

*Este documento ha sido traducido por el Área de Servicios de Información, Traducción y Lenguas Originarias de la Biblioteca del Congreso de la República con fines meramente informativos para los usuarios de la institución. Se trata de una traducción no oficial del texto en inglés «Facing a double burden of inequity: A qualitative participatory study of the experiences of a remote Indigenous population in Andean Peru during the COVID-19 pandemic». La versión en español no ha sido verificada por esta institución ni por los autores\*.*

**Título del documento:**

**Inglés:** «Facing a double burden of inequity: A qualitative participatory study of the experiences of a remote Indigenous population in Andean Peru during the COVID-19 pandemic»

No. de páginas: 15

Enlace:

<https://www.tandfonline.com/doi/epdf/10.1080/17441692.2025.2579684?needAccess=true>

Fecha de documento: 25 de noviembre del 2025

**Español:** «Enfrentando una doble carga de inequidad: un estudio participativo cualitativo sobre las experiencias de una población indígena remota en los Andes del Perú durante la pandemia de la COVID-19»

No. de páginas: 23

Fecha de documento: febrero del 2026

**Institución:** Global Public Health.

**Derechos de autor:** Publicado por Informa UK Limited, que opera como Taylor & Francis Group. Este es un artículo de acceso abierto distribuido bajo los términos de la licencia Creative Commons Attribution (<http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>), que permite el uso, distribución y reproducción sin restricciones en cualquier medio, siempre que se cite adecuadamente el trabajo original. Los términos en los que se ha publicado este artículo permiten la publicación del manuscrito aceptado en un repositorio por el autor o autores o con su consentimiento.

**Sobre el emisor**

**o productor:** Global Public Health, es una revista internacional que publica investigaciones sobre salud pública, acceso a la salud y políticas globales de salud, incluyendo los aspectos sociales y culturales de los problemas de salud global.

---

\* N. del T.: Documento traducido del inglés al español por el Área de Servicios de Información, Traducción y Lenguas Originarias de la Biblioteca del Congreso de la República (EVR).

## ARTÍCULO DE INVESTIGACIÓN

# Enfrentando una doble carga de inequidad: un estudio participativo cualitativo sobre las experiencias de una población indígena remota en los Andes del Perú durante la pandemia de la COVID-19

Hattie Lowe<sup>a</sup>, Jennie Gamlin<sup>a</sup>, Blenda Milagros Abarca Díaz<sup>b</sup>, Renan Espezu<sup>b</sup>, María Calderón<sup>b</sup>, Laura J Brown<sup>a</sup> y Jenevieve Mannell<sup>a</sup>

<sup>a</sup> Instituto de Salud Global, University College London, Londres, Reino Unido; <sup>b</sup> Hampi Consultores en Salud, Lima, Perú

### RESUMEN

La pandemia de la COVID-19 afectó profundamente a las poblaciones indígenas de todo el mundo, extendiéndose mucho más allá de los resultados biomédicos de enfermedades y mortalidad. Este estudio explora las experiencias de una comunidad indígena quechua en la isla Amantaní, Perú, desde una perspectiva crítica de antropología médica. Adoptando un enfoque participativo, colaboramos con miembros de la comunidad para explorar los múltiples impactos de la COVID-19 en su salud y bienestar. Los facilitadores locales utilizaron métodos participativos para recopilar datos cualitativos de 10 hombres y 8 mujeres durante talleres de dos días segregados por género dentro de un estudio de investigación más amplio de cuatro años. Los datos se analizaron temáticamente. Nuestros hallazgos revelan que la COVID-19 intensificó la inestabilidad económica, el aislamiento social y las disparidades educativas en Amantaní, con impactos significativos en el bienestar. La interrupción del turismo, principal fuente de ingresos, generó serias dificultades financieras, mientras que las medidas de confinamientos afectaron la cohesión social y limitaron el acceso a diversos servicios. A pesar de estos desafíos, las comunidades Amantaní implementaron estrategias de afrontamiento autónomas: la reactivación de prácticas ancestrales como el trueque, el desarrollo de nuevas actividades generadoras de ingresos y el aprovechamiento de redes sociales de apoyo. Este estudio subraya la importancia de abordar los determinantes estructurales de la salud e integrar los sistemas de conocimiento indígena en las estrategias de salud pública. Al destacar las desigualdades sistémicas preexistentes y las fortalezas comunitarias, se aboga por una preparación y respuesta ante pandemias impulsadas por la equidad, haciendo énfasis en la necesidad de una atención sanitaria culturalmente competente y de procesos de formulación de políticas más inclusivos.

### HISTORIA DEL ARTÍCULO

Recibido el 11 de febrero del 2025  
Aceptado el 18 de octubre del 2025

### PALABRAS CLAVE

Salud indígena; equidad en salud; COVID-19; investigación participativa basada en la comunidad

**CONTACTO** Hattie Lowe [hattie.lowe@ucl.ac.uk](mailto:hattie.lowe@ucl.ac.uk) Instituto de Salud Global, University College London, 30 Guilford Street, Londres WC1N1EH, UK

© 2025 El(los) autor(es). Publicado por Informa UK Limited, operando como Taylor & Francis Group.

Este es un artículo de Acceso Abierto distribuido bajo los términos de la Licencia de Creative Commons Attribution (<http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>), que permite uso, distribución y reproducción sin restricciones en cualquier medio, siempre que se cite correctamente la obra original. Las condiciones de publicación de este artículo permiten la publicación del Manuscrito Aceptado en un repositorio por parte del autor o autores o con su consentimiento.

## Introducción

Las repercusiones de la pandemia de la COVID-19 se extendieron mucho más allá de los resultados clínicos inmediatos de infección y mortalidad, con profundas consecuencias sanitarias, sociales y económicas a nivel mundial. Los impactos son amplificadas en las poblaciones indígenas, que enfrentan desigualdades profundamente arraigadas y una despriorización sistémica de su salud y bienestar (McLeod et al., 2023; Power et al., 2020). Durante la pandemia, las poblaciones indígenas sufrieron descensos significativos en salud mental y el bienestar, con un aumento en las tasas de depresión, ansiedad, estrés y conductas suicidas, agravados por el acceso limitado a servicios culturalmente apropiados (Mollons et al., 2023; Moya-Salazar et al., 2023). Las restricciones del confinamiento provocaron una pérdida notable de medios de vida y una inseguridad alimentaria generalizada cuando se suspendieron las actividades generadoras de ingresos y de subsistencia. Esto es especialmente devastador para las comunidades indígenas, ya que dependen más de las economías informales para sostener sus medios de vida (Haas et al., 2021; Kasi & Saha, 2021; Pickering et al., 2023). Las tasas de violencia contra las mujeres y las niñas (VAWG, *por sus siglas en inglés*) se incrementaron de manera significativa durante la pandemia, con consecuencias especialmente devastadoras para las mujeres y niñas indígenas, quienes enfrentan mayores barreras para acceder a servicios de apoyo adecuados y apropiados (Salgado, 2024).

A pesar de las cargas sanitarias, sociales y económicas desproporcionadas que la pandemia de la COVID-19 impuso a los pueblos indígenas a nivel mundial, en muchos países se evidenció una limitada voluntad política para brindar apoyo especializado que respondiera a sus necesidades específicas (Fellows et al., 2021; Williamson et al., 2021). Estas medidas incluían la provisión de atención sanitaria culturalmente competente y respetuosa, en particular para las comunidades indígenas remotas; el aumento del acceso a los servicios de salud para ofrecer tratamiento y manejo de la COVID-19; la cobertura de vacunación; la difusión de información preventiva sobre la COVID-19 en lenguas indígenas; y la implementación de programas de asistencia económica que proporcionaran una red de seguridad para las comunidades indígenas que experimentaban inestabilidad económica (Pickering et al., 2023).

Estas insuficiencias en el apoyo estructural no solo se hacen evidentes durante las crisis; la pandemia ha exacerbado y visibilizado las inequidades existentes que contribuyen a los bajos niveles de salud y bienestar de los pueblos indígenas (Pickering et al., 2023). A pesar de ello, el discurso global sobre las experiencias indígenas frente a crisis globales como la COVID-19 continúa centrado en los determinantes conductuales y sociales inmediatos, en lugar de examinar los factores estructurales más amplios que han configurado la salud y el bienestar indígena durante siglos, como el legado persistente de la colonización y las profundas desigualdades sociales y económicas. Abordaremos esta brecha mediante una investigación realizada con comunidades indígenas desde la perspectiva de la antropología médica crítica, con un especial énfasis en la economía política de la salud.

### *Situar las experiencias indígenas de la COVID-19 en la antropología médica crítica: examinar las causas de las causas*

La antropología médica crítica adopta una perspectiva estructural y sistémica para comprender la salud, al situar intrínsecamente la economía política dentro de los procesos de salud, enfermedad, tratamiento y prevención (Menéndez, 2020). Esta posición resulta particularmente adecuada para comprender la salud y el bienestar de los pueblos indígenas, dado que estos se encuentran en la intersección de diversas formas de opresión que, en última instancia, se derivan de lo que Echeverrri (1975) denomina la sustancia que define la naturaleza de la sociedad. En esta línea, Breilh (2023, p. 8) sostiene que dicha sustancia corresponde al modo de organización de la sociedad basado en un sistema de «grandes desequilibrios históricos de poder», que incluye la producción de conocimiento.

