Epi Info™

Para la incidencia y tasa de mortalidad, se tomó la población DANE de acuerdo con censo del año 2018, se realizó el análisis por departamentos donde se incluyeron sus capitales, de acuerdo con la disponibilidad de datos de las poblaciones. Para el análisis de los pueblos indígenas y los departamentos se tomaron los departamentos que contaban con datos representativos superiores a 2 %, los departamentos con datos inferiores a estos se agruparon. Los casos se caracterizaron teniendo en cuenta departamento de procedencia, sexo, edad, condición final.

Consideraciones éticas

El estudio se realizó de conformidad con la declaración de Helsinki y de acuerdo con la resolución 8430 de 1993 por lo que se clasificó como un estudio sin riesgo, respetando la libertad del individuo, se garantizó la confidencialidad de la información de los pacientes y las bases de datos fueron anonimizadas, la base de datos se conservará cinco años como mínimo en la dirección de vigilancia y análisis del riesgo en salud pública del Instituto Nacional de Salud.

Resultados

En el presente análisis se incluyeron 31 476 registros de personas de 0 a 103 años, que corresponden al 1,7 % del total de la notificación de casos positivos para COVID-19 del Sivigila durante el año 2020; estos, fueron notificados por 32 departamentos y el distrito capital, la notificación fue recibida de 601 municipios.

La incidencia de COVID-19 fue de 1 651,75 por cada 100 000 indígenas, la tasa de mortalidad fue de 54,8 casos por cada 100 000 habitantes y la letalidad fue de 3,32 %. Tanto la incidencia como la tasa de mortalidad se ubicaron por debajo de la cifra nacional, la incidencia del país fue de 3 596,7 casos por cada 100 000 habitantes, y la tasa mortalidad 101,1 casos por cada 100 000 habitantes, mientras que la letalidad se ubicó por encima de la cifra del país, la cual fue del 2,8 %.

El 48,7 % de los casos pertenecían al régimen contributivo del Sistema General de Seguridad Social en Salud- SGSSS, el 50,7 % son hombres, el 63,5 % se encontraba en los grupos de edad de los 20 a los 49 años. El 40,4 % viven en estrato socioeconómico uno. En el 55,3 % de los casos, su fuente de contagio fue comunitaria. (tabla 1).

Tabla 1. *Características sociodemográficas población indígena con COVID-19, Colombia, 2020*

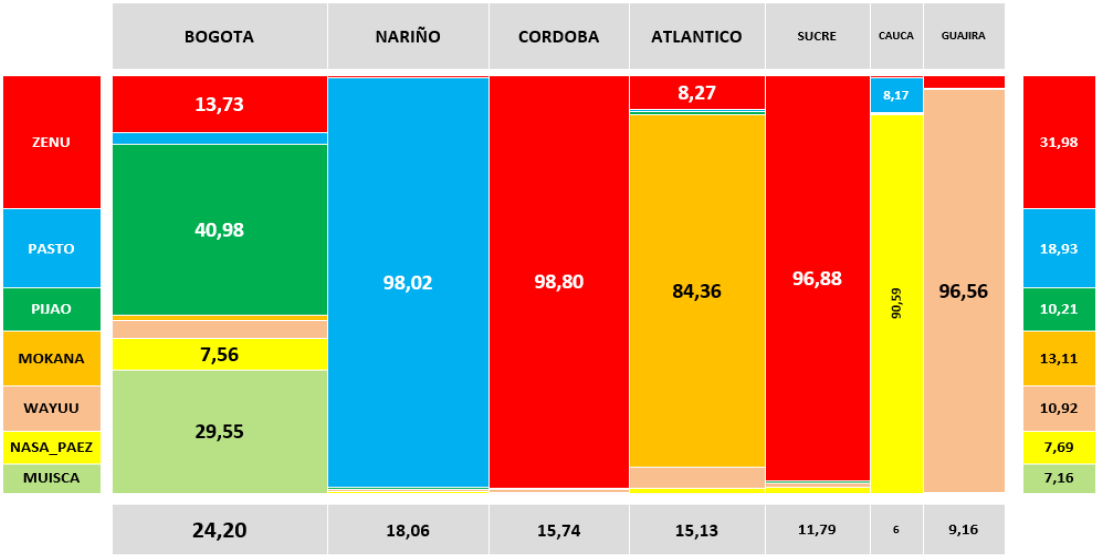
Característica sociodemográfica		n	%
Sexo	Hombre	15 953	50,7
	Mujer	15 523	49,3
Grupo de edad	Menor de un año	71	0,2
	1 a 9 años	968	3,1
	10 a 19 años	2 787	8,9
	20 a 29 años	7 621	24,2
	30 a 39 años	7 436	23,6
	40 a 49 años	4 938	15,7
	50 a 59 años	3 658	11,6
	60 a 69 años	2 081	6,6
	70 a 79 años	1 143	3,6
	80 a 89 años	637	2,0
	90 a 99 años	133	0,4
	Mayores de 100	3	0,009
Seguridad social	Subsidiado	10 172	32,3
	Contributivo	15 318	48,7
	Excepción	1702	5,4
	No asegurado	596	1,9
	Indeterminado	2 984	9,5
	Especial	704	2,2
Estrato socioeconómico	Uno	12 710	40,4
	Dos	10 049	31,9
	Tres	4 017	12,7
	Cuatro	549	1,7
	Cinco	186	0,6
	Seis	126	0,4
	No sabe / No responde	3 839	12,2
Área	Urbano	25 612	81,3
	Rural	5 964	19,9
Fuente/tipo de contagio	Comunitaria	17 406	55,3
	En estudio	5 928	18,8
	Importado	58	0,2
	Relacionado	8 084	25,7
Estado actual	Fallecido	1 044	3,3
	Fallecido otra causa	205	0,6
	Recuperado	30 227	96,0

