

Sistemas de provisión de cuidados a la salud frente al Covid-19: La necesidad de respuestas autogestivas entre los pueblos originarios de los EUA

Margo Hill, Frank Houghton, Mary Ann Keogh Hoss

Las comunidades de pueblos originarios en Alaska están experimentando tasas de morbilidad, hospitalización y mortalidad injustamente más altas que la población blanca no hispana mayoritaria frente al Covid-19. Las tasas de infección entre las comunidades indígenas son también significativamente más altas que entre los blancos no hispanos (1) y tienen 3.7 veces más probabilidades de ser hospitalizados, con respecto a este mismo grupo de comparación (2). Su tasa de mortalidad es 2.4 veces superior. Además, el perfil de edad de las personas de las comunidades indígenas que mueren de Covid-19 es notablemente diferente al de la blanca no hispana. Son, por término medio, mucho más jóvenes, las investigaciones realizadas en Nuevo México y Arizona señalan que las tasas de mortalidad entre las comunidades indígenas en los grupos de edad de 45 a 54 años son notablemente similares a las de la población blanca no hispana en el rango de edad de 75 a 84 años (1, 2). La triste realidad es que es probable que nunca se conozca el impacto real de Covid-19 en estas comunidades. El deficiente estado de la información sobre la situación de los indígenas en los registros sanitarios de los EUA es un problema constante que sirve para ocultar la difícil situación de esta "minoría olvidada" (3). Los defensores

contemporáneos de este déficit flagrante en relación con el Covid-19 lo han denominado "genocidio por datos" (4).

No cabe duda de que esta pandemia ha causado estragos en todo el mundo. Sin embargo, hay que reconocer que, entre las comunidades indígenas con fuertes tradiciones orales y lenguas nativas, que son críticamente vulnerables, el impacto ha sido aún más notable. Los pueblos originarios son especialmente vulnerables, ya que los grupos de edad predominantes en la mortalidad y la morbilidad por el virus SARS-COV-2 han sido los ancianos, afectando así especialmente a los hablantes de lenguas nativas y narradores de historias. La pérdida de estos estimados miembros de sus comunidades ha supuesto, sin duda, una pérdida insustituible de conocimientos y habilidades culturales tradicionales, lo que tendrá un impacto profundo (5). Como afirma Salsman, portavoz de la Nación Muscogee Creek, en el este de Oklahoma

... es como si tuviéramos una quema de libros culturales... Estamos perdiendo un registro histórico, enciclopedias. Un día, pronto, no habrá nadie que transmita estos conocimientos (6).

El tamaño de la población indígena en Estados Unidos es significativo. En 2017, 5.6 millones de personas se autoidentificaron como de origen indígena, esto equivale al 1.7% de la población total. En todo el país hay 574 naciones de pueblos originarios reconocidos por el gobierno federal, repartidas en 326 reservas, con una superficie total de 227,000 km². Cabe señalar que, además de éstas, existen más de 100 reconocidas por los Estados, así como otras que no están reconocidas ni por los Estados, ni por el Gobierno Federal.

Margo Hill, Universidad del Este de Washington (EWU), Spokane, Washington, EE.UU.

Correo-e: Mhill68@EWU.EDU

Frank Houghton, Instituto Tecnológico de Limerick, Limerick, Irlanda

Correo-e: Frank.Houghton@LIT.IE

Mary Ann Keogh Hoss, Universidad del Este de Washington (EWU), Spokane, Estado de Washington, EE.UU.

Correo-e: MHoss@EWU.EDU

A la hora de analizar las respuestas sanitarias y gubernamentales a la pandemia por Covid-19, es fundamental comprender la historia, el trato y la posición de estas comunidades indígenas en los EUA. En primer lugar, hay que reconocer que la atención que se les ha dado a las comunidades indígenas en Norteamérica es una letanía de vergüenzas, tanto para las potencias colonizadoras, como para el gobierno estadounidense (7). Su historia, desde la colonización, es una historia de genocidio, guerra, agresiones y deportaciones masivas. Las políticas oficiales y no oficiales incluyen la matanza deliberada, casi hasta la extinción, y la destrucción de las fuentes tradicionales de alimentos (8). Las poblaciones a menudo europeas adoptaron una política para "civilizar" o exterminar a estas poblaciones. La política del gobierno estadounidense se basaba en darles raciones para controlarlas y reubicarlas en reservas, en las tierras que nadie más quería.