En su comentario, Gamlin y sus colegas abogan por centrar la antropología médica crítica dentro del discurso global sobre la COVID-19, con el fin de mantener la determinación estructural de la salud y la justicia social en el núcleo de las ontologías globales de la salud relacionadas con la COVID-19 (2021, p. 1). Sostienen que los modelos explicativos biomédicos hegemónicos dominan el discurso global, restando atención a la determinación social de la COVID-19 y, en particular, al papel que los sistemas políticos y económicos han desempeñado en la configuración de la magnitud y el impacto de la crisis para determinados grupos. La antropología médica crítica se inscribe en el marco más amplio de la economía política de la salud, que estudia cómo las desigualdades en salud están determinadas por las estructuras e instituciones sociales, especialmente en relación con las instituciones políticas y económicas y las relaciones capitalistas de producción (Restivo, 2005), y combina esta tradición con un análisis antropológico culturalmente sensible para comprender el comportamiento humano y las experiencias de salud (Singer, 2004; Witeska-Młynarczyk, 2015). Un enfoque de la antropología médica crítica aplicado a la COVID-19 trasciende el modelo de los determinantes sociales de la salud, el cual se centra en el análisis de factores de riesgo específicos, como el nivel educativo y la situación socioeconómica, y su asociación causal con los resultados en salud (Marmot, 2005; Organización Mundial de la Salud, 2024), para considerar las dinámicas más amplias y los procesos sociales que producen las desigualdades, que configuran la salud de las poblaciones (Braveman y Gottlieb, 2014; Spiegel et al., 2015).

Este enfoque crítico para comprender la complejidad de la salud y el bienestar de una población resulta especialmente pertinente para analizar las experiencias indígenas de la COVID-19, ya que prioriza la comprensión de cómo las fuerzas sociales y económicas globales pueden marginar y perjudicar a las comunidades locales. Asimismo, aboga por la necesidad de prestar especial atención a las ‘formas indígenas de conocimiento’ (Breilh, 2023, p. 8), con el fin de descentralizar las formas dominantes de producción de conocimiento sobre la salud.

### *La determinación de la salud y el bienestar indígenas en Amantaní, Perú*

El presente estudio se llevó a cabo en Amantaní, una isla situada en el lago Titicaca, en los Andes peruanos. Alberga una población predominantemente indígena quechuahablante, distribuida en diez comunidades rurales. El turismo constituye la principal fuente de ingresos de estas comunidades, que ofrecen hospedaje en casas

familiares y producen y venden artesanías tradicionales a visitantes extranjeros. Las poblaciones indígenas andinas del Perú presentan indicadores de salud menos favorables en comparación con la población no indígena, evidenciados en mayores tasas de mortalidad infantil, una proporción más alta de niños nacidos con bajo peso al nacer y niveles más elevados de desnutrición en niños menores de cinco años (Anderson et al., 2016). Para comprender estas marcadas desigualdades en salud, es necesario adoptar un enfoque holístico que examine los factores sociales, económicos y políticos, que configuran los contextos en los que se producen la salud y el bienestar de las comunidades de Amantaní.

En primer lugar, la desigualdad económica, cuyos orígenes se remontan a la distribución colonial desigual de la riqueza, que concentró la prosperidad económica en las regiones costeras del Perú, en detrimento de las zonas indígenas de la sierra y la Amazonía (Orr, 2020), constituye un desafío persistente para la salud y el bienestar de los pueblos indígenas de los Andes peruanos. Muchas poblaciones indígenas del Perú dependen del sector informal para su subsistencia (Parlamento Europeo, 2021). La agricultura y el turismo conforman la base de la economía de Amantaní (Cheong, 2008; Gascón y Mamani, 2022), lo que hace que las comunidades sean particularmente vulnerables a perturbaciones externas. La inseguridad económica y la desigualdad afectan la salud de las poblaciones indígenas andinas a través del acceso limitado a los servicios de salud, las brechas educativas, la mala nutrición y la inseguridad alimentaria, las condiciones de vida inadecuadas y la exposición a riesgos ambientales (Badanta et al., 2020; Carrillo-Larco et al., 2022). Por ejemplo, los recursos destinados a la provisión de atención sanitaria se distribuyen de manera desigual en el Perú, con una calidad y disponibilidad de servicios inferiores para las poblaciones indígenas (Huarachi et al., 2024; Vidal, 2015). En Amantaní, el acceso a la atención sanitaria se limita a un único establecimiento de atención primaria. Cuando se requiere atención especializada, los habitantes deben desplazarse a un hospital ubicado en la ciudad continental más cercana, un trayecto que puede durar entre dos y cuatro horas en embarcación (Calderón et al., 2023).

En segundo lugar, aunque las comunidades de Amantaní mantienen fuertes vínculos con su territorio y sus recursos naturales, enfrentan importantes desafíos en materia de salud ambiental, como el cambio climático, la contaminación y la pérdida de biodiversidad, con consecuencias directas sobre la salud y bienestar, como se evidencia en nuestro estudio reciente sobre salud ambiental en la zona (Brown et al., 2025). Muchos de estos problemas ambientales están estrechamente relacionados con una historia colonial marcada por el despojo de tierras y la explotación de recursos (Álvarez y Coolsae, 2020). Si bien comunidades indígenas como la de Amantaní asumen una carga desproporcionada, estos problemas ambientales son generados en su mayoría por fuentes externas, como las emisiones nacionales de gases de efecto invernadero y la contaminación asociada a industrias extractivas (Grupo del Banco Mundial, 2022). En generaciones recientes, las dietas en Amantaní han comenzado a incorporar una mayor proporción de alimentos procesados, debido a que los cultivos nativos se han vuelto más difíciles de producir a causa de la contaminación y los cambios ambientales (Brown et al., 2025). Estas transiciones nutricionales contribuyen al incremento de las tasas de enfermedades no transmisibles entre las poblaciones indígenas (Keleman Saxena et al., 2016; Malli et al., 2023).

En tercer lugar, la violencia estructural, el racismo y la discriminación, resultado de un régimen colonial que ha reprimido y marginado la identidad indígena, continúan

afectando la salud mental y física de las poblaciones indígenas andinas (Kirmayer y Brass, 2016). La violencia estructural, entendida como la forma sistémica en que las estructuras sociales, políticas, económicas e institucionales dañan o perjudican a individuos y comunidades al impedirles satisfacer sus necesidades básicas (Farmer, 1996; Farmer, 1999), se manifiesta de múltiples maneras y tiene repercusiones directas en la salud de las poblaciones indígenas en los Andes peruanos. Entre los ejemplos más evidentes se encuentran la discriminación y el maltrato en los servicios de salud, así como la falta de atención culturalmente competente (Montag et al., 2021). Nuestra evaluación de servicios esenciales reveló que las mujeres indígenas quechuahablantes de Amantaní enfrentan discriminación al intentar acceder a servicios de salud, sociales y judiciales en casos de violencia, lo que constituye una barrera significativa para recibir atención adecuada (Calderón et al., 2023). Asimismo, otro ejemplo relevante de violencia estructural y racismo, identificado por la comunidad de Amantaní en el marco de nuestro proyecto más amplio, es la discriminación persistente que experimentan en pueblos y ciudades debido al uso de indumentaria tradicional y a hablar quechua (Mukerji et al., 2025). Esta forma de discriminación sistémica no solo contribuye a la desaparición de las identidades indígenas, sino que también inciden de manera significativa en el deterioro de la salud mental y el bienestar general.

A pesar de las profundas inequidades estructurales que configuran los resultados en salud, las comunidades de Amantaní recurren a las fortalezas de su cultura indígena para proteger su salud y bienestar. El mantenimiento de fuertes vínculos con la naturaleza y el territorio, así como la preservación de la identidad indígena a través del turismo y la continuidad de prácticas indígenas como la reciprocidad, permite que hombres y mujeres de Amantaní continúen «viviendo bien» pese a las profundas injusticias que enfrentan (Mukerji et al., 2025). Estas fortalezas comunitarias locales pueden entenderse dentro del marco del Buen Vivir, un concepto originado en los sistemas de creencias andinos que se refiere, de manera amplia, a vivir en armonía con la naturaleza y en equilibrio con el cosmos (Tapia 4, 2016). El Buen Vivir sitúa en el centro las fortalezas de las epistemologías y cosmovisiones indígenas, lo que se alinea con los llamados a abordar la salud indígena desde enfoques basados en fortalezas, ofreciendo contra narrativas frente a investigaciones centradas en el déficit que presentan a las comunidades indígenas como intrínsecamente débiles y vulnerables (Askew et al., 2020; McKenzie et al., 2016).

De manera complementaria, los estudios antropológicos sobre el sufrimiento emocional y corporal en los Andes ofrecen aportes críticos para comprender cómo el bienestar está moldeado por factores estructurales. Oths (1999) describe la debilidad como una expresión culturalmente específica del malestar vinculada al sobre trabajo y a las tensiones económicas y sociales, mientras que Theidon (2013) explora el dolor como una respuesta moral y colectiva al trauma histórico. Estas perspectivas resultan útiles para analizar cómo la pandemia afectó a Amantaní no solo a través de la disrupción de sistemas, sino también mediante experiencias corporizadas de miedo, duelo e incertidumbre. Considerados en conjunto, el Buen Vivir y estas expresiones locales de la salud mental y el bienestar revelan la compleja interacción entre la enfermedad y la resiliencia frente a inequidades de larga data.