Fuente: Instituto Nacional de Salud, Sivigila, 2020

El 58,1 % de los casos refirió presencia de algún síntoma de COVID-19, siendo la tos el de mayor frecuencia con el 40,2 %, seguido de fiebre con 33,3 %, en tanto que, en menor proporción se presentaron diarrea 3,4 % y conjuntivitis 0,8 %. Por otra parte, el 11 % de los sujetos presentó algún antecedente patológico como: diabetes 24,6 %, obesidad 18,2 %, enfermedad cardiaca 11,8 %, EPOC 9,8 %, fumador 9,7 %, Asma 9,2 %, insuficiencia renal 6,5 %, cáncer 4,6 %, desnutrición 2,2 %, VIH 1,7 %, HTA 1,5 % y tuberculosis 1,2%.

En el comportamiento por lugar de notificación, se observó que el Distrito de Bogotá notificaron el 19,1 % de los casos y el pueblo más afectado fue el Pijao con 41,8 %; el Departamento de Nariño representa el 15,8 % de la notificación y su pueblo más afectado fue el Pasto con 77,4 %; La Guajira representa el 7,1 % y el pueblo más afectado es el Wayuu con 56,2 %, Atlántico representa el 8,5 % y el pueblo más afectado fue el Mokana con 63,2 %.

Figura 1. *Distribución de COVID-19 en población indígena de acuerdo con pueblo indígena y departamento, Colombia, 2020*



