

Vulnerabilidad de las mujeres indígenas de la península de Yucatán frente a la pandemia COVID-19

Vulnerability of indigenous women in Yucatan peninsula in COVID-19 pandemic times

Arévalo Arévalo, Nina Scarlett; López Briceño, Izel; Rodríguez Cruz, Laura Dinorah; Barrera Roja, Miguel Ángel

 **Nina Scarlett Arévalo Arévalo** [1]
ninaarevalo.asesorialex@gmail.com
Universidad de Quintana Roo, México

 **Izel López Briceño** 2
yscellopez@gmail.com
Universidad de Quintana Roo, México

 **Laura Dinorah Rodríguez Cruz** [3]
lau.rdz.cruz@gmail.com
Universidad de Quintana Roo, México

 **Miguel Ángel Barrera Roja** 4
miguel.barrera@uqroo.edu.mx
Universidad de Quintana Roo, México

Ciencia e Interculturalidad

Universidad de las Regiones Autónomas de la Costa Caribe
Nicaragüense, Nicaragua
ISSN: 1997-9231
ISSN-e: 2223-6260
Periodicidad: Semestral
vol. 29, núm. 02, 2021
dip@uraccan.edu.ni

Recepción: 27 Julio 2021
Aprobación: 22 Noviembre 2021

URL: <http://portal.amelica.org/ameli/jatsRepo/416/4162733006/index.html>

Autor de correspondencia: ninaarevalo.asesorialex@gmail.com

Copyright © 2008-2018-Revista Ciencia e Interculturalidad-
Universidad de las Regiones Autónomas de la Costa Caribe
Nicaragüense Apto. Postal: 891, Managua, Nicaragua



Esta obra está bajo una [Licencia Creative Commons Atribución-NoComercial 4.0 Internacional](https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/).

Resumen: La vulnerabilidad que viven las mujeres indígenas en la península de Yucatán ha quedado en evidencia a partir de la pandemia por COVID-19, debido a las condiciones de desigualdad y pobreza que vivían previo a la contingencia sanitaria, lo que se ve reflejado en el precario acceso a la salud que tienen. De ahí que se proponga mediante la caracterización de los contagios en mujeres indígenas, analizar las condiciones de vulnerabilidad frente a la pandemia por COVID-19 que debe enfrentar la población objeto de estudio. En el marco conceptual se discute cómo la desigualdad ha generado procesos de vulnerabilidad en cuanto a contagios, letalidad y acceso a salud de mujeres indígenas, en comparación con las no indígenas. En cuanto a la metodología, se trabajó con la base de datos de la Dirección General de Epidemiología de la Secretaría de Salud de México, donde se registran los contagios reportados de COVID-19. Esta base se encuentra desagregada a nivel estatal y municipal, así como por hospitales públicos y privados. Se analizaron los datos desde el primer caso, hasta el 30 de abril de 2021. Los resultados de la investigación fueron concluyentes en el sentido de que, en la mayoría de las variables analizadas como son los antecedentes de salud por hipertensión, diabetes, neumonía y embarazo, el acceso a la salud pública y privada, e incluso el porcentaje de fallecimientos por contagio, las mujeres indígenas se vieron más afectadas que las no indígenas revelándose un escenario de mayor vulnerabilidad para ellas.

Palabras clave: COVID-19, desigualdad, mujeres indígenas, vulnerabilidad, análisis regional.

Abstract: The vulnerability of indigenous women in the Yucatan Peninsula has become evident since the COVID-19 pandemic, due to the conditions of inequality and poverty they lived in prior to the health contingency, which is reflected in the precarious access to health care they have. Therefore, it is proposed to analyze the conditions of vulnerability to the COVID-19 pandemic faced by the population under study through the characterization of infections in indigenous women. The conceptual framework discusses how inequality has generated processes of vulnerability in terms of infection, lethality and access to health care for indigenous women, compared to non-indigenous women. In terms of methodology, we worked with the database of the General Directorate of

Epidemiology of the Ministry of Health from Mexico, which records the reported infections of COVID-19. This database is disaggregated at the state and municipal levels, as well as by public and private hospitals. Data were analyzed from the first case to April 30, 2021. The results of the research were conclusive in the sense that, in most of the variables analyzed, such as health history of hypertension, diabetes, pneumonia and pregnancy, access to public and private health care, and even the percentage of deaths due to infection, indigenous women were more affected than non-indigenous women, revealing a scenario of greater vulnerability for them.

Keywords: COVID-19, inequality, indigenous women, vulnerability, regional analysis.

I. INTRODUCCIÓN

Según datos del Gobierno Federal mexicano publicados en el Diario Oficial de la Federación (DOF, 2020) los primeros brotes de SARS-CoV-2 (COVID-19) tuvieron lugar en Wuhan, China en diciembre del año 2019. En los registros del Ministerio de Sanidad del Gobierno de España (2020), se indica que, para esas fechas, se registraron cerca de 27 casos de una neumonía de etiología desconocida, con 7 pacientes graves. Para el 24 de enero de 2020, de acuerdo con Maguiña (2020) ya se había expandido a una población de 835 personas sólo en China, sumados a casos identificados tanto en Tailandia como en Corea del Sur.

Ante el aumento vertiginoso de los nuevos casos de COVID-19 no sólo en Asia, sino también en Europa y América del Norte, es para el 11 de marzo del 2020 que la Organización Mundial de la Salud (OMS) declaró oficialmente un estatus de pandemia. Con esto, se recomendó una serie de medidas sanitarias de observancia obligatoria para los países miembros de la OMS, entre los que destacaron el lavado de manos, uso de cubrebocas y aislamiento social. Estas medidas, principalmente la del aislamiento, generó en el segundo cuatrimestre del 2020 un paro de actividades casi total en el mundo.