En síntesis, sostenemos que la salud y el bienestar de los pueblos indígenas de Amantaní y de los Andes peruanos se construyen de manera conjunta a partir de los determinantes sociales, políticos y económicos que atraviesan las estructuras en las que los indígenas andinos desarrollan su vida cotidiana. La antropología médica crítica

ofrece una perspectiva desde la cual examinar estos determinantes estructurales de la salud, otorgando centralidad a datos experienciales profundos, localizados y basados en fortalezas, lo cual resulta esencial para construir una comprensión más sólida del impacto de las catástrofes globales y para promover enfoques orientados a la justicia social y la equidad para prepararse y responder ante futuras pandemias.

## **Métodos**

El proyecto Amantaní es una colaboración entre Hampi Consultores en Salud, una consultora de investigación peruana, y University College London, como parte del proyecto más amplio EVE Project (Mannell et al., 2021). El proyecto se inició en marzo del 2020 y constituye una investigación participativa de base comunitaria, cuyo objetivo es trabajar en asociación con las comunidades para codesarrollar evidencia sobre la violencia contra las mujeres y su prevención. El proyecto adoptó un enfoque iterativo y flexible a lo largo de tres fases clave, cada una de las cuales fue moldeada por los aprendizajes derivados del trabajo previo. La fase 1 incluyó una evaluación de la provisión de servicios esenciales para la prevención y el abordaje de la violencia contra las mujeres en Amantaní; la fase 2 incluyó a diez mujeres para explorar la violencia contra las mujeres mediante métodos participativos y basados en las artes; y la fase 3 involucró a ocho mujeres y diez hombres, con el fin de examinar temas más amplios identificados por las comunidades de Amantaní como desafíos que deseaban abordar, entre ellas la COVID-19, la violencia estructural y la discriminación, el turismo y la explotación, así como el clima y el entorno natural (Brown et al., 2025).

### ***Participantes del estudio***

Para las actividades de la fase 2, Hampi reclutó a diez mujeres, una por cada comunidad de Amantaní, mediante muestreo en cadena durante los meses de enero y febrero del 2021. Facilitadores locales se reunieron con las potenciales participantes y sostuvieron conversaciones detalladas sobre los objetivos de la investigación, los riesgos y beneficios de la participación y los mecanismos de compensación por su tiempo. Posteriormente, se solicitó a las participantes que firmaran un formulario de consentimiento informado. Al inicio de las actividades de investigación, las mujeres, con edades comprendidas entre los 18 y los 41 años, participaron en ejercicios orientados a la construcción de relaciones y al fortalecimiento de habilidades, con el fin de crear un espacio seguro para su participación, y brindarles la confianza y las herramientas necesarias para involucrarse activamente en futuras investigaciones. Para la fase 3 del estudio, se reclutó a diez hombres adicionales, con edades entre 26 y 55 años, siguiendo el mismo procedimiento a cargo de facilitadores locales durante los meses de junio y julio del 2022. Diez hombres participaron en el taller sobre la COVID-19 en la fase 3, mientras que dos mujeres se retiraron por motivos personales.

### ***Recolección de datos***

Los datos presentados en este análisis se recopilaron durante los talleres sobre la COVID-19 realizados en la fase 3 de las actividades del proyecto Amantaní. Los talleres se llevaron a cabo en julio del 2022. Una facilitadora local de Puno se encargó de los talleres con mujeres, y otro facilitador local de Puno con hombres. Ambos facilitadores



contaban con formación en ciencias sociales y antropología, y recibieron capacitación adicional en técnicas de facilitación, así como supervisión continua antes, durante y después de los talleres. El objetivo del taller sobre la COVID-19 fue explorar cómo la pandemia afectó la vida cotidiana, la salud mental y el bienestar de hombres y mujeres de Amantaní, así como las estrategias que utilizaron para enfrentar esta adversidad. Los talleres emplearon actividades participativas, como dibujo, juegos de roles y dinámicas lúdicas— para estimular las discusiones grupales. Dos actividades específicas, que aportaron datos para este análisis incluyeron los círculos de la COVID-19 (en los que las personas participantes reflexionaron, mediante dibujos y discusiones, sobre cómo la COVID-19 había impactado las distintas esferas de sus vidas) y una discusión de grupo focal para explorar el impacto de la COVID-19 en la salud mental y el bienestar, así como en la familia y la comunidad en Amantaní. Las actividades se realizaron en español, fueron grabadas en audio y posteriormente transcritas y traducidas al inglés por el equipo local del proyecto.

### *Análisis de datos*

Se utilizó una combinación de codificación inductiva y deductiva como parte de un análisis de redes temáticas del conjunto de datos, realizado con el software Quirkos. HL y JM leyeron todas las transcripciones en una fase de familiarización con los datos antes de iniciar la codificación. En primer lugar, se aplicó un conjunto inicial de códigos deductivos basado en el marco teórico —la determinación estructural de la salud o las causas de la mala salud indígena—. Desde este enfoque, se identificaron segmentos de texto relacionados con factores estructurales y desigualdades existentes que contribuyeron a la experiencia comunitaria de la COVID-19, como el estigma, el racismo y la discriminación. En segundo lugar, las transcripciones se codificaron de manera inductiva para permitir la exploración de nuevos temas y asegurar que la voz comunitaria y la forma en que las propias comunidades enmarcaron sus experiencias ocuparan un lugar central en el análisis. Por ejemplo, se aplicó un conjunto de códigos relacionados con la manera en que las comunidades retomaron prácticas ancestrales para afrontar el impacto económico de la pandemia. Tras esta etapa inicial de codificación básica, se desarrollaron los temas mediante (1) la agregación de temas básicos en temas organizadores según patrones identificados y (2) la síntesis de los temas organizadores en temas globales (Attride-Stirling, 2001). La autora principal (HL) compartió posteriormente el mapa temático generado con JM, trabajando de manera colaborativa para refinar y reorganizar los códigos y temas. El resto del equipo de autoría revisó el mapa de la red temática durante la etapa de edición del manuscrito. El libro de códigos final incluyó tres temas globales y once temas organizadores. Los datos de este análisis se presentan en torno a los tres temas globales.

### *Consideraciones éticas*

El Comité Institucional de Bioética de Vía Libre, Perú (referencia: 6315) y la Universidad de Londres (*University College London*), Reino Unido (referencia: 9663/002) otorgaron la aprobación ética para este estudio. Se utilizaron las recomendaciones éticas y de seguridad de la Organización Mundial de la Salud para la investigación de intervenciones sobre la violencia contra las mujeres (Organización Mundial de la Salud, 2016) como guía para el enfoque ético y la selección de métodos.



Todas las personas participantes otorgaron su consentimiento informado por escrito para participar, y sus nombres reales fueron sustituidos por seudónimos para preservar el anonimato.

## **Resultados**

Se presentan tres temas generales que describen las experiencias de las comunidades indígenas de Amantaní durante la pandemia de COVID-19. Se destaca cómo el impacto de la pandemia en estas comunidades se manifestó mucho más allá de los resultados biomédicos inmediatos, afectando de manera profunda la salud mental, las dinámicas sociales y la estabilidad económica. Asimismo, se analizan los enfoques que utilizaron las comunidades de Amantaní no solo para afrontar la situación, sino también para continuar viviendo de la mejor manera posible en circunstancias extremadamente desafiantes. Las ocho mujeres que participaron en el estudio tenían entre 18 y 41 años, y los diez hombres tenían entre 26 y 55 años. Las mujeres participantes eran principalmente amas de casa, mientras que los hombres se dedicaban a la agricultura, la pesca, la música y el turismo.

### ***Transformación de las realidades sociales y económicas***

Las restricciones impuestas por la pandemia de COVID-19 condujeron a una transformación completa de la vida cotidiana y de las actividades de las comunidades de Amantaní, lo que dio lugar a una grave inestabilidad financiera, debido a la pérdida de empleos, al aumento del costo de vida y al aislamiento social derivado de las limitaciones a la movilidad y a la socialización.

Durante aproximadamente 50 años, los habitantes de Amantaní han utilizado el turismo como fuente de generación de ingresos. Sin embargo, en los últimos diez años, el turismo se ha convertido en la principal fuente de ingresos de las comunidades de Amantaní, mediante un sistema de rotación administrado por el gobierno local y las agencias de turismo (Cheong, 2008; Gascó et al., 2022). El turismo genera empleo para la población local, que ofrece alojamiento a los visitantes en hospedajes familiares, elabora artesanías para su venta y transporta a los turistas hacia y alrededor de la isla en embarcaciones y motocicletas, entre otras actividades generadoras de ingresos. No obstante, debido a las restricciones a los viajes internacionales y a las impuestas por el gobierno peruano, el turismo hacia la isla se detuvo por completo durante nueve meses, lo que tuvo un impacto enorme en los medios de vida de comunidades que habían llegado a depender de este sector informal.

*«Creo que la pandemia ha afectado principalmente a las mujeres, ya que ellas vendían sus artesanías al turismo, y ahora, como no ha habido turismo por la pandemia, ya no ha existido esa fuente de ingresos, porque ellas elaboran artesanías, tejen sus chullos y los ofrecen a los turistas...» (Horacio).*

No solo se perdieron empleos en el sector turismo, sino también en otros sectores, como describió uno de los participantes:

*«La mayor preocupación fue la economía. El dinero es muy importante; si no hay economía, no podemos salir de la isla a trabajar. La pandemia ha afectado el*

*trabajo. En las ciudades los jefes ya no necesitan trabajadores»* (participante masculino).