Fuente: Instituto Nacional de Salud, Sivigila, 2020

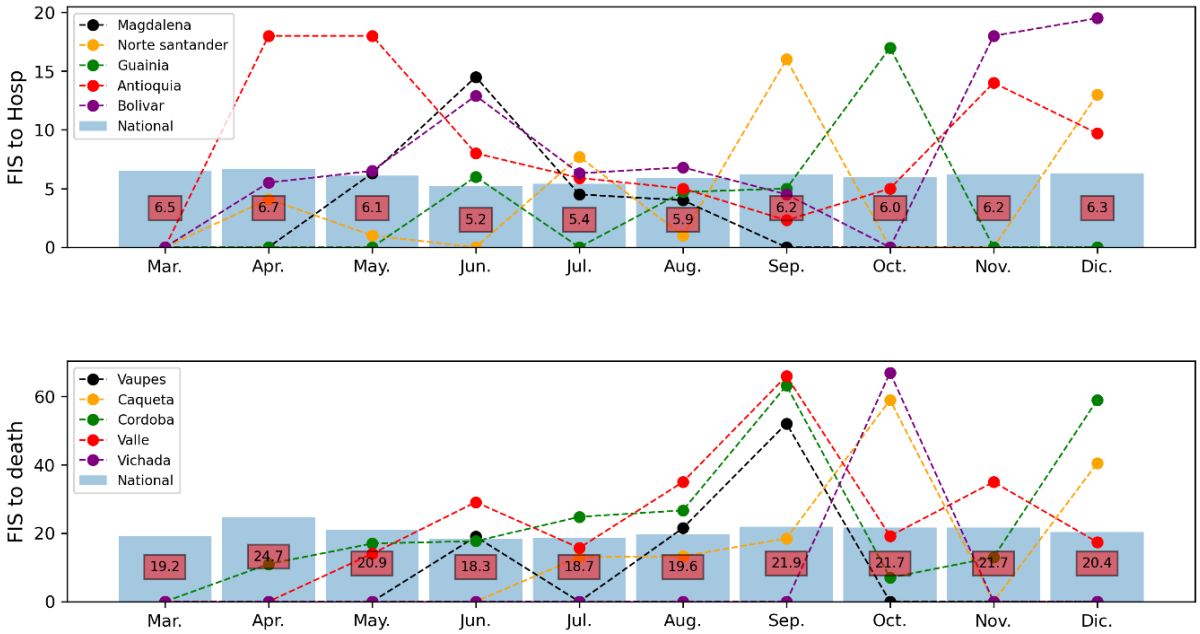
En el análisis de indicadores de oportunidad en la atención se evidenció que el valor máximo de diferencia entre la fecha de inicio de síntomas y la hospitalización fue 20 días, siendo en abril para el Departamento de Antioquia y en diciembre para el Atlántico. Entre la fecha de inicio de síntomas y la muerte se observó una diferencia máxima de 60 días en septiembre y octubre en los cinco departamentos.

Desenlaces fatales

Se confirmaron 1 044 muertes por COVID-19 en la población indígena durante al año 2020, la tasa de mortalidad fue de 54,8 casos por cada 100 000 indígenas, encontrándose Quindío, Cundinamarca, Santander, Valle del Cauca, Norte de Santander, Amazonas, Atlántico, Bolívar y Bogotá por encima del percentil 75. La letalidad para Colombia fue de 3,32 %, situándose por encima del percentil 75 los departamentos de Amazonas, Caquetá, La Guajira, Boyacá, Putumayo, Atlántico, Córdoba, Norte de Santander y Magdalena.

El 63,9 % eran hombres, el 51,2 % vivían en estrato uno. El 87,9 % presentaron síntomas, en

Figura 2. *Indicadores de oportunidad en la atención de COVID-19 en población indígena por departamento, Colombia, 2020*



mayor proporción tos 71,5 %, fiebre 61,4 %, en tanto que, ageusia 3,1 % y conjuntivitis 0,7 % presentaron las menores proporciones. El 69,1 % presentaba algún antecedente, en mayor proporción diabetes con el 17,0 %, en menor proporción otros antecedentes con 1,91 % los cuales incluye VIH, tuberculosis y desnutrición.

Se encontró asociación entre la mortalidad por COVID-19 y el sexo masculino (OR:1,7; p 0,00), persona con discapacidad (OR: 2,3; p 0.03); tos (OR: 2,3; p 0,00), fiebre (OR: 1,9; p 0,00), dificultad respiratoria (OR: 4,2; p 0,00), EPOC (OR: 6,6; p 0,00), diabetes (OR 3,06; p 0.00), cáncer (OR: 6,7; p 0.00), obesidad OR: 2,3; p 0.00), insuficiencia renal (OR: 3,1; p 0.00), fumador (OR: 1,5; p 0.04) e hipertensión (OR: 2,0; p 0,00).

Discusión

Partiendo de la frase "No puedo ser más contundente… sí, COVID-19 entra en nuestras comunidades, nos vamos". De Pat Turner, director ejecutivo, Organización Nacional de Salud Controlada por la Comunidad Aborigen, Australia. Esta frase nos indica que la pandemia del COVID-19 constituyó una grave amenaza para la salud de los pueblos indígenas de todo el mundo. Si bien, Las estadísticas antes de la pandemia revelaban un panorama preocupante, marcado por un acceso deficiente a la atención en salud, tasas significativamente más altas de enfermedades transmisibles y no transmisibles, falta de acceso a servicios públicos básicos, saneamiento y otras medidas preventivas clave, como agua potable y jabón. Esta situación precaria creó un caldo de cultivo perfecto para la propagación del virus, exacerbando las desigualdades existentes y generando un impacto desproporcionado en las comunidades más vulnerables. (1,10,14,15).