Los gobiernos nacionales optaron por detener todas las actividades excepto aquellas que se consideraron primordiales, como son los servicios médicos y de supermercados, lo cual produjo inestabilidad social, económica y de salud, puesto que se generó un ciclo de efectos negativos que aún no ha podido superarse. Las poblaciones vulnerables, marginadas y pobres, al no tener un ingreso fijo, debieron continuar con sus actividades económicas a pesar del aumento de los contagios.

Dentro de las poblaciones que padecieron mayor vulnerabilidad por la pandemia, ya sea, en términos de ingreso o por exposición y contagio, son las trabajadoras domésticas (Barrera, 2021), los enfermos inmunosuprimidos (Poteat et al., 2021), adultos mayores (Han y Mosqueda, 2021), mujeres (López y Vega, 2020; de Lima et al., 2020; Preis et al., 2020; Castellanos et al., 2020) e indígenas (Flores et al., 2021; Curtice y Choo, 2020; Power et al., 2020). Estos últimos dos grupos, mujeres e indígenas, de acuerdo con Barrera (2018) se analizan en conjunto, debido a que resultan uno de los grupos más vulnerables, pues

NOTAS DE AUTOR

[1] Licenciada en Ciencias Jurídicas y Sociales, estudiante de posgrado, Universidad de Quintana Roo, México

2 Licenciada en Psicología Clínica, estudiante de posgrado, Universidad de Quintana Roo, México

[3] Licenciada en Relaciones Internacionales, estudiante de posgrado, Universidad de Quintana Roo, México.

4 Dr. en Geografía, Profesor investigador, Universidad de Quintana Roo, México

ninaarevalo.asesorialex@gmail.com

típicamente, las mujeres indígenas constituyen el segmento más pobre, marginado y desigual de las sociedades latinoamericanas. De ahí que este grupo poblacional sea considerado como objeto de análisis para este artículo.

En México, el primer caso registrado por COVID-19 fue el 27 de febrero de 2020 (Secretaría de Salud, 2020); a partir de ahí, y al 21 de mayo del 2021, la cifra de contagios de acuerdo con Johns Hopkins University (2020) es de 2.39 millones de personas y 221 mil fallecimientos. De este total, la gran mayoría de casos se concentraron en las entidades más pobladas como son Ciudad de México, con 653 mil contagios y 33 mil fallecidos; Estado de México, con 248 mil contagios y 34 mil fallecidos; Nuevo León, con 124 mil contagios y 9 mil fallecidos; y Jalisco, con 86 mil contagios y 12 mil fallecidos^[5].

Ahora bien, de acuerdo con las bases de datos de la Secretaría de Salud (2020), la mayor parte de los contagios y muertes se han dado en las entidades antes mencionadas, pero hay una clara tendencia a que, en el ámbito regional, la península de Yucatán es donde se concentran las cifras más altas de contagios en población indígena, especialmente de la etnia maya yucateca, que es la que habita en esa zona del país.

Por lo anterior, se propone como objetivo hacer una caracterización de los contagios por COVID-19 en mujeres indígenas de la península de Yucatán que permita visualizar las condiciones de vulnerabilidad.

La península de Yucatán es una región al sureste de México que está conformada por los estados de Campeche, Quintana Roo y Yucatán, abarca una superficie territorial de 141,714.50 km² y una población total de 5,107,246 habitantes, según datos del Instituto Nacional de Economía y Geografía (INEGI, 2020; INEGI, 2020a; INEGI, 2020b), es decir, cerca del 4% de la población total en México. Su población se reconoce como de composición multicultural dado que habitan personas con diferentes orígenes, lenguas y arraigos culturales. La etnia con mayor presencia es la maya yucateca, la cual según datos de INEGI (2020a) es de 821,842 habitantes, esto es, el 16.48% de la población en la península.

En lo que refiere a la población objeto de estudio, las mujeres mayas, estimadas en el 48.6 % de la población en la región (INEGI 2020c), cumplen roles centrados principalmente en labores domésticas, familiares y comunitarias, lo cual indica que se encuentran en una situación de vulnerabilidad, debido a que son pocas las que pueden incorporarse a la vida laboral por el papel que mantienen en la estructura familiar (Villagómez, 2014), además, hay evidencia de que ellas se encuentran más expuestas a contraer COVID-19 al ser las cuidadoras y enfermeras de los integrantes del hogar en caso de contagio (del Río y García, 2020).

Asimismo, en la literatura hay evidencia empírica importante sobre las condiciones de pobreza (Barrera, Romero, y Reyes, 2015; Barrera, 2018; Pat et al., 2011) y desigualdad (Reyes y Barrera, 2014; Barrera, Sánchez, Ruíz, y Ruíz, 2019; Rodríguez, 2021) a la que está expuesta la etnia maya yucateca, especialmente las mujeres, por lo que se considera imponderable hacer un análisis como el que aquí se propone.

En sentido de lo anterior, conviene rescatar la postura de la Organización Panamericana de la Salud (2020a) que en su informe Consideraciones relativas a los pueblos indígenas, afrodescendientes y otros grupos étnicos durante la pandemia de COVID-19, reconoce la situación preexistente de vulnerabilidad de los pueblos originarios, quienes viven bajo las peores condiciones estructurales.

La OPS señala que se hace necesaria la adopción de medidas especiales para su protección en el contexto de pandemia, reconociendo el racismo estructural y la discriminación histórica que estas personas viven, los menores ingresos económicos a los que se enfrentan, las complejas condiciones de vida y menores niveles de escolaridad, falta de acceso a servicios básicos como agua y saneamiento, bajos niveles de alfabetización, obstáculos o nulo acceso a los servicios de salud, mayor prevalencia de enfermedades crónicas, el menor acceso a las redes de seguridad social, la desconfianza generada por antecedentes de racismo y la alta informalidad laboral en estos grupos, lo cual revela un escenario bastante desolador que no se aleja de los resultados a los que se han llegado en este estudio.