En el marco de lo que se denominó *Indian Removal*, poblaciones enteras fueron expulsadas por la fuerza y trasladadas a miles de kilómetros de sus tierras tradicionales, siendo el más infame el llamado Camino de Lágrimas. También hay que señalar que la reubicación forzosa no fue necesariamente un hecho singular. Numerosas comunidades fueron reubicadas, sólo para ser nuevamente desplazadas por la fuerza cuando se encontraron recursos en su reserva, o cuando las poblaciones europeas cercanas se expandían y exigían más tierras. Esta estrategia también incluía el desarrollo de internados obligatorios diseñados para hacer proselitismo cristiano entre sus niños (9). El fundador de la Escuela Industrial India de Carlisle, el capitán Richard H. Pratt, es tristemente célebre por su frase "mata al indio y salva al hombre" (9). Hasta 1978 los niños siguieron siendo expulsados por la fuerza de sus hogares por motivos morales, sociales y religiosos dudosos.

En lo que respecta a la salud y a la medicina, existe una historia de desconfianza entre las poblaciones indígenas y los proveedores de cuidados a la salud convencionales y gubernamentales. En parte, esto se remonta a la esterilización involuntaria de miles de mujeres (10, 11, 12) y su utilización en investigaciones ilícitas, lo que viene de aún más lejos. Pacheco *et al.* resumen esta cuestión de forma clara al afirmar

que la falta de confianza de estas comunidades hacia el gremio médico científico dominante

... se basa en ejemplos repetidos y bien documentados de investigación médica poco ética y de mala conducta clínica en nombre de la ciencia. Los investigadores han roto acuerdos implícitos y legalmente vinculantes en casos de, al menos, los últimos 100 años... (9).

Esta experimentación no autorizada ha continuado en la era de la investigación genómica. Tristemente, el caso más célebre de los últimos años fue el proyecto Havasupai sobre la diabetes, en el que los investigadores recogieron ostensiblemente muestras de sangre sólo para estudiar la diabetes y, sin embargo, exploraron encubiertamente la esquizofrenia (9).

La confianza en el Gobierno Federal se ha visto aún más erosionada entre las poblaciones indígenas por la cuestión de la propiedad de la tierra y la soberanía interna. Esto puede verse más recientemente en la disputa sobre el oleoducto en Dakota, cuando el Gobierno Federal pasó por encima de su soberanía para aprobar la construcción de ese oleoducto, que según los miembros de los Sioux de *Standing Rock* contraviene el artículo II del Tratado del Fuerte Laramie.

Otros intentos anteriores de reducir la soberanía de las comunidades de los pueblos originarios se produjeron en el periodo de "Terminación" entre 1946 y 1964, cuando el gobierno se movilizó para rescindir tratados anteriores y órdenes ejecutivas que reconocían el estatus de soberanía. Durante este periodo, un total de 109 pueblos perdieron su reconocimiento oficial, junto con aproximadamente 2.5 millones de acres de tierra, además, 12,000 indígenas perdieron también su afiliación. Los problemas actuales en torno a la propiedad y su soberanía sobre las tierras de las reservas, siguen erosionando la confianza en el Gobierno Federal (9).

Por ejemplo, aunque las reservas indígenas son oficialmente naciones soberanas, la mayor parte de las tierras les son otorgadas por parte del gobierno estadounidense. Por lo tanto, el permiso para proporcionarles incluso servicios básicos, como la

vivienda, es extremadamente problemático. Esta dificultad, combinada con su mala situación socioeconómica, explica en parte la notable proporción de comunidades AI/NA que viven como familias multigeneracionales en casas-remolque atestadas en sus tierras (13). El agua potable y la vivienda adecuada son derechos básicos que se cumplen en la mayoría de los países industrializados, pero aproximadamente un tercio de los navajo, por ejemplo, no tienen agua corriente, muchos otros carecen de electricidad (14). Estas graves desigualdades en un país que se considera líder mundial, erosionan aún más la confianza en el gobierno federal y en los de los estatales.

La confianza entre las comunidades indígenas y el gobierno estadounidense se ha visto aún más mermada por el impacto del racismo medioambiental. Las tierras de las reservas incluyen un número importante de zonas contaminadas que no son saneadas por falta de fondos. Estas zonas incluyen una gran cantidad de contaminantes procedentes de lugares como antiguas minas de uranio y grandes plantas industriales. El impacto negativo de estos lugares tóxicos es significativo no sólo en las personas, sino también sobre el agua, la flora y la fauna. No es casualidad que la Agencia de Contaminación Medioambiental de Estados Unidos (EPA), encargada de la rehabilitación de estos lugares tóxicos, haya sido señalada por fuentes oficiales del gobierno por no haber sido capaz de cartografiar adecuadamente estos lugares (15).