La inestabilidad financiera generada por la pérdida de empleos e ingresos se vio agravada cuando el costo de vida comenzó a aumentar durante la pandemia. Muchos participantes describieron cómo los alimentos, el combustible y el transporte se volvieron escasos y más costosos durante este período, lo que ejerció presión a las familias, que ya se encontraban en una situación económica precaria. Esto fue una fuente de preocupación y estrés para numerosos participantes, en particular para aquellos con hijos.

*«Nos ha afectado mucho porque, a causa de la pandemia, ha habido retrasos; antes comprábamos queso, ajo, papas, pero ahora está un poco caro, semana a semana los precios han ido subiendo, el dinero ya no alcanzaba, ya no podíamos comprar mucho, ya no podíamos viajar a otras ciudades por falta de dinero»* (Miguel).

Ante la persistente inestabilidad financiera, las comunidades de Amantaní parecieron depender con mayor intensidad de las redes y apoyos sociales, que ya constituyen una parte significativa del tejido social local. Sin embargo, las restricciones a la movilidad y a la socialización hicieron que las comunidades se sintieran «encerradas», atrapadas y aisladas en la isla, lo que afectó tanto a sus relaciones como a su bienestar mental. Debido a la lejanía y a la ubicación geográfica de la isla, la movilidad es fundamental para que las comunidades de Amantaní puedan desplazarse por motivos laborales o visitar a sus familiares. Durante un período de la pandemia, las pequeñas embarcaciones que transportan personas hacia y desde la isla se volvieron mucho menos frecuentes, más costosas y, en algunos casos, dejaron de operar, lo que significó que las comunidades de Amantaní no pudieron salir físicamente de la isla. Este fue un motivo de tristeza y preocupación, especialmente en relación con la inseguridad laboral.

*«Todos estamos tristes porque no había trabajo, solo con mirarnos se notaba. No podíamos salir»* (participante femenina).

La sensación de aislamiento provocada por estar atrapados y confinados en la isla se intensificó debido a la falta de conexión social y emocional entre familias y amistades. Los participantes relataron que no podían realizar sus habituales reuniones y eventos comunitarios, visitar a familiares en otros lugares ni pasar tiempo con sus seres queridos, todos ellos elementos fundamentales para la cohesión social y comunitaria en Amantaní.

*«En mi caso, en cuanto a los amigos, bueno, como llevo viviendo aquí mucho tiempo, siempre nos veíamos, pero la COVID-19 detuvo eso, porque ya ni siquiera íbamos a una tienda a compartir una gaseosa; eso ha sido muy duro para mí, porque hoy ya no es lo mismo»* (David).

### **Una doble carga de desigualdad**

Mientras gran parte del mundo experimentó dificultades durante la pandemia de la COVID-19, para las comunidades de Amantaní la pandemia impuso una doble carga de

desigualdad, en la medida en que las desigualdades estructurales preexistentes que enfrentaban desde hacía décadas como comunidades indígenas remotas se vieron agravadas y puestas en evidencia de manera contundente. Las comunidades de Amantaní carecieron de acceso adecuado a información y a recursos esenciales en materia de salud y además experimentaron situaciones de discriminación al buscar atención sanitaria. Asimismo, los niños de Amantaní quedaron rezagados en su proceso de escolarización, mientras que las mujeres enfrentaron una carga adicional asociada a las desigualdades de género durante la pandemia, lo que afectó su salud mental y su bienestar emocional.

### *Acceso desigual a la información, los recursos y la atención en salud*

Los participantes describieron sentimientos iniciales de confusión al inicio de la pandemia, relacionados con la falta de información que recibieron, lo que generó miedo, ideas erróneas sobre la pandemia e incredulidad. El lenguaje utilizado por el gobierno podía resultar difícil de comprender para las comunidades, y existía un conocimiento limitado sobre qué era la COVID-19, cómo se propagaba y si había llegado o no a la isla.

*«Cuando nos dijeron que “habíamos entrado en cuarentena”. Pero ¿qué es la cuarentena? No entendía; ahora sí entiendo... pero antes no entendía. “Pandemia”... ¿qué es una pandemia...?» (Participante del sexo femenina).*

Ante la ausencia de información oficial, las mujeres participantes, en particular, parecieron recurrir a conocimientos tradicionales para dar sentido a la pandemia, apoyándose en su saber y en su relación con la tierra y los recursos naturales de Amantaní para explicar la causa por la que la isla no registraba casos ni muertes oficiales por la COVID-19.

*Participante del sexo femenino: «Pero aquí en la isla nadie se ha enfermado. Aquí tenemos la muña, el eucalipto. Nadie en la isla ha muerto». Participante del sexo femenino: «Escuché a un abuelo decir en la plaza: “La COVID-19 no me va a dar, porque tengo mi coquita [hojas de coca]”».*

Muchos participantes expresaron percepciones negativas sobre las medidas de prevención de la transmisión de la COVID-19 impuestas a nivel nacional, como el uso de mascarillas. La dificultad para aceptar nuevas prácticas de higiene podría atribuirse a una comprensión limitada de los mecanismos de transmisión de la COVID-19, dado que las comunidades de Amantaní tienen un acceso restringido a información oficial.

*«Al comienzo no podía respirar. Me afectó mucho, sudaba mucho. Creo que la gente quedó un poco traumatizada. Me ha sido difícil usar la mascarilla» (Dalia).*

Asimismo, los participantes describieron una falta de información y de acceso a las vacunas contra la COVID-19, así como confusión respecto de quiénes eran elegibles, cuántas dosis se requerían y cuál era su costo. Algunos también relataron experiencias negativas al acudir al establecimiento de atención primaria para vacunarse, incluyendo

situaciones de discriminación y maltrato por parte del personal. Todos estos factores parecieron fomentar la reticencia a la vacunación en las comunidades.

*«Lo que no me gusta es la vacuna, porque me da miedo. Están vacunando y, peor aún, la gente se está enfermado... yo no me he vacunado» (Milagros).*

A pesar de que, en general, los participantes tenían percepciones negativas sobre la vacuna, un pequeño número expresó su deseo de vacunarse, pero señaló que esta no era accesible en el Perú, como explicó un participante del sexo masculino: «[La vacuna] había llegado a otros países, pero no había llegado al Perú. Yo quería vacunarme y protegerme, y no pude».

La comunicación limitada sobre la COVID-19 y las restricciones nacionales, junto con el acceso desigual a la información y a los recursos de salud en las comunidades de Amantaní, generaron el sentimiento de miedo generalizado en torno a la enfermedad y a su impacto en la salud, las vacunas y posibles pandemias futuras. Un gran número de participantes expresó el temor y el estrés que ello trajo a sus vidas. La importante carga emocional impuesta por la pandemia se vio agravada por la falta preexistente de apoyo psicosocial disponible para las comunidades de Amantaní.

*«Había toque de queda, eso no me gustó. Decían que desde las cinco de la tarde nadie podía caminar, que el Serenazgo [policía municipal] te iba a llevar. Estábamos muy asustados» (Griselda).*

### ***Dificultades de la escolarización virtual***

El cierre de escuelas en el Perú durante la pandemia de la COVID-19 fue uno de los más prolongados del mundo, con aproximadamente ocho meses de cierre total, seguidos de once meses de reapertura parcial. El aprendizaje se trasladó a modalidades remotas a través de la televisión, la radio y el Internet, en el marco de la iniciativa nacional Aprendo en Casa («*Learn at home*»). Sin embargo, el acceso a la educación remota fue muy desigual. En particular, los estudiantes indígenas enfrentaron barreras significativas, debido a la conectividad limitada y a la falta de recursos tecnológicos. Los niños de Amantaní se encontraron entre los más afectados de manera desproporcionada por el cierre de escuelas y la enseñanza remota, a causa de las limitaciones impuestas por vivir en una isla remota con conectividad restringida. A pesar de ello, el apoyo por parte de las instituciones educativas para reducir esta brecha fue mínimo, y los niños de Amantaní quedaron aún más rezagados.

*«Como no había escuela, todas las madres con hijos en edad escolar tuvimos que encargarnos de la enseñanza. Teníamos que subir al cerro para tener Internet. Y, además, no había comunicación. No había nada... cero comunicación, cero Internet. Y a mi hija ese año le fue mal en la escuela. Nada, nada, nada» (Milagros).*

### ***Impacto de género de la pandemia***

La inaccesibilidad de la escolarización virtual para los niños y niñas de Amantaní también tuvo consecuencias negativas para las mujeres de la isla. Las madres asumieron la responsabilidad de garantizar la continuidad de la educación de sus hijos,

por lo que los problemas de conectividad deficiente y el rezago escolar recayeron principalmente sobre ellas. Estos roles de género también se manifestaron en relación con la salud y el bienestar familiar, ya que las mujeres expresaron mayores niveles de preocupación y estrés por la capacidad de alimentar a sus familias durante la crisis económica. Los hombres también reconocieron que la pandemia tuvo un mayor impacto emocional en las mujeres por estas mismas razones.

*«En mi caso, creo que la persona que más se vio afectada fue mi esposa, porque la pandemia fue demasiado dura, y como madre estaba más preocupada por sus hijos. ¿Qué vamos a hacer? ¿Qué futuro les estamos dando a nuestros hijos? Teníamos miedo... diría que afectó más a mi esposa» (Ignacio).*

Las mujeres también expresaron sentimientos más negativos frente a la pandemia que los hombres. Mientras que los hombres tendieron a reflexionar sobre los aprendizajes positivos que les dejó la experiencia, las nuevas habilidades adquiridas y el mayor tiempo para compartir con sus familias, las mujeres hablaron con mayor frecuencia de sentimientos de tristeza ante la situación, miedo frente al futuro y, en algunos casos, desesperación.