II. DISCUSIÓN TEÓRICA

En el lejano 1753, la Academia Dijon lanzó un certamen de ensayo que debiese responder a la pregunta ¿Cuál es el origen de la desigualdad entre hombres y este origen está autorizado por la ley natural? El manuscrito que se laureó fue el Discurso sobre el origen de la desigualdad entre los hombres (Rousseau, 1999). En dicho texto, Rousseau pugna por la idea de que el sujeto humano natural, es decir, el individuo sin interacciones con la sociedad tiende a ser de buen carácter y noble, sin embargo, el hombre social, es decir, el que interacciona con la sociedad, es egoísta y ve por su propio bien. Lo que da pie al surgimiento de las desigualdades: la desigualdad natural y la desigualdad moral o política.

Rousseau (1999) señala que las propias dificultades del entorno natural, como el clima o la protección de los animales u otros humanos obligaron por un lado a la generación y apropiación de conocimiento y la tendencia a la mejora o perfectibilidad de su estatus; por otro lado, surgieron también asociaciones, familias y la necesidad natural de comunicarse, es decir, surge la concepción de comunidad y de la propiedad.

La perfectibilidad como mecanismo para adaptarse al entorno natural generó una especie de competencia entre individuos, familias y comunidades, es decir, se conceptualizan categorías para buscar a los elementos más o menos destacados, según convenga. Para Rousseau (1999) lo anterior fue un antecedente importante para entender las primeras divisiones del trabajo, y los primeros esbozos de la acumulación y con ello la necesidad de proteger la propiedad.

Esta necesidad de proteger la propiedad resultó la piedra angular de la acumulación y la desproporción en la distribución de la riqueza entre aquellas familias o comunidades con mayores recursos. Así también, este esquema de acumulación en términos de comunidad o familias que Rousseau denunció no ha cambiado mucho.

De acuerdo con Piketty (2020) si bien la desigualdad es un fenómeno que ocupa y preocupa tanto a tomadores de decisiones como a académicos, es necesario distinguir con claridad a qué desigualdad nos referimos cuando la abordamos. El esquema de desigualdad más común es el que tiene que ver con lo económico, y en ese sentido, el propio Piketty (2020) señala que, de entrada, se debe diferenciar entre desigualdad por ingreso y desigualdad por riqueza. Es común también encontrar que la desigualdad hace referencia por un lado a un cúmulo o la nula existencia de capacidades (Sen, 1979) que permiten a los individuos colocarse en mercados laborales que les aseguren ingresos por salario más altos, mientras otra referencia a la desigualdad hace referencia a la riqueza acumulada a través de generaciones y que por sí misma se multiplica y acumula.

En ambos casos, la desigualdad está implícita en aspectos externos. Por ejemplo, el acceso a educación no es un piso parejo en países en vías de desarrollo, esto se ve reflejado en que según estimaciones de UNESCO (2015), salvo Cuba, en el resto de América Latina se estima que existen 32 millones de analfabetas. Y aun cuando se reconoce que los gobiernos latinoamericanos y caribeños han hecho importantes esfuerzos para aumentar la cobertura educativa, aún persiste una importante brecha en el acceso a educación con poblaciones específicas como las mujeres y los indígenas.

Otro aspecto implícito en la desigualdad es el acceso a salud (Piketty, 2020). Aun cuando según la Organización Panamericana de la Salud (OPS, 2020) reconoce que en América Latina y el Caribe hay un importante esfuerzo de política pública para universalizar el acceso a salud, la realidad es que para autores como Leyva et al. (2013) y Gutiérrez et al. (2019), la población indígena es la que padece mayor vulnerabilidad por la desigualdad en el acceso a servicios de salud pública, ya sea por falta de recursos para movilidad, o bien, por falta de infraestructura física en sus localidades.

Ahora bien, convendrá analizar el concepto de vulnerabilidad para poder abordar el contexto de desigualdad en que se sitúa la población objeto de estudio. Feito (2007) señala que la vulnerabilidad es un concepto que se asocia a la fragilidad y la capacidad que tiene el humano de recibir daño de manera individual,

o en su conjunto como sociedad, y que esta fragilidad viene del medio en donde se desenvuelve el ente vulnerable, es decir:

La vulnerabilidad se ha ido asociando no sólo con las condiciones del individuo, sino cada vez más, con las condiciones del medio (ambientales, sociales o de otro tipo) en que su vida se desarrolla, dando lugar a la necesidad de incorporar los aspectos socioculturales en la comprensión de este concepto. De ahí que se hable, frecuentemente, de poblaciones vulnerables, para referirse a aquellos grupos de personas que, a consecuencia de las condiciones del medio en que viven, están en una situación de mayor susceptibilidad al daño. (Feito, 2007, p.8)

Estas condiciones que señala la autora son conocidos como espacios de vulnerabilidad, los cuales “exponen a las personas a mayores riesgos, a situaciones de falta de poder o control, a la imposibilidad de cambiar sus circunstancias, y, por tanto, a la desprotección” (Feito, 2007, p. 11).

Para autores como Chambers (1983) y Kaztman (2000) la vulnerabilidad debe analizarse, por un lado, desde la exposición a contingencias; y, por otro lado, en cómo se hace frente y se recupera de dichas contingencias, “es decir, existe un elemento “externo” de riesgo, del que es sujeto la persona, y un elemento “interno” que hace referencia a la indefensión, a la ausencia de medios para contender con tales riesgos sin sufrir daños” (Feito, 2007, p. 11).