Los datos sobre las tasas de infecciones entre los pueblos indígenas no están disponibles de manera rápida y en la mayoría de los países la información oficial sobre COVID-19 no se desglosa por pertenencia étnica, la OMS estimó que, hasta julio, 70 000 personas indígenas se habían contagiado y más de 2 000 habían fallecido en América (OMS, 2020) (14). Desde

Tabla 2. *Características sociodemográficas población indígena con COVID-19, Colombia, 2020*

Factor		OR	Valor p	IC 95%
Sexo	Hombre	1,7	0,00	1,5 - 1,9
Grupos poblacionales	Persona con discapacidad	2,3	0,03	1,05 - 5,1
Síntomas	Tos	2,3	0,00	1,9 - 2,7
	Fiebre	1,9	0,00	1,6 - 2,2
	Dificultad respiratoria	4,2	0,00	3,6 - 4,9
Antecedentes	EPOC	6,6	0,00	5,0 - 8,7
	Diabetes	3,0	0,00	2,4 - 3,8
	Enfermedad cardiaca	2,9	0,00	2,2 - 3,9
	Cáncer	6,8	0,00	4,3 - 10,6
	Obesidad	2,2	0,00	1,7 - 3,03
	Insuficiencia renal	3,1	0,00	2,2 - 4,5
	Fumador	1,5	0,04	1,01 -2,36
	Hipertensión	2,0	0,00	1,4 -2,8

los primeros casos confirmados de COVID-19 en las Américas hasta el 14 de enero de 2021 se notificaron 303 734 casos confirmados y 4 406 defunciones de COVID-19 en población indígena (15). Respecto al número de casos por encima de Colombia se encontró Brasil con 38 909, mientras que por debajo del país se encontró, Ecuador con 4 668, Bolivia con 3 485, Guatemala 14 316, México 13 565 y Perú 19 405, a fecha 11 de diciembre.

La incidencia para Colombia fue de 1 651,75 por cada 100 000 habitantes, en México reportaron incidencia de 150,74 casos por cada 100 000 habitantes en los municipios indígenas al 20 de agosto del año 2020. En Colombia el 50,7 % son hombres, cifra similar a la reportada por México, con 54 % (18).

De acuerdo con los pueblos indígenas en Perú, los que mayor número de casos presentaron fueron: Awajun 7 462 casos, Kichwaruna 2 949, otros 2 072, Ashaninka 2 001, Shipibo – konibo 1 247, Achuar Achual 880 casos en indígena Amazónico. En Colombia los pueblos indígenas que presentan mayor número de casos fueron Zenu 4 369 casos, Pijao 2 151 casos, Pasto 1 977 casos, Wayuu 1 440 casos, Mokana 1 433 casos.

En cuanto a los síntomas más prevalentes, en Colombia la tos se presentó con mayor frecuencia (40,1%), seguida de fiebre (33,3%) y adinamia (21,9%). En menor medida se observaron ageusia (6,34%), diarrea (3,42%) y conjuntivitis (0,79%). En México, al igual que en Colombia, la tos fue el síntoma principal (85,4%). Sin embargo, el segundo y tercer síntomas más comunes difieren: en México fueron cefalea (79,7%) y fiebre (77,4%), mientras que en Colombia fueron fiebre y adinamia. Entre los síntomas menos frecuentes, el dolor abdominal (15%), la conjuntivitis (10,8%) y el vómito (9,3 %) se presentaron en proporciones similares en ambos países (18).

Continuando con la teoría que los ancianos indígenas corren un gran riesgo en esta pandemia debido al impacto devastador del virus en las personas mayores en general y, en el caso de algunas comunidades indígenas, a las viviendas hacinadas y multigeneracionales donde viven comúnmente, lo que facilita la propagación del COVID-19; cabe resaltar que, el impacto en los ancianos indígenas tiene implicaciones culturales para sus comunidades, ya que ellos desempeñan un papel clave en el mantenimiento y la transmisión del conocimiento, la cultura, las prácticas tradicionales indígenas y la lengua. El 70,7% de los fallecimientos en indígenas en Colombia se presentó en adultos mayores de 60 años; en México se han presentado 1 521 mortalidades de adultos mayores de 60 años con corte a 29 de abril de 2021, lo cual evidencia el impacto en este grupo de edad (18).