*«Sí, bueno, en mi corazón he llorado porque estaba sola. Otros decían: “tengo un kilo de arroz”; yo no tenía nada. Lloraba mucho en mi corazón y pensaba: “¿Qué voy a hacer?”». (Participante del sexo femenino)*

*Sí, bueno, en mi corazón he llorado porque estaba sola. Otros decían «tengo un kilo de arroz», yo no tenía nada. Lloraba mucho en mi corazón «¿Qué voy a hacer?», decía. (Participante del sexo femenino)*

### **Salvaguardar los futuros de Amantaní**

A pesar de las enormes dificultades que enfrentaron las comunidades de Amantaní ante la pandemia de la COVID-19, sus integrantes demostraron resiliencia, recurriendo a las fortalezas de su cultura indígena no solo para sobrellevar la crisis, sino también para proteger a sus familias y comunidades de cara al futuro. Si bien muchas de las conversaciones durante los talleres se centraron en los desafíos y factores de estrés impuestos por la pandemia, los participantes también articularon con claridad los aspectos positivos que surgieron de esta experiencia. En el caso de los hombres, la pandemia les permitió pasar más tiempo con sus familias, ya que trabajaban y viajaban menos, lo que fortaleció los vínculos familiares y les permitió acompañar el crecimiento de sus hijos, generándoles mucha alegría.

*«No me ha afectado mucho; más bien nos ha unido como familia. Mi papá casi nunca estaba con nosotros, siempre se iba a trabajar, pero con la pandemia ha estado con nosotros, hemos estado juntos, conversábamos más, hacíamos todo juntos. Con mi familia estoy más unido y nos cuidamos mejor entre nosotros» (Roberto).*

La pandemia también enseñó a las comunidades lecciones valiosas, como la importancia del ahorro y de la implementación de prácticas de higiene, así como

cualidades positivas como la paciencia, que han transformado sus vidas de manera favorable.

*«Nos ha enseñado a estar más preparados, nos ha enseñado a valorar el trabajo que hacemos en enero. No podemos gastar por gastar. Necesitamos guardar pan para mayo [expresión que significa ahorrar dinero para el futuro]» (Participante del sexo femenino).*

Los participantes del sexo masculino también hablaron de las nuevas habilidades que aprendieron durante la pandemia y de cómo estas contribuyeron a la diversificación de sus medios de vida, lo que les permitió estar mejor preparados ante crisis similares en el futuro. Esto incluyó, con frecuencia, aprender a tocar un instrumento musical u otras actividades generadoras de ingresos y proyectos personales, como mejoras en la vivienda, que resultarían beneficiosos cuando el turismo regresara a la isla.

*«Antes de que llegara la pandemia, siempre estábamos tratando con agentes de turismo; bajaban los precios, ponían excusas, creaban obstáculos, siempre había algún problema... Ahora la pandemia nos ha enseñado que podemos mejorar la acogida por nosotros mismos... ahora mi colega Darío [en referencia a su compañero en la actividad del taller] trabaja directamente con los turistas... Mi colega también me cuenta que antes no tenía gallinas ni cuyes, no hacía mucha agricultura. Ahora la COVID-19 ha enseñado a la gente a hacer más agricultura; ahora cría sus ovejas, sus gallinas, sus cuyes, y eso ha cambiado» (Participante del sexo masculino).*

Frente a la crisis económica, las comunidades de Amantaní retomaron algunas prácticas ancestrales que se utilizaban para el sustento antes de que el turismo se convirtiera en la principal fuente de ingresos. Relataron cómo prácticas tradicionales como la talla en piedra y el trueque, mediante el intercambio de piezas talladas por alimentos, les permitieron seguir sosteniendo a sus familias, a pesar del colapso de la industria turística de la que antes dependían para generar ingresos. Asimismo, mencionaron la reactivación de prácticas agrícolas y la transmisión de conocimientos sobre la estacionalidad de los alimentos y la necesidad de racionarlos.

*«Antes, Walter se dedicaba mucho al turismo, pero debido a la pandemia aprendió el trueque, que es una actividad de nuestros antepasados. Durante la pandemia también aprendió la talla en piedra y fue a zonas donde había más papas o chuño, e íbamos a intercambiar, a hacer trueque. La economía no estaba bien en ese tiempo de la COVID-19. Para mi colega [su compañero en la actividad del taller], el trueque ha sido muy importante, porque intercambiaba las piezas de piedra que tallaba y también sus bordados por alimentos» (Darío).*

Asimismo, desarrollaron prácticas tradicionales, como el bordado, de formas nuevas e innovadoras, en consonancia con los nuevos mercados surgidos a raíz de la COVID-19, como describió Carlos: «mis amigos se han beneficiado porque, como se empezaron a vender mascarillas, comenzaron a hacerlas, y se han beneficiado mucho, ya que la gente las compraba bastante; hacían mascarillas bordadas, todo tipo de mascarillas... se han beneficiado mucho».



## Debate

Mediante un proceso de involucramiento comunitario y recolección participativa de datos, este estudio generó un conocimiento profundo sobre la experiencia de una comunidad indígena frente a la pandemia de COVID-19 en los Andes del Perú. Presentamos tres temas generales que permiten comprender cómo esta comunidad remota fue impactada de manera particular por la pandemia y los mecanismos que utilizó para hacer frente a estas dificultades y salvaguardar su futuro. En primer lugar, las comunidades de Amantaní experimentaron una transformación drástica de sus actividades sociales y económicas cotidianas. Su principal fuente de generación de ingresos, el turismo, se detuvo de manera abrupta, empujando a las familias a una crisis financiera. Las limitaciones a la movilidad social y a las interacciones transformaron las comunidades y las prácticas culturales, con efectos negativos sobre la salud mental, el bienestar y la cohesión comunitaria. En segundo lugar, encontramos que muchas de las consecuencias negativas de la pandemia agravaron las desigualdades preexistentes que enfrentan las comunidades indígenas andinas. El persistente acceso desigual a recursos, atención sanitaria y educación se hizo particularmente evidente cuando las comunidades de Amantaní recibieron información limitada y poco culturalmente pertinente sobre la transmisión, la prevención y la vacunación contra la COVID-19, así como un apoyo claramente insuficiente para la escolarización virtual de los niños y niñas. Asimismo, las comunidades de Amantaní continuaron enfrentando situaciones de marginación y discriminación al buscar atención en salud. Finalmente, nuestros hallazgos muestran cómo estas comunidades se adaptaron para mitigar las consecuencias negativas de la pandemia, por ejemplo, retornando prácticas ancestrales de subsistencia y de trueque para contrarrestar el aumento de precios y la escasez de suministros, diversificando sus habilidades para protegerse frente a crisis futuras y reconociendo resultados positivos inesperados, como el fortalecimiento de los vínculos familiares. Si bien la pandemia de la COVID-19 impuso dificultades significativas a la comunidad de Amantaní, sus experiencias ofrecen muchas lecciones, no sólo para la preparación frente a futuras pandemias, sino también para el diseño de enfoques más amplios orientados a promover la equidad en la salud indígena.

La evidencia de experiencias similares comienza a emerger entre poblaciones indígenas de todo el mundo, ofreciendo una imagen más clara del impacto singular y multifacético de la COVID-19 en la salud y el bienestar de los pueblos indígenas (Pickering et al., 2023). La pérdida de empleos y las dificultades económicas, uno de los desafíos más relevantes descritos por las comunidades de Amantaní, también se han identificado en otros contextos globales, incluidas poblaciones indígenas del Ártico (Potravnaya y Sleptsov, 2020), India (Kasi y Saha, 2021) y México (Cohen y Mata-Sánchez, 2021). Esto no resulta sorprendente si se considera que se estima que el 86 % de los pueblos indígenas en el mundo depende del sector informal para trabajar, donde la ausencia de protección social puede generar graves dificultades financieras durante las crisis, con enormes consecuencias para la salud y el bienestar (OIT, 2020). Las desigualdades en el sistema educativo también se pusieron de relieve para los niños y niñas indígenas a nivel global durante la pandemia. Al igual que en Amantaní, el cierre de escuelas significó que la educación se volviera inaccesible para muchos niños y niñas indígenas, quienes tienen mayor probabilidad de carecer del acceso a la tecnología y a la conectividad a Internet necesarios para la educación a distancia (UNICEF, 2020). Estudios realizados en México también revelaron que la educación a distancia se ofrecía



predominantemente en lenguas no indígenas, lo que profundizó las desventajas de los niños y niñas indígenas y puso en evidencia las disparidades educativas y la falta de inversión estructural en los sistemas educativos para dichas comunidades (Córdova-Hernández y Zamudio, 2022; Dietz y Corté, 2021). Al igual que en Amantaní, las comunidades indígenas de todo el mundo también fortalecieron prácticas tradicionales y ancestrales como estrategias de afrontamiento durante la pandemia, incluida la revalorización del mijo como cultivo adaptable al clima entre las comunidades Irula y Kurumba en la India (Zavaleta-Cortijo et al., 2023); la transmisión intergeneracional de conocimientos sobre plantas nutritivas y medicinales de mujeres Ashaninka mayores a mujeres jóvenes en la Amazonía peruana (Chicmana-Zapata et al., 2023); el uso del conocimiento sobre “plantas calientes y frías” para aumentar la inmunidad en la Costa Chica de México (Berrio Palomo, 2024); y el retorno a los huertos familiares entre comunidades Xhosa en la provincia del Cabo Oriental de Sudáfrica (Carlos Bezerra et al., 2025), lo que pone de relieve la importancia del conocimiento indígena y de las estrategias autónomas de afrontamiento. El conocimiento indígena también resultó beneficioso en los entornos de atención sanitaria durante la pandemia de la COVID-19, en particular en los servicios de atención primaria en la Amazonía peruana. En este contexto, técnicos de enfermería indígenas integraron la medicina tradicional indígena junto con enfoques biomédicos para abordar la crisis (Pesantes et al., 2023). Los autores de este estudio sostienen que estos sistemas de conocimiento médico deben entenderse como complementarios y no como opuestos, con miras a respuestas pandémicas futuras más equitativas y culturalmente pertinentes.