Dicha afirmación obliga a repensar que, al menos para la segunda condición, la capacidad para hacer frente a una contingencia, la desigualdad juega un papel fundamental, puesto que la cantidad y flujo de recursos monetarios y no monetarios con que un individuo o una familia cuenten será determinante en la intensidad de daño que pueden o no recibir. Sobre esto, en la literatura existen dos posturas muy claras, por un lado, están autores como Castel (1995) que plantea que existe una relación intensa entre pobreza y vulnerabilidad, siendo esta última un fenómeno no estático, es decir, no es un estado permanente, sino un peldaño del camino hacia la exclusión social.

Por su parte, está también la postura de autoras como Moser (1998), quien señala que en términos de vulnerabilidad, no necesariamente los pobres son vulnerables, sino que este fenómeno puede manifestarse en cualquiera de las dos caras de la moneda de la desigualdad, sin embargo, los recursos con que se cuenten, sí son determinantes en el grado de resiliencia que se alcance, es decir, la desigualdad y vulnerabilidad son fenómenos incluyentes que si bien, pueden afectar a los individuos y familias con mayores recursos, la realidad es que afectan con mayor intensidad a aquellos que poco o nada de activos poseen. Así, las precarias condiciones de acceso a la salud con que cuentan las poblaciones indígenas les hacen más vulnerables, y sin duda, representan la cara más desfavorecida de la desigualdad.

III. METODOLOGÍA

Para dar cumplimiento al objetivo, primero se accedió a la base de datos sobre contagios por COVID-19 en México perteneciente a la Dirección General de Epidemiología de la Secretaría de Salud (Secretaría de Salud, 2020). Posteriormente y dado el tamaño de la base, primero en Microsoft Access, se depuraron variables que no se utilizaron en este estudio. Luego se filtró en Microsoft Excel la región de estudio con claves 04 para Campeche, 23 para Quintana Roo y 31 para Yucatán. Después se aislaron los casos de mujeres contagiadas para construir una primera base y luego se aplicó un filtro para las mujeres indígenas. Finalmente, se realizó un análisis estadístico descriptivo a partir del análisis de datos en Microsoft Excel.

Esta base, contiene datos de los casos registrados en el país, con desagregación estatal, por hospitales públicos y privados en México, cuyo corte temporal abarca desde el primer caso y se amplía con las actualizaciones diarias hasta el 30 de abril de 2021^[6]. Dentro de las 40 variables que contiene la base general, en las bases organizadas para el análisis del estudio, se utilizaron las siguientes 21 variables.

TABLA 1
Descriptorios de las variables usadas

Variable	Descriptor	Formato
Sector	Identifica el número de sector del Sistema Nacional de Salud que brindó la atención	4.-IMSS 5.-IMSS-BIENESTAR 6.-ISSSTE 7.-MUNICIPAL 8.-PEMEX 9.-PRIVADA 10.-SEDENA 11.-SEMAR 12.-SSA
Entidad_UM	Identifica la entidad donde se ubica la unidad médica que brindó la atención	04-Campeche 23-Quintana Roo 31-Yucatán
Sexo	Identifica el sexo del paciente	1-Mujer 2-Hombre 99-No especificado
Resultado de Laboratorio	Identifica el resultado del análisis de la muestra reportado por el laboratorio de la Red Nacional de Laboratorios de Vigilancia Epidemiológica	CATÁLOGO: RESULTADO_LAB
Edad	Identifica la edad del paciente	NÚMÉRICA EN AÑOS
Fecha_DEF	Identifica la fecha en que el paciente falleció	AAAA-MM-DD
Indígena	Identifica si la paciente se autoidentifica como una persona indígena	CATÁLOGO SI_NO: 1-Sí 2-No 97-No aplica 98-Se ignora 99-No especificado
Intubado	Identifica si la paciente requirió de intubación	CATÁLOGO: SI_NO
Neumonía	Identifica si la paciente se le diagnosticó con neumonía	CATÁLOGO: SI_NO
Embarazo	Identifica si la paciente está embarazada	CATÁLOGO: SI_NO
Diabetes	Identifica si la paciente tiene un diagnóstico de diabetes	CATÁLOGO: SI_NO
EPOC	Identifica si el paciente tiene un diagnóstico de Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica	CATÁLOGO: SI_NO
Asma	Identifica si el paciente tiene un diagnóstico de asma	CATÁLOGO: SI_NO
Inmunosuprimidos	Identifica si el paciente presenta inmunosupresión	CATÁLOGO: SI_NO

Fuente: Secretaría de Salud, 2020

Variable	Descriptor	Formato
Hipertensión	Identifica si la paciente tiene un diagnóstico de hipertensión	CATÁLOGO: SI_NO
Otras complicaciones	Identifica si el paciente tiene diagnóstico de otras enfermedades	CATÁLOGO: SI_NO
Problemas cardiovasculares	Identifica si el paciente tiene un diagnóstico de enfermedades cardiovasculares.	CATÁLOGO: SI_NO
Obesidad	Identifica si la paciente tiene un diagnóstico de obesidad	CATÁLOGO: SI_NO
Renal crónica	Identifica si el paciente tiene diagnóstico de insuficiencia renal crónica	CATÁLOGO: SI_NO
Tabaquismo	Identifica si el paciente tiene hábito de tabaquismo	CATÁLOGO: SI_NO
UCI	Identifica si la paciente requirió ingresar a una Unidad de Cuidados Intensivos	CATÁLOGO: SI_NO

IV. RESULTADOS

Una vez realizado el análisis de datos, se separaron los resultados para su interpretación en tres grupos: datos generales, sector salud y antecedentes de salud. Para todos los grupos se realizó una comparación a nivel peninsular entre mujeres indígenas y no indígenas, asimismo se compararon los resultados a nivel estado. De lo anterior, se obtienen los siguientes resultados.