Ahora bien, teniendo en cuenta las comorbilidades referidas en Colombia la mayor proporción se encuentra la diabetes con 24,6 %, obesidad 18,2 %, enfermedad cardiaca 11,8 %, EPOC 9,8 %; en menor proporción cáncer 4,62 %, desnutrición 2,25 %, VIH 1,73 %, tuberculosis 1,21 %; en México 31,4 % HTA, diabetes 29,2 %, obesidad 18,3 %, EPOC 4,9 %, en menor proporción asma 2,2 %, inmunosupresión 1,5 %, VIH 0,3 %. Se evidenció que para el caso de la diabetes la proporción es similar, levemente superior en México, el EPOC la cifra es superior para Colombia, VIH es levemente superior para Colombia, la obesidad tiene cifras muy similares entre los dos países (18).

En Colombia la tasa de mortalidad en la población indígena fue de 54,79 casos por cada 100 000 habitantes; revisando las cifras de otros países de la región los casos fallecidos a 11 de diciembre fueron: Brasil 496, Ecuador 164, Bolivia 151, Guatemala 321, Perú 98, México 1 965. En Colombia el 63.88 % de las mortalidades es del sexo hombre, en México 63 % (18).

En Perú los pueblos indígenas de mayor mortalidad fueron Awajun, seguido de Kichwaruna, Yine Yami, Shipibo-Konibo, Cocoma – Cocamilla, mientras que en Colombia fue Zenu, Pasto, Pijao, Mokana, Wayuu, Nasa Paez y Muisca (16).

Respecto a la tasa de letalidad se evidenció México letalidad de 11,38 % en los municipios indígenas, en Brasil a 1 de octubre la letalidad del país fue de 2,6 % (18). En Colombia la tasa de letalidad fue de 3,32 %.

Merece la pena mencionar que de acuerdo con el perfil de salud de los pueblos indígenas para el año 2014, respecto a la letalidad, la tasa más alta se presentó por tuberculosis extrapulmonar 16 %, letalidad por defectos congénitos 60.94 %, letalidad de tétanos neonatal 50 %, la letalidad por infección respiratoria aguda grave (IRAG) para el periodo 2009-2014, el año 2011 presento una tasa de 18.92 % siendo la más alta, en tanto que para el año 2014 fue del 0 %; por lo tanto se observa que el comportamiento es el esperado respecto a este indicador (22).

Los indicadores de oportunidad revelan que, en promedio, transcurren tres días entre la aparición de síntomas y la consulta médica. Sin embargo, este promedio varía según el departamento y el pueblo indígena. En el Cauca, el promedio es de cinco días, mientras que para los pueblos Kankuamo, Muisca, Nasa Páez y Pasto es de cuatro días.

Esta diferencia podría estar relacionada con el hecho de que la mayor parte de la población indígena reside en zonas rurales, donde el acceso a los servicios de salud es más limitado. Según la Encuesta Nacional de Demografía y Salud (ENDS), el porcentaje de personas en áreas rurales que acuden al médico o institución de salud (57,4%) es casi nueve puntos porcentuales inferior al de las áreas urbanas (66,5%). Además, en las zonas rurales es más frecuente el uso de opciones no institucionales, como los remedios caseros, los cuales son cinco puntos porcentuales más comunes que en las zonas urbanas. En el caso de las comunidades indígenas, es importante considerar que la medicina ancestral suele ser la primera opción de tratamiento antes de acudir al Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) (22).

Continuando con esta misma encuesta, dentro de los departamentos donde la población acude con menor frecuencia a tratamiento médico ante sus problemas de salud se encuentran Norte de Santander, Santander, Boyacá, Meta, Quindío, Huila, Cauca, Nariño, Chocó, Arauca, Casanare y Guaviare (en menos de 60% de los casos), información concordante con el presente análisis donde se evidencia el departamento de Cauca con mayor promedio en días desde la fecha de inicio de síntomas a la consulta.