Si bien nuestros hallazgos complementan gran parte de la literatura emergente sobre las experiencias indígenas frente a la COVID-19, hasta donde sabemos, este es el primer estudio que examina el tema desde una perspectiva de antropología médica crítica, tal como proponen Gamlin y colegas (Gamlin et al., 2021). Este enfoque ofrece aportes valiosos que van más allá de lo que pueden mostrar las narrativas dominantes de los estudios epidemiológicos centrados en factores de riesgo y resultados binarios de enfermedad, y proporciona claves sociales y estructurales fundamentales para la preparación ante futuras pandemias. En primer lugar, la inseguridad económica, el aislamiento social y las brechas educativas causadas por la pandemia afectaron de manera indirecta la salud física y mental de hombres, mujeres y niños y niñas en Amantaní. La perspectiva de la antropología médica crítica permite una comprensión más profunda de cómo los factores estructurales configuran las experiencias locales de las pandemias más allá de la prevalencia de la enfermedad y las tasas de mortalidad. Abordar el problema desde esta óptica evita promover una comprensión de la salud indígena basada en factores de riesgo descontextualizados o en determinantes sociales aislados (Ortega et al., 2023). Si bien factores como los bajos niveles educativos son importantes para comprender la salud indígena, sólo es posible entender plenamente cómo estos mecanismos producen malos resultados en salud y diseñar estrategias de intervención eficaz mediante el examen de los factores estructurales más amplia que han relegado y subfinanciado la educación de los niños indígenas durante décadas. Asimismo, como ilustran los ejemplos de las comunidades de Amantaní que retornaron a sus estrategias ancestrales de subsistencia y afrontamiento, es necesario recurrir a los sistemas de conocimiento indígena tanto para comprender mejor cómo gestionar la salud indígena como, tal como señala Breilh, para ofrecer un contrapunto al predominio de los sistemas biomédicos hegemónicos, especialmente cuando estos no logran dar cuenta de la compleja y multifacética determinación de la salud indígena (Breilh, 2023).

Como describen Montag y colegas, «la pandemia de la COVID-19 ha puesto de relieve la violencia estructural histórica contra los pueblos indígenas» (2021, p. 1), al igual que lo ha hecho para otros grupos racializados. En otras palabras, si bien la pandemia introdujo nuevos desafíos para la salud y el bienestar indígenas, también agravó problemas estructurales preexistentes, creando una doble carga de desigualdad para los pueblos indígenas. Enmarcar el discurso de esta manera es importante porque nos recuerda que las experiencias de las poblaciones indígenas durante la pandemia estuvieron profundamente condicionadas por los contextos sociales, económicos y políticos existentes en los que vivían. Por lo tanto, nuestra respuesta no debería limitarse únicamente a la preparación frente a futuras crisis, como las pandemias globales, sino que debería implicar una reestructuración integral de los sistemas que reproducen una mala salud indígena en contextos de no crisis. La pandemia ha servido como un recordatorio urgente de que estamos muy lejos de alcanzar los niveles necesarios en materia de equidad en la salud indígena. El enfoque de antropología médica crítica utilizado en este estudio permite desplazar la responsabilidad desde las comunidades hacia la rendición de cuentas a nivel estructural, así como reorientar la respuesta desde intervenciones de alivio de emergencia a corto plazo hacia reformas sistémicas de largo alcance que aborden las causas profundas de la mala salud indígena (Zavaleta-Cortijo et al., 2023). Como señala Vidal en su discusión sobre la ética del acceso a las vacunas durante la pandemia, si bien existen acuerdos multinacionales destinados a garantizar que las respuestas pandémicas prioricen a naciones, poblaciones y comunidades históricamente desfavorecidas (2022, p. 12), dichos acuerdos no se aplicaron durante la COVID-19, cuando los países de altos ingresos los eludieron para priorizar a sus propias poblaciones. En este contexto, la «sustancia que define a la sociedad» de Echeverría permanece intrínsecamente desigual, y las desigualdades estructurales que contribuyen a la determinación de la salud indígena se magnifican como expresión de los «grandes desequilibrios históricos de poder» descritos por Breilh (2023).

De cara al futuro, a nivel nacional en el Perú, lograr una mayor equidad y justicia social requiere una mayor inversión en la implementación de modelos de atención en salud intercultural diseñados para y con las poblaciones indígenas, con el fin de ampliar el acceso, la inclusión y la competencia cultural (Montag et al., 2021). Estos sistemas deberían incorporar las estrategias autónomas de afrontamiento y las prácticas de reciprocidad y solidaridad implementadas por comunidades como Amantaní en tiempos de escasez, construyendo sobre las fortalezas culturales existentes y su capacidad de desarrollar enfoques sostenibles para abordar la salud indígena (Córdoba et al., 2021). Para que ello sea posible, una reforma del sistema de salud orientada a la equidad en la salud indígena debe incluir a líderes indígenas en la planificación, implementación y evaluación, con el fin de construir enfoques y políticas que integren el conocimiento y la práctica indígena experta, un recurso fundamental que rara vez se aprovecha al máximo (Chicmana-Zapata et al., 2023).

Una de las principales fortalezas de este estudio es su enfoque participativo y su orientación hacia la justicia social mediante la priorización de epistemologías indígenas. Los miembros de la comunidad participaron en la formulación de las preguntas de investigación y en el diseño del estudio, lo que aseguró que la investigación estuviera alineada con los intereses comunitarios. El involucramiento lento, iterativo y flexible con las comunidades a lo largo de un período de tres años también permitió construir relaciones de investigación basadas en la confianza y el respeto, lo que posiblemente contribuyó a la riqueza de los datos recopilados. No obstante, el estudio presentó

algunas limitaciones, entre ellas la realización de los talleres en español en lugar de en quechua, lo que pudo haber limitado la expresión de las opiniones de los participantes, así como el abandono de dos participantes que no fueron reemplazados, lo que redujo el tamaño de la muestra.

## **Conclusión**

Este estudio ofrece una comprensión profunda del impacto de la pandemia de la COVID-19 en la comunidad indígena de Amantaní, en el Perú, y pone de relieve su resiliencia y capacidad de adaptación frente a una crisis global. Desde una perspectiva de la antropología médica crítica, fue posible no sólo documentar los desafíos inmediatos que enfrentó la comunidad, como las dificultades económicas, el aislamiento social y las desigualdades en el acceso a la educación y a la atención en salud, sino también analizar las desigualdades estructurales persistentes que intensificaron estos problemas. Asimismo, el enfoque participativo del estudio garantizó que las voces y experiencias de las comunidades de Amantaní ocuparan un lugar central, aportando valiosos conocimientos sobre las implicancias más amplias del estudio para la equidad en la salud indígena.

## **Agradecimientos**

Expresamos nuestro profundo agradecimiento a los miembros de la comunidad de Amantaní que participaron en esta investigación y compartieron sus experiencias y tiempo. Gracias a su compromiso y entusiasmo, la realización de esta investigación fue posible.

## **Declaración de divulgación**

No se informó de ningún posible conflicto de intereses por parte del(los) autor(es).

## **Financiamiento**

Este estudio fue financiado por UK Research and Innovation (MR/S033 629/1).

## **ORCID**

Jenevieve Mannell 0000-0002-7456-3194

## **Referencias**

- Álvarez, L., & Coolsaet, B. (2020). Decolonizing environmental justice studies: A Latin American perspective. *Capitalism Nature Socialism*, 31(2), 50–69. <https://doi.org/10.1080/10455752.2018.1558272>
- Anderson, I., Robson, B., Connolly, M., Al-Yaman, F., Bjertness, E., King, A., Tynan, M., Madden, R., Bang, A., Coimbra, C. E.A., Pesantes, M. A., Amigo, H., Andronov, S., Armien, B., Obando, D. A., Axelsson, P., Bhatti, Z. S., Bhutta, Z. A., Bjerregaard, P., & Yap, L. (2016). Indigenous and tribal peoples' health (The