Datos generales

En este grupo se calculó lo siguiente: cantidad de mujeres contagiadas, número de recuperadas y cantidad de fallecimientos. En cuanto a los contagios por COVID-19, a nivel peninsular se contaron un total de 25,792 casos, de estos, 24,230 fueron mujeres no indígenas; mientras que 1,562 fueron mujeres indígenas, es decir que, de cada 100 casos de mujeres contagiadas, 6.44 fueron mujeres indígenas. Cabe destacar que estos casos van de los 0 hasta los 103 años, lo que permitió obtener las siguientes estadísticas

TABLA 2:
Estadística básica de edad en mujeres contagiadas por COVID-19 en la península de Yucatán

	Promedio	Mínima	Máxima	Desviación estándar	Mediana	Moda
Indígenas	47.12	0	95	19.04	47.12	31
No indígenas	42.2	0	103	16.59	42.2	31

Fuente: Secretaría de Salud, 2020

Ahora bien, en lo que refiere a mortandad asociada a COVID-19, se registran 259 muertes de mujeres indígenas, y 2,122 muertes de mujeres no indígenas. De esta manera, del total de mujeres indígenas contagiadas falleció un 17%, mientras que, del total de mujeres no indígenas contagiadas, sólo falleció un 9%. En cuanto a las mujeres que fueron intubadas, tenemos un total de 817 en la península de Yucatán, de las cuales 55 eran indígenas y 762 mujeres no indígenas. En las tablas ³ y ⁴, se desglosan los datos por estado, mostrando que el estado de Quintana Roo fue el que tuvo mayores casos de intubadas tanto en indígenas como en no indígenas. Asimismo, en cuanto a las mujeres que llegaron a la Unidad de Cuidados Intensivos - en adelante UCI-, fueron un total de 454 en toda la península de Yucatán, de la cuales 33 eran indígenas y 421 eran no indígenas, por tanto, mientras un 2.1% de las mujeres indígenas pasaron a la UCI, un 7.8% de las mujeres no indígenas tuvieron acceso a dicha unidad. Por último, cabe hacer presente que, a nivel de estados, el que mayores casos de intubadas presentó en mujeres indígenas fue el de Yucatán, mientras que en las no indígenas fue el estado de Campeche.

TABLA 3
Contagios por COVID-19 en mujeres indígenas de la península de Yucatán

Estado	Total de casos	Sobrevive	Muertes	UCI	Intubados
Campeche	3,412	3,069	343	88	89
Quintana Roo	7,378	6,619	759	202	394
Yucatán	13,440	12,420	1,020	131	279
Total	24,230	22,108	2,122	421	762

Fuente: Secretaría de Salud, 202

TABLA 4:
Contagios por COVID-19 en mujeres no indígenas de la península de Yucatán

Estado	Total de casos	Sobrevive	Muertes	UCI	Intubados
Campeche	3,412	3,069	343	88	89
Quintana Roo	7,378	6,619	759	202	394
Yucatán	13,440	12,420	1,020	131	279
Total	24,230	22,108	2,122	421	762

Fuente: Secretaría de Salud, 2020

Sector salud

En cuanto a los sectores de salud en que se atendieron las mujeres contagiadas de la península de Yucatán, se reflejó que, tanto en las mujeres indígenas como en las no indígenas, el grueso de los casos se atendió en hospitales públicos federales y estatales, así como en hospitales públicos.

En cuanto a las mujeres indígenas, el sector al que mayormente acudieron a los hospitales de la Secretaría de Salud (SSA) con un 87.02% de los casos, mientras que los hospitales del Instituto Mexicano del Seguro Social - Bienestar (IMSS-Bienestar) atendieron el 7.14% de los contagios y los hospitales y clínicas IMSS lo hicieron con el 4.28%. El porcentaje restante se distribuyó entre el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de Trabajadores del Estado (ISSSTE), Pemex, Privada, Secretaría de la Defensa Nacional (SEDENA) y Secretaría de Marina (SEMAR).

En el caso de las mujeres no indígenas, el sector que mayor atención brindó fue el SSA con un 59.3% de los casos, seguido del IMSS con un 32.59% de los casos y en tercer lugar el ISSSTE con un 4.80% de los casos. Mientras que el resto de los casos fue atendido por el IMSS-Bienestar, servicio médico Municipal, PEMEX, Privada, SEDENA y SEMAR.

Las diferencias acerca del acceso a los servicios de salud son muy notorias, sobre todo si nos ubicamos en el sector privado, puesto que, en este, el total de mujeres no indígenas que recibieron atención médica fueron 455, mientras que en las mujeres indígenas solo en 5 casos pudieron atenderse en un hospital particular. Es decir que por cada 100 mujeres que tienen la posibilidad de acceder al sector privado en caso de contagiarse por COVID-19, solo 1 sería indígena.

Antecedentes de salud de las mujeres contagiadas en la península de Yucatán

Para este análisis se consideraron 12 variables: neumonía, embarazo, diabetes, EPOC, asma, inmunosupresión, hipertensión, cardiovascular, obesidad, renal crónica, tabaquismo y otras complicaciones.