El impacto devastador del Covid-19 también se ha visto facilitado, en parte, por el estado de salud subyacente y las circunstancias socioeconómicas de las comunidades indígenas. Como señalan *Yellow Horse et al.*, "las desigualdades estructurales establecieron la arquitectura del COVID-19" entre las comunidades indígenas (1). El papel marginal de estas comunidades en la sociedad estadounidense es evidente por su situación educativa y laboral; las tasas de desempleo y subempleo están por encima de la media. Por ejemplo, un examen realizado en 2018 señaló que la tasa de desempleo entre los indígenas era de 6.6%, significativamente más alta

que la de todo el país, de 3.9% (16). El porcentaje de indígenas americanos y nativos de Alaska de una sola raza que se encontraban por debajo del umbral de pobreza federal en 2016 era de 26.2%, más del doble que del conjunto del país (14%) y más alta que la de cualquier otro grupo racial (17). Los logros educativos de los grupos indígenas también son problemáticos, ya que las tasas de graduación de secundaria son inferiores a las del país en su conjunto, y la proporción educada hasta el nivel de licenciatura o superior es menos de la mitad que la de la población general (17).

El impacto crucial de los determinantes sociales de la salud, así como el impacto del racismo y la exclusión, es evidente en la alta tasa de afecciones médicas subyacentes entre las poblaciones indígenas. Estas comunidades tienen tasas significativamente más altas de cardiopatías isquémicas, hipertensión, accidentes cerebrovasculares, diabetes y enfermedades renales. También presentan tasas más altas de obesidad y tabaquismo, así como de enfermedades de la desesperación: consumo de alcohol y drogas, autolesiones y suicidio (18).

El Servicio de Salud Indio (IHS, por sus siglas en inglés) es la agencia federal encargada de la prestación de cuidados a su salud (19). Sin embargo, esta agencia estuvo implicada en la coacción de mujeres para que fueran esterilizadas, así como en su esterilización no consentida (9, 10), además, ha sido crónicamente subfinanciada. Un examen de su financiación *per cápita* realizado en 2010 señaló que, en comparación con otros programas de salud federales, recibía una cantidad notablemente inferior. La disparidad es excepcionalmente marcada, ya que el IHS sólo recibe 3,000 dólares *per cápita*, 8,000 dólares menos que *Medicare* (20). El resultado ha sido la desaparición crónica y continuada de una agencia en la que incluso el más ferviente creyente tendría problemas para conservar la fe. El IHS se ve acosado por problemas de personal y una infraestructura decadente combinada con equipos anticuados.

Aunque el IHS tiene la responsabilidad de atender a más de 2.5 millones de ciudadanos, sólo cuenta con 1,257 camas de hospital, lo que supone una proporción por paciente potencial de 1:2,000. La

situación en relación con las de cuidados intensivos es aún más cruda, sólo 36 camas de UCI, lo que supone una proporción por paciente potencial de casi 1:70,000. El mosaico de reservas atendidas con estos escasos recursos es de aproximadamente 87,500 millas cuadradas (aproximadamente el tamaño de Minnesota).

Todos los proveedores de cuidados a la salud en los EUA han estado luchando por su supervivencia financiera frente a la pandemia de Covid-19 (21). El sistema hospitalario del país depende en gran medida de los llamados procedimientos electivos, que se han visto drásticamente reducidos durante la pandemia. Por otra parte, los sistemas de salud no estaban preparados para las exigencias que les planteó la pandemia en sí.

Igualmente, hay que reconocer que el sistema de preparación del Gobierno Federal falló (22). Después de décadas de preocupación por una amenaza pandémica, pronto se hizo evidente que las reservas previstas de equipos de protección personal (EPPs) eran inadecuadas (23) Los EPPs, que tradicionalmente habían venido del exterior, escaseaban debido al impacto de la pandemia sobre las fuentes de fabricación y las cadenas de suministro tradicionales (24).

A pesar de la retórica de las industrias sanitarias sobre la atención personalizada e individualizada, la realidad es que siempre se centran en los resultados financieros. Aunque se preste atención a la concientización cultural y a la formación, se hace hincapié en la salud basada en el valor (25). Esto es crucial porque, como señalan Teisberg *et al.*

Aunque algunas descripciones confunden la atención sanitaria basada en el valor con la

reducción de costes, la mejora de la calidad o la satisfacción del paciente, estos esfuerzos - aunque importantes- no son lo mismo que el valor, que se centra principalmente en mejorar los resultados de salud del paciente (25).