- Lancet–Lowitja Institute Global Collaboration): A population study. *The Lancet*, 388(10040), 131–157. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(16\)00345-7](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(16)00345-7)
- Askew, D. A., Brady, K., Mukandi, B., Singh, D., Sinha, T., Brough, M., & Bond, C. J. (2020). Closing the gap between rhetoric and practice in strengths-based approaches to Indigenous public health: A qualitative study. *Australian and New Zealand Journal of Public Health*, 44(2), 102–105. <https://doi.org/10.1111/1753-6405.12953>
- Attride-Stirling, J. (2001). Thematic networks: An analytic tool for qualitative research. *Qualitative Research*, 1(3), 385–405. <https://doi.org/10.1177/146879410100100307>
- Badanta, B., Lucchetti, G., Barrientos-Trigo, S., Fernández-García, E., Tarriño-Concejero, L., Vega-Escañó, J., & de Diego-Cordero, R. (2020). Healthcare and health problems from the perspective of indigenous population of the peruvian amazon: A qualitative study. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(21), 7728. <https://doi.org/10.3390/ijerph17217728>
- Berrio Palomo, L. R. (2024). COVID-19 y violencias. postales para pensar la salud de los pueblos indígenas y afromexicanos en el sureste de México. In N. D. Marinis y R., & A. H. Castillo (Eds.), *Resistir en la sombra de la pandemia: Las violencias de género en México en el contexto de la COVID-19*. CIESAS. (in press).
- Braveman, P., & Gottlieb, L. (2014). The social determinants of health: It's time to consider the causes of the causes. *Public Health Reports®*, 129(1\_suppl2), 19–31. <https://doi.org/10.1177/00333549141291S206>
- Breilh, J. (2023). The social determination of health and the transformation of rights and ethics: A meta-critical methodology for responsible and reparative science. *Global Public Health*, 18(1), 2193830. <https://doi.org/10.1080/17441692.2023.2193830>
- Brown, L. J., Milagros Abarca Díaz, B., Espezua, R., Cortez-Vergara, C., Lowe, H., Calderon, M., & Mannell, J. (2025). From violence to strength: A reflexive evaluation of arts-based participatory research in Amantaní, Peru. *Methodological Innovations*, 1–17. <https://doi.org/10.1177/20597991251379980>
- Brown, L. J., Buddry, H., Abarca Díaz, B. M., Espezua, R., Cortez-Vergara, C., Lowe, H., Calderón, M., & Mannell, J. (2025). “To care and improve little by little, that’s how we can do it”: Exploring Indigenous perspectives on environmental health and community solutions through participatory workshops in Amantaní, Peru. *Environmental Science Policy*, 170, 104093. <https://doi.org/10.1016/j.envsci.2025.104093>
- Calderon, M., Cortez-Vergara, C., Brown, L., Lowe, H., Abarca, B., Rondon, M., & Mannell, J. (2023). Assessing essential service provision for prevention and management of violence against women in a remote indigenous community in Amantaní, Peru. *International Journal for Equity in Health*, 22, 204. <https://doi.org/10.1186/s12939-023-02012-3>
- Carlos Bezerra, J., Ngowana, T., Oosthuizen, R., Canca, M., Nkwinti, N., Mantel, S. K., New, M., Ford, J., Zavaleta-Cortijo, C.C., Galappaththi, E. K., Perera, C. D., Jayasekara, S. M., Amukugo, H. J., Namanya, D. B., Togarepi, C., Hangula, M. M., Nkalubo, J., Akugre, F. A., Pickering, K., ... Dharmasiri, I. P. (2025). Addressing food insecurity through community kitchens during the covid-19

- pandemic: A case study from the Eastern Cape, South Africa. *Urban Science*, 9(2), 37. <https://doi.org/10.3390/urbansci9020037>
- Carrillo-Larco, R. M., Guzman-Vilca, W. C., Leon-Velarde, F., Bernabe-Ortiz, A., Jimenez, M. M., Penny, M. E., Gianella, C., Leguía, M., Tsukayama, P., Hartinger, S. M., Lescano, A. G., Cuba-Fuentes, M. S., Cutipé, Y., Diez-Canseco, F., Mendoza, W., Ugarte-Gil, C., Valdivia-Gago, A., Zavaleta-Cortijo, C., & Miranda, J. J. (2022). Peru – Progress in health and sciences in 200 years of independence. *The Lancet Regional Health - Americas*, 7, 100148. <https://doi.org/10.1016/j.lana.2021.100148>
- Cheong, C. (2008). Sustainable tourism and indigenous communities: The case of Amantaní and Taquile Islands (MSc). University of Pennsylvania. 1–153. <https://repository.upenn.edu/entities/publication/dd2ec881-8281-4ebf-bd0e-37e00f408514>
- Chicmana-Zapata, V., Arotoma-Rojas, I., Anza-Ramírez, C., Ford, J., Galappaththi, E. K., Pickering, K., Sacks, E., Togarepi, C., Perera, C. D., van Bavel, B., Hyams, K., Akugre, F. A., Nkalubo, J., Dharmasiri, I., Nakwafila, O., Mensah, A., Miranda, J. J., Zavaleta-Cortijo, C. & COVID Observatory. (2023). Justice implications of health and food security policies for Indigenous peoples facing COVID-19: A qualitative study and policy analysis in Peru. *Health Policy and Planning*, 38(S2), ii36–ii50. <https://doi.org/10.1093/heapol/czad051>
- Cohen, J. H., & Mata-Sánchez, N. D. (2021). Challenges, inequalities and COVID-19: Examples from indigenous Oaxaca, Mexico. *Global Public Health*, 16(4), 639–649. <https://doi.org/10.1080/17441692.2020.1868548>
- Córdoba, D., Peredo, A. M., & Chaves, P. (2021). Shaping alternatives to development: Solidarity and reciprocity in the Andes during COVID-19. *World Development*, 139, 105323. <https://doi.org/10.1016/j.worlddev.2020.105323>
- Córdova-Hernández, L., & Zamudio, J. V. (2022). Language education injustices in Mexican indigenous communities during COVID-19 pandemic. *Apples - Journal of Applied Language Studies*, 16(2), 42–55. <https://doi.org/10.47862/apples.111986>
- Dietz, G., & Cortés, L. S. M. (2021). Mexican intercultural education in times of COVID-19 pandemic. *Intercultural Education*, 32(1), 100–107. <https://doi.org/10.1080/14675986.2020.1843895>
- Echeverría, B. (1975). Notas de seminario sobre el capital y la salud. Universidad Autónoma Metropolitana. Universidad Autónoma Metropolitana.
- European Parliament. (2021). The informal economy and coronavirus in Latin America, European Union. [https://www.europarl.europa.eu/RegData/etudes/BRIE/2021/690587/EPRS\\_BRI\(2021\)690587EN.pdf](https://www.europarl.europa.eu/RegData/etudes/BRIE/2021/690587/EPRS_BRI(2021)690587EN.pdf)
- Farmer, P. (1996). On suffering and structural violence: A view from below. *Daedalus*, 125(1), 261–283.
- Farmer, P. (1999). Pathologies of power: Rethinking health and human rights. *American Journal of Public Health*, 89(10), 1486–1496. <https://doi.org/10.2105/ajph.89.10.1486>
- Fellows, M., Paye, V., Alencar, A., Nicácio, M., Castro, I., Coelho, M. E., Silva, C. V. J., Bandeira, M., Lourival, R., & Basta, P. C. (2021). Under-reporting of COVID-

- 19 cases among indigenous peoples in Brazil: A new expression of old Inequalities. *Frontiers in Psychiatry*, 12, 1–15. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2021.638359>
- Gamlin, J., Segata, J., Berrio, L., Gibbon, S., & Ortega, F. (2021). Centring a critical medical anthropology of COVID-19 in global health discourse. *BMJ Global Health*, 6(6), e006132. <https://doi.org/10.1136/bmjgh-2021-006132>
- Gascón, J., & Mamani, K. S. (2022). Community-based tourism, peasant agriculture and resilience in the face of COVID-19 in Peru. *Journal of Agrarian Change*, 22(2), 362–377. <https://doi.org/10.1111/joac.12447>
- Haas, B., Mönch, T., & Cervi, L. (2021). Covid-19 and the marginalisation of indigenous groups in Argentina. *Race Class*, 62(4), 72–87. <https://doi.org/10.1177/0306396821996214>
- Huarachi, L., Lozano-Zanelly, G., Acosta, J., Huarachi, C., & Moya Salazar, J. (2024). Inequality in the distribution of resources and health care in the poverty quintiles: Evidence from Peruvian comprehensive health insurance 2018–2019. *Electronic Journal of General Medicine*, 21, em568. <https://doi.org/10.29333/ejgm/14160>
- ILO. (2020). COVID-19 and the world of work: A focus on indigenous and tribal peoples. International Labor Organization. <https://www.ILO.org/publications/covid-19-and-world-work-focus-indigenous-and-tribal-peoples>
- Kasi, E., & Saha, A. (2021). Pushed to the margins: The crisis among tribal youth in India during COVID-19, 47(4–5), 641–655. <https://doi.org/10.1177/0896920521994195>
- Keleman Saxena, A., Cadima Fuentes, X., Gonzales Herbas, R., & Humphries, D. L. (2016). Indigenous food systems and climate change: Impacts of climatic shifts on the production and processing of native and traditional crops in the Bolivian Andes. *Frontiers in Public Health*, 4, 1–16. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2016.00020>
- Kirmayer, L. J., & Brass, G. (2016). Addressing global health disparities among Indigenous peoples. *The Lancet*, 388(10040), 105–106. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(16\)30194-5](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(16)30194-5)
- Malli, A., Monteith, H., Hiscock, E. C., Smith, E. V., Fairman, K., Galloway, T., & Mashford-Pringle, A. (2023). Impacts of colonization on Indigenous food systems in Canada and the United States: A scoping review. *BMC Public Health*, 23, 2105. <https://doi.org/10.1186/s12889-023-16997-7>
- Mannell, J., Amaama, S. A., Boodoosingh, R., Brown, L., Calderon, M., Cowley-Malcolm, E., Lowe, H., Motta, A., Shannon, G., Tanielu, H., & Vergara, C. C. (2021). Decolonising violence against women research: A study design for co-developing violence prevention interventions with communities in low and middle income countries (LMICs). *BMC Public Health*, 21(1), 1147. <https://doi.org/10.1186/s12889-021-11172-2>
- Marmot, M. (2005). Social determinants of health inequalities. *Lancet* (London, England), 365(9464), 1099–1104. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(05\)71146-6](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(05)71146-6)