Pese a que la neumonía se considera uno de los graves síntomas por COVID-19 y no como un antecedente de salud, se analiza en este grupo. De lo anterior se encontraron los siguientes resultados generales en la península de Yucatán:

TABLA 5
Antecedentes de salud de mujeres indígenas

Condición	Campeche	Quintana Roo	Yucatán	Total	Porcentaje
Embarazo	3	13	58	74	4.74%
Diabetes	30	59	242	331	21.19%
EPOC	10	12	42	64	4.10%
Asma	4	12	69	85	5.44%
Inmunosuprimidas	0	5	13	18	1.15%
Hipertensión	25	68	311	404	25.86%

Condición	Campeche	Quintana Roo	Yucatán	Total	Porcentaje
Otras complicaciones	1	7	26	34	2.18%
Problemas cardiovasculares	0	1	21	22	1.41%
Obesidad	24	45	285	354	22.66%
Renal crónica	0	4	21	25	1.60%
Tabaquismo	0	6	9	15	0.96%
Neumonía	24	61	220	305	19.53%

Fuente: Secretaría de Salud, 2020

TABLA 6
Antecedentes de salud de mujeres no indígenas

Condición	Campeche	Quintana Roo	Yucatán	Total	Porcentaje
Embarazo	68	303	274	645	2.66%
Diabetes	560	1157	1626	3343	13.80%
EPOC	57	55	158	270	1.11%
Asma	138	373	605	1116	4.61%
Inmunosuprimidas	52	99	104	255	1.05%
Hipertensión	656	1499	2442	4597	18.97%
Otras complicaciones	59	258	339	656	2.71%
Problemas cardiovasculares	55	112	227	394	1.63%
Obesidad	655	1499	2153	4307	17.78%
Renal crónica	58	143	238	439	1.81%
Tabaquismo	83	221	308	612	2.53%
Neumonía	135	1278	1020	2433	10.04%

Fuente: Secretaría de Salud, 2020

En la base de datos se pudo observar que, en cuanto a las enfermedades menos comunes como es la inmunosupresión, problemas renales crónicos, cardiovasculares y otras complicaciones, las mujeres indígenas y no indígenas presentan resultados bastante similares; en inmunosupresión un 1.15% en las mujeres indígenas, versus un 1.05% en las no indígenas; en renal crónica un 1.6% versus un 1.81%; en cardiovascular un 1.4% versus un 1.6%; y en otras complicaciones un 2.2% versus un 2.7%, lo cual evidencia que en estas cuatro variables analizadas, se encontraban las mujeres de la península de Yucatán, en condición de salud similar, sin mayor ventaja para ninguno de los dos grupos.

En lo que refiere a tabaquismo, las mujeres no indígenas eran más afectadas por esta condición con un 2.7%, mientras que las indígenas lo fueron con 0.96%, lo cual no es extraño debido al componente psicosocial en la cultura occidentalizada, sin embargo, sí fue llamativo que para las mujeres indígenas fue más probable desarrollar EPOC debido a que en la zona maya el uso de fogón o estufas de leña son muy comunes.

Respecto a las otras 6 variables: diabetes, hipertensión, obesidad, asma, neumonía, y la condición de embarazo, las mujeres indígenas de la península de Yucatán, se encontraban considerablemente más afectadas que las mujeres no indígenas. Por ejemplo, en lo que refiere a diabetes^[7], un 21.2% de las mujeres indígenas la padecía, en comparación con un 13.79% de las no indígenas; la hipertensión en mujeres indígenas presentó un porcentaje de 25.86%, mientras que en las no indígenas el total de casos fue de 18.97%. En cuanto a la obesidad se registraron tasas de 22.7% y un 17.7%, respectivamente. En este punto también es importante señalar que las mujeres indígenas adultas son menos propensas, debido a los usos y costumbres, a la práctica formal de deporte o actividades de activación física.

Finalmente, respecto a la variable embarazo, también se revela una llamativa diferencia entre las mujeres no indígenas e indígenas de la península, mientras que de las primeras sólo un 2.66% se encontraban embarazadas, casi el doble de las mujeres indígenas, un 4.74%, estaban embarazadas.

V. CONCLUSIONES

Las condiciones de desigualdad y vulnerabilidad de las que son objeto las mujeres indígenas en México quedan evidenciadas con los resultados de esta investigación, debido a que, por un lado, en el ámbito regional de la península de Yucatán se concentran las cifras más altas de contagios en población indígena de México. Y, por otro lado, si bien, el número de mujeres indígenas contagiadas es menor a las no indígenas, al momento de enfrentar padecimientos de salud, las primeras son las más vulnerables, tanto por sus condiciones estructurales como por sus padecimientos previos, en virtud de ello se ven en mayor dificultad al momento de sobrellevar enfermedades que emergen y se dispersan en la sociedad, como es el COVID-19.

Las condiciones de falta de infraestructura y de desigualdad en el ingreso se vuelven evidentes en las formas de acceso a la salud, la población más pobre y vulnerable debe acceder a servicios de salud universalizada federales (IMSS-Bienestar) o bien en hospitales generales, lo que implica que acceden a este servicio no por la vía de empleo con prestaciones laborales, sino por los esfuerzos que en México se han hecho desde hace más de 10 años para hacer universal el servicio de salud con programas como Seguro Popular y Salud y Bienestar.

Lo interesante de esto es que estos hospitales generalmente se localizan en zonas urbanas (Mérida, Cancún y Campeche son los más grandes en la península de Yucatán) y no en localidades rurales e indígenas, lo que dificulta también el acceso a servicios de salud.

Otro factor de vulnerabilidad que se diferencia con claridad entre mujeres indígenas y no indígenas es que, en el caso de las primeras, existe mayor propensión a manifestar condiciones preexistentes de deterioro en la salud tales como neumonía, diabetes, hipertensión y obesidad. Esto nos lleva a reflexionar y analizar las oportunidades de vida de cada grupo, porque mientras que de las mujeres contagiadas no indígenas falleció un 9%, de las mujeres indígenas murieron el 17% y estas condiciones previas pueden ser consecuencia de esos padecimientos. Conviene también destacar que las mujeres en su rol de madres y cuidadoras de otros enfermos se vuelven aún más vulnerables, especialmente aquellas con condiciones médicas especiales como las embarazadas.

De esta manera, el COVID-19 nos ha permitido visibilizar que esa realidad de mayor vulnerabilidad por desigualdad en el acceso a servicios de salud pública, que los autores que se revisaron en el apartado teórico describen, es aquella en que las mujeres indígenas de la península de Yucatán han vivido, y con mayor impacto a partir de la pandemia. Resulta evidente, que este grupo de mujeres, a consecuencia de las condiciones del medio en que viven, están en una situación de mayor susceptibilidad al daño, y se hace urgente que se instrumenten políticas de protección.