En los EUA hay pocos proveedores de cuidados a la salud, así como notables déficits en la proporción de personal sanitario y médico proveniente de las comunidades originarias (26, 27, 28). Es una desafortunada realidad que en una reciente publicación de *National Academies Press*, que aborda el Futuro de la Enfermería 2020-2030, los datos de 2019 indican que la proporción de indígenas americanos o de Alaska que se gradúan en programas de esta especialidad varía entre el 0.4% y el 0.7%, dependiendo del nivel de cualificación (véase el Cuadro 1) (29).

Esto es significativamente menor que la proporción de la población que constituyen un factor importante, dada la importancia tanto de la necesidad de profesionales con mayor competencia cultural, como del estado de salud inequitativamente adverso de las comunidades indígenas. Aunque el IHS lleva a cabo programas de apoyo a las personas de estas comunidades para que se formen como enfermeras, médicos o psicólogos, está claro que hay que hacer más para promover una fuerza de trabajo diversa en la atención sanitaria. Los programas actuales del IHS para apoyar a los trabajadores de la salud en las comunidades indígenas no han proporcionado un número adecuado de médicos, enfermeras o psicólogos y han descuidado por completo a otros miembros cruciales de los equipos de salud multidisciplinarios, como los fisioterapeutas, terapeutas del juego, terapeutas ocupacionales, terapeutas del habla y del lenguaje, administradores sanitarios y terapeutas recreativos.

Cuadro 1
Proporción de población indígena graduada de enfermería en 2019 (29)

Grado Asociados Enfermería	Licenciado en Enfermería	Maestría en Enfermería	Doctorado en Ferrería	Doctorado en Practica de Enfermería
0.7%	0.4%	0.6%	0.6%	0.5%

La pandemia de COVID-19 ha puesto en evidencia numerosas deficiencias en los sistemas de salud estadounidenses. En particular, ha puesto de manifiesto la incapacidad de los proveedores de cuidados a la salud convencionales para hacer frente a las complejidades de la atención a las comunidades indígenas nacionales. Hay que recordar que aunque los trabajadores de los sistemas de salud son diversos y multilingües, los que ocupan los puestos clave de liderazgo y toma de decisiones en la cima de las jerarquías organizativas son predominantemente blancos, varones y monolingües de habla inglesa. Un ejemplo especialmente brutal de la interacción entre los servicios para las poblaciones indígenas y los proveedores de cuidados a la salud convencionales, puede verse en la experiencia de *Abigail Echo-Hawk*, del Consejo de Salud Indígena de Seattle. Mientras la pandemia de COVID-19 se extendía por el estado de Washington, ella se dirigió a los socios estatales y federales para obtener más equipos de protección personal para poder continuar con su trabajo. Aunque no son un servicio de hospitalización, se les envió un paquete de bolsas para cadáveres por correo (30).

El trabajo con las comunidades indígenas requiere respeto por las diferencias culturales, en el que el dominio de la lengua nativa puede ser un factor vital (31). Las prácticas en salud tradicionales de los indígenas se centran en promover la salud mental, del cuerpo y del espíritu. Cuando se trabaja con los problemas de salud de individuos y comunidades indígenas es importante comprender el continuo de enfoques que pueden requerir los pacientes. Esto puede variar desde los biomédicos totalmente occidentales, hasta los totalmente tradicionales, aunque una combinación de ambos, en diversos grados, es a menudo el preferido por muchas personas.

En relación con el COVID-19, el Cuadro 2 contiene una sucinta destilación de algunos de los mejores consejos para los proveedores de salud convencionales que intentan involucrar a las comunidades indígenas/nacionales en las actividades de promoción de la salud, y, en particular, en torno a la aceptación y aceptación de las vacunas.