- McKenzie, H. A., Dell, C. A., & Fornssler, B. (2016). Understanding addictions among indigenous people through social determinants of health frameworks and strength-based approaches: A review of the research literature from 2013 to 2016. *Current Addiction Reports*, 3(4), 378–386. <https://doi.org/10.1007/s40429-016-0116-9>.
- McLeod, M., Gurney, J., Harris, R., Cormack, D., & King, P. (2023). COVID-19: We must not forget about Indigenous health and equity. *Australian and New Zealand Journal of Public Health*, 44(4), 253–256. <https://doi.org/10.1111/1753-6405.13015>
- Menéndez, E. L. (2020). Preface: Critical medical anthropology in Latin America: Trends, contributions, possibilities. In J. Gamlin, S. Gibbon, P. M. Sesia, & L. Berrio (Eds.), *Critical medical anthropology* (pp. xiv–xxvi). UCL Press. <https://doi.org/10.2307/j.ctv13xprxf.6>
- Mollons, M. O., Penner, K. E., Elsom, A. L., Cameron, E. E., Hunter, S., Woods, L., Tomfohr-Madsen, L. M., Nijdam-Jones, A., & Roos, L. E. (2023). COVID-19 and indigenous youth wellbeing: A review. *Current Opinion in Psychology*, 53, 101659. <https://doi.org/10.1016/j.copsyc.2023.101659>
- Montag, D., Barboza, M., Cauper, L., Brehaut, I., Alva, I., Bennett, A., Sanchez-Choy, J., Barletti, J. P. S., Valenzuela, P., Manuyama, J., Murayari, I. G., Vásquez, M. G., Panduro, C. A., Giattino, A., Cadenas, E. J. P., Lazo, R., Delgado, C. A., Nino, A., Flores, E. C., Chuquimbalqui, R. (2021). Healthcare of Indigenous Amazonian peoples in response to COVID-19: Marginality, discrimination, and revaluation of ancestral knowledge in Ucayali, Peru. *BMJ Global Health*, 6(1), e004479. <https://doi.org/10.1136/bmjgh-2020-004479>
- Moya-Salazar, J., Jaime-Quispe, A., Cañari, B., Moya-Espinoza, J. G., & Contreras-Pulache, H. (2023). A systematic review of mental health in rural Andean populations in Latin America during the COVID-19 pandemic. *Frontiers in Psychiatry*, 14, 1–10. <https://doi.org/10.3389/fpsyt.2023.1136328>
- Mukerji, R., Mannell, J., Lowe, H., Calderón, M., Abarca Diaz, B. M., Espezua, R., Brown, L. J., & Gamlin, J. (2025). Identifying Indigenous strengths for health and wellbeing: Targeting the legacy of colonial masculinities in Peru. *Social Science Medicine*, 372, 117993. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2025.117993>
- Orr, D. M. R. (2020). Culture and mental health in Peru. In R. Moodley, L. Eunjung, & J. Van Der Tempel (Eds.), *The Routledge International Handbook of Race, Culture and Mental Health* (p. 592 1st ed.). Routledge.
- Ortega, L. M., Westerhaus, M. J., Finnegan, A., Bhatt, A., Owilli, A. O., Turigye, B., & Louis, Y. E. (2023). Toward an integrated framework in health and human rights education: Transformative pedagogies in social medicine, collective health, and structural competency. *Health and Human Rights*, 25(1), 105–117.
- Oths, K. S. (1999). Debilidad: A biocultural assessment of an embodied Andean illness. *Medical Anthropology Quarterly*, 13(3), 286–315. <https://doi.org/10.1525/maq.1999.13.3.286>
- Pesantes, M. A., Cardenas Palacios, C., Hewlett, C., & Maake, C. (2023). Primary health care in the Peruvian amazon during COVID-19: Perspectives from Indigenous nurse technicians. *Frontiers in Tropical Diseases*, 4, 1119499. <https://doi.org/10.3389/fitd.2023.1119499>



- Pickering, K., Galappaththi, E. K., Ford, J. D., Singh, C., Zavaleta-Cortijo, C., Hyams, K., Miranda, J. J., Arotoma-Rojas, I., Togarepi, C., Kaur, H., Arvind, J., Scanlon, H., Namanya, D. B., Anza-Ramirez, C., & Team, C. O. (2023). Indigenous peoples and the COVID-19 pandemic: A systematic scoping review. *Environmental Research Letters*, 18(3), 033001. <https://doi.org/10.1088/1748-9326/acb804>
- Potravnaya, E., & Sleptsov, A. (2020). The Impact of the coronavirus pandemic on life in the arctic regions as assessed by the Population. *Sociological Research*, 7(7), 144–147. <https://doi.org/10.31857/S013216250009621-6>
- Power, T., Wilson, D., Best, O., Brockie, T., Bourque Bearskin, L., Millender, E., & Lowe, J. (2020). COVID-19 and Indigenous peoples: An imperative for action. *Journal of Clinical Nursing*, 29(15–16), 2737–2741. <https://doi.org/10.1111/jocn.15320>
- Restivo, S. P. (2005). *Science, technology, and society: An encyclopedia*. Oxford University Press.
- Salgado, M. P. C. (2024). Mujeres indígenas y violencias en el contexto de la pandemia de Covid-19 en México. In N. D.M. Marinis y R, & A. H. Castillo (Eds.), *Resistir en la sombra de la pandemia: Las violencias de género en México en el contexto de la COVID-19* (pp. 110–145). CIESAS.
- Singer, M. (2004). Critical medical anthropology. In *Medical anthropology quarterly—MED ANTHROPOLOGY* Q, Vol. 12, 23–30. [https://doi.org/10.1007/0-387-29905-X\\_3](https://doi.org/10.1007/0-387-29905-X_3)
- Spiegel, J. M., Breilh, J., & Yassi, A. (2015). Why language matters: Insights and challenges in applying a social determination of health approach in a North-South collaborative research program. *Globalization and Health*, 11(1), 9. <https://doi.org/10.1186/s12992-015-0091-2>
- Tapia Tapia, S. (2016). Sumak Kawsay, coloniality and the criminalisation of violence against women in Ecuador. *Feminist Theory*, 17(2), 141–156. <https://doi.org/10.1177/1464700116645324>
- The World Bank Group. (2022). *Country climate and development report: Peru, executive summary*. <https://projects.worldbank.org/en/results/2024/01/18/country-climate-and-development-reports-from-climate-crisis-to-a-new-development-agenda>. [Text/HTML]. <https://projects.worldbank.org/en/results/2024/01/18/country-climate-and-development-reports-from-climate-crisis-to-a-new-development-agenda>
- Theidon, K. (2013). *Intimate enemies: Violence and reconciliation in Peru*. University of Pennsylvania Press. <https://www.jstor.org/stable/j.ctt3fhgsg>
- UNICEF. (2020). *UNICEF call to action—Indigenous communities and the right to education in times of COVID-19*. UNICEF Latin America and the Caribbean Regional Office. <https://www.unicef.org/lac/en/documents/unicef-call-to-action-indigenous-communities-and-right-education-in-times-of-covid>
- Vidal, N. (2015). *Crossing boundaries for maternal health: A qualitative investigation into the role of community health workers as frontline providers of maternal care in the Peruvian Andes*. Queen Margaret University.

- WHO. (2024). Operational framework for monitoring social determinants of health equity, 1–140. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240088320>
- Williamson, L. L., Harwell, T. S., Koch, T. M., Anderson, S. L., Scott, M. K., Murphy, J. S., Holzman, G. S., & Tesfai, H. F. (2021). COVID-19 incidence and mortality among American Indian/Alaska native and white persons—Montana, March 13–November 30, 2020. *MMWR. Morbidity and Mortality Weekly Report*, 70(14), 510–513. <https://doi.org/10.15585/mmwr.mm7014a2>
- Witeska-Młynarczyk, A. (2015). Critical medical anthropology – A voice for just and equitable healthcare. *Annals of Agricultural and Environmental Medicine*, 22, 385–389. <https://doi.org/10.5604/12321966.1152099>
- World Health Organization. (2016). Ethical and safety recommendations for intervention research on violence against women. World Health Organization. <http://www.who.int/reproductivehealth/publications/violence/intervention-research-vaw/en/>
- Zavaleta-Cortijo, C., Ford, J. D., Galappaththi, E. K., Namanya, D. B., Nkwinti, N., George, B., Togarepi, C., Akugre, F. A., Arotoma-Rojas, I., Pickering, K., Perera, C. D., Dharmasiri, I. P., Chicmana-Zapata, V., Bezerra, J., Nuwagira, R., Nakwafila, O., Amukugo, H., Hangula, M., Krishnakumar, J., Pearce, T. (2023). Indigenous knowledge, community resilience, and health emergency preparedness. *The Lancet Planetary Health*, 7(8), e641–e643. [https://doi.org/10.1016/S2542-5196\(23\)00140-7](https://doi.org/10.1016/S2542-5196(23)00140-7)