Por todas las razones expuestas, es que se hace urgente y necesario que, en la península de Yucatán, se adopten políticas públicas que logren garantizar a las mujeres indígenas que la habitan, un real, equitativo, igualitario, incluyente e inclusivo acceso a la salud, de conformidad con los compromisos que en derechos humanos los Estados han adoptado.

VI. LISTA DE REFERENCIAS

- Barrera, M. (2018). Pobreza extrema de mujeres indígenas en México. Estudio de caso para la zona Maya de Quintana Roo. *Ciencia e Interculturalidad*, 22(1), 89-105. doi:<https://doi.org/10.5377/rci.v22i1.6559>
- Barrera, M. (2021). Vulnerabilidad económica en trabajadores domésticos ante la pandemia por COVID-19 en Chetumal, México. En J. Neri, R. Medina, M. Medina, y P. González, *Efectos sociales, económicos y de la salud ocasionados por la pandemia del COVID19. Impactos en empresas, actividades económicas, gobierno y grupos vulnerables* (págs. 185-211). México: Plaza y Valdés.
- Barrera, M., Romero, R., y Reyes, O. (2015). Estructura del ingreso y pobreza en comunidades Mayas de Quintana Roo, México: San Carlos y El Naranjal, 2013. *Revista de Estudios Legislativos y de Opinión Pública*, 8(16), 91-111.

- Barrera, M., Sánchez, A., Ruíz, J., y Ruíz, N. (2019). Desigualdad y pobreza extrema en mujeres indígenas mayas en Quintana Roo, México. *Revista de Ciencias Sociales*, 163, 45-68.
- Castel, R. (1995). De la exclusión como estado a la vulnerabilidad como proceso. *Archipiélago: Cuadernos de crítica de la cultura*(21), 27-36.
- Castellanos, E., Tomás, J., y Chilet, E. (2020). Covid-19 en clave de género. *Gaceta Sanitaria*, 34(5), 419-421. Obtenido de <https://www.scielosp.org/pdf/ga/2020.v34n5/419-421/es>
- Chambers, R. (1983). *Rural development: putting the last first*. Londres: Longman.
- Curtice, K., y Choo, E. (2020). Indigenous populations: left behind in the COVID-19 response. *The Lancet*, 395(10239), 1753. doi:10.1016/S0140-6736(20)31242-3
- de Lima, C., Rezende, P., Baraúna, C., Rodrigues, T., Barbosa, K., Cardoso, H., y Vilges, S. (2020). COVID-19: Isolations, Quarantines and Domestic Violence in Rural Areas. *SciMedicine Journal*, 2(1), 44-45. Obtenido de <https://scimedjournal.org/index.php/SMJ/article/view/102/pdf>
- del Río, M., y García, M. (2020). Cuidados y abordaje de la pandemia de COVID-19 con enfoque de género. *Gaceta Sanitaria*(5). doi:10.1016/j.gaceta.2020.05.006
- Diario Oficial de la Federación. (02 de 04 de 2020). ACUERDO General de la Comisión de Administración del Tribunal Electoral del Poder Judicial de la Federación por el que se implementan diversas medidas en relación con el funcionamiento y operación de las áreas administrativas y órganos auxiliares de la Co. Diario Oficial de la Federación. https://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5591002&fecha=02/04/2020.
- Feito, L. (2007). Vulnerabilidad. *Anales del Sistema Sanitario de Navarra*, 30(suplemento 3), 7-22. https://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1137-66272007000600002&script=sci_arttext&tlng=en
- Flores, R., Berumen, A., Martínez, M., Alcántara, L., Díaz, F., y Díaz, L. (2021). A review of Environmental risks and vulnerability factors of indigenous populations from Latin America and the Caribbean in the face of the COVID-19. *Global Public Health*, 1-25. doi:10.1080/17441692.2021.1923777
- Gutierrez, J., Heredia, I., Hernández, M., Pelcastre, B., Torres, P., y Reyes, H. (2019). Desigualdades en el acceso a servicios, base de las políticas para la reducción de la brecha en salud. *Salud Pública de México*(61), 726-733. <https://www.scielosp.org/article/spm/2019.v61n6/726-733/>
- Han, D., y Mosqueda, L. (2021). Elder Abuse in the COVID-19 Era. *Journal of the American Geriatrics Society*, 68(7), 1386-1387. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7264771/>
- INEGI. (2020). Banco de datos. Obtenido de Campeche (04): <https://inegi.org.mx/app/indicadores/?t=268&ag=31#divFV1005000039>
- INEGI. (2020a). Banco de indicadores. Obtenido de Yucatán (31): <https://inegi.org.mx/app/indicadores/?t=268&ag=31#divFV1005000039>
- INEGI. (2020b). Banco de Indicadores. Obtenido de Quintana Roo (23): <https://inegi.org.mx/app/indicadores/?t=268&ag=31#divFV1005000039>
- INEGI. (2020c). Población. Obtenido de Lengua Indígena: <https://inegi.org.mx/temas/lengua/>
- Johns Hopkins University. (2020). Johns Hopkins University Coronavirus Resource Center. Recuperado el 1 de abril de 2020. <https://coronavirus.jhu.edu/data/new-cases>
- Kaztman, R. (2000). Notas sobre la medición de la vulnerabilidad social. En CEPAL, Quinto Taller regional sobre la medición de la pobreza: Métodos y aplicaciones: documentos presentados (págs. 275-301). Santiago: CEPAL.
- Leyva, R., Infante, C., Gutierrez, P., y Quintino, F. (2013). Inequidad persistente en salud y acceso a los servicios para los pueblos indígenas de México, 2006-2012. *Salud Pública de México*, 55(supl2), s123-s128. <https://www.scielosp.org/article/spm/2019.v61n6/726-733/>
- López, R., y Vega, Y. (2020). Vulnerabilidad de la integridad de las mujeres frente al confinamiento social en tiempos de covid-19, Fiscalía de Condevilla 2020. Tesis de licenciatura. Lima, Perú: Universidad César Vallejo. https://repositorio.ucv.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12692/54486/L%C3%B3pez_VRRR-Vega_LYR-SD.pdf?sequence=1