Cuadro 2. Atención a la salud culturalmente adecuada (32)

- Identificar quien puede promover la vacunación más efectivamente a los ancianos, hablantes del idioma original y depositarios de la tradición oral.
- Estrategia de comunicación unitaria apropiada por grupos de edad y apoyada en los ancianos y sanadores de la tribu que incluya radio, Facebook y carteles. Se trata de generar un proceso fluido.
- Determinar cómo es posible salvaguardar las ceremonias tradicionales y comunicarlo.
- Doblar esfuerzos para promover la aceptación de las vacunas
- Desarrollar planes de contingencia para sortear los obstáculos a la aplicación de vacunas
- Trazar rutas de acceso al agua
- Designar lugares de aislamiento/cuarentena
- Improvisar 31 medida que surjan en situaciones únicas
- Evaluar el éxito de los esfuerzos
- Compartir los éxitos
- Garantizar el acceso a la tele-salud para proveer acceso a especialistas que entiendan diversas necesidades médicas
- Definir métodos de entrega de alimentos, equipos de protección personal y medicamentos a los hogares
- Contratar un equipo de voluntarios para que ayuden a satisfacer las necesidades en la red informal
- Examinar cada uno de los hospitales en la aplicación doméstica

Fuente: elaboración propia.

La historia del Estado estadounidense puede caracterizarse en gran medida como el maltrato continuo y generalizado de las comunidades indígenas. El mal estado de salud de éstas se debe en gran medida al trauma intergeneracional, el racismo, los abusos y la pobreza que han sufrido por parte de la sociedad estadounidense. Relegadas a la tierra más despreciable y descuidada, estas poblaciones fueron marginadas de diversas maneras y sometidas a una asimilación forzosa.

Los servicios de salud específicos para estas comunidades, a menudo empobrecidas, son notoriamente insuficientes en cuanto a personal y financiamiento. El IHS también es sospechoso por

su programa deliberado de esterilización de mujeres indígenas. Trabajar de forma positiva con estas poblaciones significa respetar la diversidad de las innumerables naciones que constituyen las comunidades indígenas.

Los factores cruciales son el conocimiento de la lengua indígena, recuperar sus conocimientos específicos sobre la salud y la capacidad y la voluntad de trabajar con sus cosmovisiones en salud (3, 31). Los proveedores de servicios de salud convencionales son incapaces de lograr una atención tan centrada e individualizada. En muchos estados de los EUA los servicios convencionales ni siquiera detectan o registran el origen étnico de los pacientes. Dichos sistemas convencionales tampoco cuentan con personal indígena, necesario. Por lo tanto, es importante ampliar el número de proveedores de servicios de salud dirigidos por indígenas, así como aumentar significativamente su financiamiento para apoyar a las personas de estas etnias para que se formen en todo el espectro de carreras orientadas a la salud.

Referencias

1. Yellow Horse AJ, Yang TC, Huyser KR. Structural Inequalities Established the Architecture for COVID-19 Pandemic Among Native Americans in Arizona: a Geographically Weighted Regression Perspective. *J Racial Ethn Heal Disparities*. 2021.
2. Brookings_Institute. American Indians and Alaska Natives are dying of COVID-19 at shocking rates [Internet]. 2021. Available from: <https://www.brookings.edu/research/american-indians-and-alaska-natives-are-dying-of-covid-19-at-shocking-rates/>
3. Cuellar NG, Aquino E, Dawson MA, Garcia-Dia MJ, Im EO, Jurado LFM, et al. Culturally Congruent Health Care of COVID-19 in Minorities in the United States: A Clinical Practice Paper From the National Coalition of Ethnic Minority Nurse Associations. *J Transcult Nurs*. 2020;31(5):434–43.
4. UIHI. Data Genocide of American Indians and Alaska Natives in COVID-19 Data. Seattle, WA; 2021.
5. Schanche Hodge F, Pasqua A, Marquez CA, Geishirt-Cantrell B. Utilizing Traditional Storytelling to Promote Wellness in American Indian Communities. *J Transcult Nurs*. 2002;13(1):6–11.
6. Healy J. Tribal elders are dying from the pandemic, causing a cultural crisis for American Indians. The Seattle Times. January 13th 2021. <https://www.seattletimes.com/nation-world/tribal-elders-are-dying-from-the-pandemic-causing-a-cultural-crisis-for-american-indians/>
7. Brown D. *Bury My Heart At Wounded Knee: An Indian History of the American West*. New York: Vintage; 1987.
8. Cozens P. *The Earth is Weeping: The Epic Story of the Indian Wars for the American West*. London: Atlantic Books; 2016.
9. Pacheco CM, Daley SM, Brown T, Filippi M, Greiner KA, Daley CM. Moving forward: Breaking the cycle of mistrust between American Indians and researchers. *Am J Public Health*. 2013;103(12):2152–9.
10. Lawrence J. The Indian Health Service and the Sterilization of Native Am. *Am Indian Q*. 2000;24(3):400–19.
11. Nuriddin A, Mooney G, White A. Reckoning with histories of medical racism and violence in the USA. *Lancet*. 2020;396:949–51.
12. Carpio M V. The lost generation: American Indian women and sterilization abuse. *Soc Justice*. 2004;3(4):40–53.
13. Pindus N, Kingsley TG, Biess J, Levy D, Simington J, Hayes C. Housing Needs of American Indians and Alaska Natives in Tribal Areas: A Report from the Assessment of American Indian, Alaska Native, and Native Hawaiian Housing Needs: Executive Summary. SSRN Electron J. 2017;
14. Rodriguez-Lonebear D, Barceló NE, Akee R, Carroll SR. American Indian reservations and COVID-19: Correlates of early infection rates in the pandemic. *J Public Heal Manag Pract*. 2020;26(4):371–7.
15. GAO. SUPERFUND- EPA Should Improve the Reliability of Data on National Priorities List Sites Affecting Indian Tribes. Washington DC: GAO; 2019.
16. USBLS. American Indians and Alaska Natives in the U.S. labor force [Internet]. US Bureau of Labor Statistics. 2019 [cited 2021 May 7]. Available from: <https://www.bls.gov/opub/mlr/2019/article/american-indians-and-alaska-natives-in-the-u-s-labor-force.htm>
17. USCB. American Indian and Alaska Native Heritage Month: November 2017 [Internet]. United States Census Bureau. 2017. Available from: <https://www.census.gov/newsroom/facts-for-features/2017/aian-month.html>
18. Tipps RT, Buzzard GT, McDougall JA. The opioid epidemic in Indian country. *J Law, Med Ethics*. 2018;46(2):422–36.