La crisis sanitaria generó diversas respuestas por parte de los pueblos indígenas con el fin de adoptar medidas para proteger a las comunidades en los territorios. Estas medidas han sido por lo menos en tres niveles. Por un lado, la definición de protocolos de seguridad propios para mitigar los riesgos de contagio de COVID-19 dadas las precariedades estructurales del derecho a la salud hacia los pueblos indígenas. En segundo lugar, el diseño y aplicación de un Sistema Territorial de Monitoreo promovido por la Organización Nacional Indígena de Colombia (ONIC) que realizaba seguimiento diario a los contagios de indígenas y que contó con un modelo de identificación de comunidades en riesgo de contagio. En tercer lugar, la interposición de diversas acciones judiciales y de denuncia en favor de la defensa de los derechos fundamentales de los pueblos indígenas en contexto de la emergencia sanitaria, cuya proliferación durante los primeros tres meses de la emergencia en el país evidenciaron las múltiples afectaciones que la pandemia implicó para los pueblos indígenas.

Conviene mencionar que, respecto a la comunicación del riesgo los pueblos indígenas no tienen acceso a toda la información disponible sobre la COVID-19, usualmente es ampliamente diseminada en redes sociales y en televisión y que no suele considerar las lenguas indígenas. Esta limitación de acceso muchas veces imposibilita a los pueblos indígenas en su ejercicio político como ciudadanos de pleno derecho, y sus necesidades de protección no son abordadas de manera apropiada.

Se observaron limitaciones cuando se quiere analizar y estudiar posibles diferencias entre como se ha comportado la afectación por la pandemia en los pueblos indígenas en distintas regiones de las Américas, teniendo en cuenta que la información y los datos para intentar analizar son muy heterogéneos entre países y en algunos casos no está disponible fácilmente

Conclusiones:

- La incidencia en la población indígena colombiana fue intermedia entre otros países latinoamericanos como Brasil y Perú.
- La tasa de incidencia y mortalidad fue inferior a la tasa nacional, mientras que la tasa de letalidad fue superior.
- El COVID-19 tuvo un impacto en la población indígena, teniendo en cuenta que la mortalidad fue mayor en los hombres y el 70,7 % fue en los mayores de 60 años; esta población es muy importante en su estructura porque juegan un papel clave en la preservación y transmisión de conocimientos, cultura, prácticas tradicionales indígenas y lenguas.

Recomendaciones:

Nuestros pueblos indígenas forman parte del mosaico socio-cultural que nos da identidad y pluralidad, la herencia histórica de nuestros antepasados es muy importante, ya que dentro de ellas se encuentran, la herencia de las lenguas, las danzas, música, la forma única de relacionarse con la gente y su forma de vida eficiente en los medios naturales, donde se resalta que, con sus conocimientos ancestrales contribuyen a la adaptación ante el cambio climático y nos recuerdan que nuestra tierra es vida y que siempre hay que tener presente la armonía entre la humanidad y la naturaleza. Por lo tanto, es importante fortalecer los programas de promoción de la salud y prevención de la enfermedad, generar estrategias de evaluación de las políticas públicas de esta población,

garantizar que las instituciones prestadoras de servicios de salud implementen medios de comunicación acordes y conservando las lenguas indígenas y articulando los saberes, esto a corto, mediano y largo plazo.

Para realizar un análisis más completo y preciso de las diferencias en el impacto de la pandemia en los pueblos indígenas de las Américas, se recomienda complementar los datos cuantitativos existentes con enfoques cualitativos, etnográficos y antropológicos.

Agradecimientos

A las entidades territoriales a nivel nacional y al equipo del Instituto Nacional de Salud.

Conflicto de interés

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Referencias

1. ONU. Organización de Naciones Unidas. Departamento de asuntos económicos y sociales pueblos indígenas. [Internet]; 2021 [consultado 20 de julio de 2021]. Disponible en: https://www.un.org/development/desa/indigenous-peoples-es/historia.html.

2. National Geographic. ¿Cuántos pueblos indígenas hay en América Latina? [Internet]; 2018 [consultado 20 de julio de 2021]. Disponible en: https://www.ngenespanol.com/traveler/cuantos-pueblos-indigenas-hay-en-america-latina/

3. Minsalud. Encuesta Nacional de Demografía y Salud 2015 [Internet]. ; 2016 [cited 2024 May 20]. Available from: https://profamilia.org.co/wp-content/uploads/2019/05/ENDS-2015-TOMO-II.pdf

4. DANE. Departamento Administrativo Nacional de Estadística. Resultados del censo nacional de población y vivienda 2018. Información de los grupos étnicos en Colombia. [Internet]; 2018 [consultado 20 de julio de 2021]. Disponible en: https://www.dane.gov.co/index.php/estadisticas-por-tema/demografia-y-poblacion/grupos-etnicos.