- Maguiña V. C. (2020). El nuevo Coronavirus y la pandemia del Covid-19. *Rev Med Hered*, 31(2). http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1018-130X2020000200125
- Ministerio de Sanidad. del Gobierno de España(2020). Enfermedad por coronavirus, COVID-19. Centro de Coordinación de Alertas y Emergencias Sanitarias.
- Moser, C. (1998). The assets vulnerability framework: reassesing urban poverty reduction strategies. *World Development*, 26(1), 1-19. doi:[https://doi.org/10.1016/S0305-750X\(97\)10015-8](https://doi.org/10.1016/S0305-750X(97)10015-8)
- Organización Panamericana de la Salud. (16 de septiembre de 2020). Sitio web de la Organización Panamericana de la Salud. <https://www.paho.org/es/noticias/16-9-2020-region-americas-avanzo-acceso-salud-2019-pero-enfrenta-nuevos-desafios-2020>
- Organización Panamericana de la Salud. (2020a). Consideraciones relativas a los pueblos indígenas, afrodescendientes y otros grupos étnicos durante la pandemia de COVID-19. OPS. https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/52252/OPSIMSPHECOVID-19200030_spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Pat, L., Nahed, J., Parra, M., García, L., Nazar, A., y Bello, E. (2011). Influencia de las estrategias de ingresos y las políticas públicas sobre seguridad alimentaria en comunidades rurales Mayas del Norte de Campeche. *Tropical and Subtropical Agroecosystems*, 14(1), 77-89. <https://www.redalyc.org/pdf/939/93915703006.pdf>
- Piketty, T. (2020). *Capital and ideology*. Boston: Belknap.
- Poteat, T., Reisner, S., Miller, M., y Wirtz, A. (2021). Vulnerability to COVID-19-related Harms Among Transgender Women With and Without HIV Infection in the Eastern and Southern U.S. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndrome*, 85(4), e67-e69. https://journals.lww.com/jaids/Abstract/2020/12010/Vulnerability_to_COVID_19_related_Harms_Among.21.aspx?context=LatestArticles
- Power, T., Wilson, D., Best, O., Brockie, T., Bourque, L., Millender, E., y Lowe, J. (2020). COVID-19 and Indigenous Peoples: An imperative for action. *Journal of Clinical Nursing*, 29(15-16), 2737-2741. doi:10.1111/jocn.15320
- Preis, H., Mahaffey, B., Heiselman, C., y Lobel, M. (2020). Vulnerability and resilience to pandemic-related stress among U.S. women pregnant at the start of the COVID-19 pandemic. *Social Science & Medicine*, 266, 113348. <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0277953620305670>
- Reyes, O., y Barrera, M. (2014). Estructura y desigualdad del ingreso en la zona Maya de Quintana Roo. Un estudio de caso para las comunidades de José María Morelos y Sabán, Quintana Roo, México, 2011. *Revista de Economía*, XXXI(82). doi:<https://doi.org/10.33937/reveco.2014.47>
- Rodríguez, G. (2021). *Pueblos Mayas en el siglo XXI. Desigualdades, transformaciones y retos*. México: UNAM.
- Rousseau, J. (1999). *Discurso sobre el origen de la desigualdad entre los hombres*. San José: ALBA.
- Secretaría de Salud. (Mayo de 2020). Secretaría de Salud. <https://www.gob.mx/salud/documentos/datos-abiertos-bases-historicas-direccion-general-de-epidemiologia>
- Sen, A. (1979). *Sobre la desigualdad económica*. Madrid: Alianza.
- UNESCO. (2015). *Education for All 2000-2015: Achievements and challenges*. Paris: UNESCO. https://www.dropbox.com/s/jizaze602h5zjnv/GMR2015_FullReport_En.pdf?dl=0
- Villagómez V., G., y Sánchez G., M. C. (2014). Mujeres mayas: envejecimiento, pobreza y vulnerabilidad. *Península*, http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1870-57662014000200004.
- [1] Licenciada en Ciencias Jurídicas y Sociales, estudiante de posgrado, Universidad de Quintana Roo, México. Correo: ninaarevalo.asesorialex@gmail.com, ORCID: 0000-0002-8228-7935
- [2] Licenciada en Psicología Clínica, estudiante de posgrado, Universidad de Quintana Roo, México. Correo: yscellopez@gmail.com, ORCID: 0000-0003-0510-8320
- [3] Licenciada en Relaciones Internacionales, estudiante de posgrado, Universidad de Quintana Roo, México. Correo: lau.rdz.cruz@gmail.com, ORCID: 0000-0003-3466-5177
- [4] Dr. en Geografía, Profesor investigador, Universidad de Quintana Roo, México. Correo: miguel.barrera@uqroo.edu.mx, ORCID: 0000-0002-9240-7646
- [5] Las cifras se han redondeado, para cifras más exactas consultar <https://coronavirus.jhu.edu/map.html>
- [6] La base de datos se actualiza todos los días. Esta fue la fecha de corte disponible al momento de iniciar el análisis.

[7] Es importante señalar que estas condiciones: diabetes, hipertensión, inmunosuprimidas, se refieren a condiciones previamente detectadas. Por lo que estas cifras deben considerarse como posibles rangos mínimos.