19. Kunitz SJ. History and Politics of US Health Care Policy for AIAN. *Am J Public Health*. 1996;86(10):1464–73.
20. Warne D, Frizzell LB. American Indian Health Policy: Historical trends and contemporary issues. *Am J Public Health*. 2014;104(SUPPL. 3):263–7.
21. Khullar D, Bond AM, Schpero WL. COVID-19 and the Financial Health of US Hospitals. *JAMA - J Am Med Assoc*. 2020;323(21):2127–8.
22. Wilensky G. The Importance of Reestablishing a Pandemic Preparedness Office at the White House. *JAMA - J Am Med Assoc*. 2020;324(9):830–1.
23. Cohen J, Meulen Y Van Der. Contributing factors to personal protective equipment shortages during the COVID-19 pandemic. *Prev Med*. 2020;141(January):106263.
24. Bhaskar S, Tan J, Bogers MLAM, Minssen T, Badaruddin H, Israeli-Korn S, et al. At the Epicenter of COVID-19—the Tragic Failure of the Global Supply Chain for Medical Supplies. *Front Public Heal*. 2020;8(November):1–9.
25. Teisberg E, Wallace S, O’Hara S. Defining and Implementing Value-Based Health Care: A Strategic Framework. *Acad Med*. 2020;95(5):682–5.
26. Rearden A. Recruitment and retention of Alaska natives into nursing: elements enabling educational success. *J Cult Divers*. 2012;19(3):72–8.
27. DeLapp T, Hautman M, Anderson MS. Recruitment and retention of Alaska natives into nursing (RRANN). *J Nurs Educ*. 2008;47(7):293–7.
28. Charbonneau-Dahlen B, Crow K. A Brief Overview of the History of American Indian Nurses Barar Charbonneau-Dahlen, Karine Crow. *J Cult Divers*. 2016;23(3):79–90.
29. National Academies of Sciences, Engineering, and Medicine. *The Future of Nursing 2020-2030: Charting a Path to Achieve Health Equity*. Washington, DC: The National Academies Press; 2021. <https://doi.org/10.17226/25982>.
30. Nowell C. They Asked for PPE and Got Body Bags Instead—She Turned Them Into a Healing Dress. *Vogue* 4th February 2021. <https://www.vogue.com/article/body-bag-native-ribbon-dress>
31. Weaver HN. Transcultural nursing with Native Americans: critical knowledge, skills, and attitudes. *J Transcult Nurs*. 1999;10(3):197–202.
32. Smithsonian National Museum of the American Indian partnering with Indian Health Services. (February, 2021) COVID-19 in Indian Country . <https://www.si.edu/files/videos/covid-19-indian-country>

Recibido: 15 de junio de 2021.

Aceptado: 11 de noviembre de 2021.

Conflicto de intereses: ninguno.



Medicina Social
Salud Para Todos