5. ONIC. Organización Nacional Indígena de Colombia. Pueblos. [Internet]; 2018 [consultado 20 de julio de 2021]. Disponible en: https://www.onic.org.co/pueblos

6. Guerra Francisco. Origen de las epidemias en la conquista de América. Quinto centenario, ISSN 0211-6111, Nº 14, 1988, págs. 43-52

7. Yvette Sierra Praeli. https://es.mongabay.com/2020/03/pueblos-indigenas-coronavirus-america-latina/

8. Cordero del Campillo. 2001. Las grandes epidemias en la america colonial. Departamento de Sanidad Animal. Facultad de Veterinaria. Universidad de León. de Vegazana. 240071 León. España

9. Senti-pensarnos tierra: Epistemicidio y genocidio en tiempos de COVID-19: numero 1, Octubre 2020 / Patricia Gualinga... [et al.] ; coordinacion general de Felipe Milanez Pereira ; Mina Lorena Navarro Trujillo ; Denisse Roca-Servat; editado por Felipe Milanez Pereira ; Melissa Moreano ; Raquel Neyra.- 1a ed.- Ciudad Autonoma de Buenos Aires : CLACSO, 2020.

10. Ruben Muñoz, Renata Cortez, Impacto social y epidemiologico del COVID-19 en los pueblos indígenas de Mexico. https://debatesindigenas.org/notas/54-impacto-social-covid-19.html

11. Ricardo Ventura Santos 1,2 Ana Lucia Pontes 1 Carlos E. A. Coimbra Jr. Un "hecho social total": COVID-19 y pueblos indígenas en Brasil

12. Banco mundial. Latinoamérica indígena en el siglo XXI. 2021 https://www.bancomundial.org/es/region/lac/brief/indigenous-latin-america-in-the-twenty-first-century-brief-report-page

13. CEPAL. El impacto del COVID-19 en los pueblos indígenas de America Latina – Abya Yala. Ente la invisibilizacion y la resistencia colectiva. https://www.cepal.org/sites/default/files/publication/files/46543/S2000817_es.pdf

14. OPS. Organización Panamericana de la Salud. Organización Mundial de la Salud oficina regional para las Américas. Actualización Epidemiológica enfermedad por coronavirus (COVID-19), 15 de enero de 2021. Organización Panamericana de la Salud • www.paho.org• © OPS/OMS, 2021

15. Ministerio de Salud Perú. Viceministerio de Salud Pública, Centro Nacional de Epidemiologia, Prevención y control de enfermedades. Sala de población indígena con COVID-19. https://www.dge.gob.pe/portalnuevo/informacion-publica/sala-de-poblacion-indigena-con-covid-19/

16. The Impact of COVID-19 on Indigenous Peoples POLICY BRIEF NO70

17. Iglesias-Osores S, Saavedra-Camacho J. COVID-19 en comunidades indígenas del Perú: casos y accesibilidad a servicios de salud. An Fac med. 2020;81(2):250-1: https://doi.org/10.15381/anales.v81i2.18057

18. COVID-19 MÉXICO: Panorama en población que se reconoce como indígena. https://coronavirus.gob.mx/wp-content/uploads/2021/05/A_COVID_19_29_abril_2021_PoblacionIndigena.pdf

19. COVID-19 Mortality Among American Indian and Alaska Native Persons — 14 States, January–June 2020, https://www.cdc.gov/mmwr/volumes/69/wr/mm6949a3.htm

20. Medical Basis for Increased Susceptibility of COVID-19 among the Navajo and other Indigenous Tribes, https://www.preprints.org/manuscript/202004.0217/v1

21. The challenges facing indigenous communities in Latin America as they confront the COVID-19 pandemic, https://link.springer.com/content/pdf/10.1186/s12939-020-01178-4.pdf

22. Ministerio de salud y protección social. Perfil de salud de la población indígena, y medición de desigualdades en salud. Colombia 2016