

La salud de las mujeres indígenas en México

Jordan Lewis

Departamento de Ciencias de la Salud Pública, Universidad de Clemson

LIH 4000: Pasantías en el extranjero

Profesora Julia Sherry

18 de Abril de 2023

Glosario

Colonización: la acción o el proceso de asentamiento y establecimiento de control sobre los pueblos indígenas de una zona

Disparidades de salud: inequidades en la calidad de la salud, la atención de salud, y los resultados de salud experimentados por los grupos basados en las características sociales, raciales, étnicas, económicas, y ambientales

Indigenidad: los pueblos indígenas son los habitantes originales de un área, los descendientes de los habitantes originales, que están colonizados, y los que viven de manera indígena y son aceptados por la comunidad indígena

La tasa de mortalidad materna: el número de muertes maternas durante un período determinado por cada 100.000 nacidos vivos durante el mismo período de tiempo

La violencia estructural: una forma de violencia en la que alguna estructura social o institución social puede dañar a las personas al prevenirles satisfacer sus necesidades básicas

La violencia obstétrica: el maltrato y abuso físico, psicológico y verbal que experimentan las mujeres durante el parto

Marginación: tratamiento de una persona, grupo o concepto como insignificante o periférico

Objetivo de Desarrollo Sostenible (ODS): son una colección de 17 objetivos interrelacionados diseñados para servir como un plan compartido para la paz y la prosperidad de las personas y el planeta ahora y en el futuro

Salud de la mujer: Se refiere a la rama de la medicina que se centra en el tratamiento y diagnóstico de enfermedades y afecciones que afectan el bienestar físico y emocional de una mujer

Introducción

México, oficialmente los Estados Unidos Mexicanos, es el tercer país más grande de América Latina. México está compuesto por 31 estados, con la Ciudad de México como la capital con una población de 128.9 millones (Britannica, 2021). Actualmente hay una gran división entre la riqueza extrema y la pobreza. Los estados más pobres son Oaxaca, Chiapas y Guerrero (Loewenberg, 2010). Sin embargo, hay una clase media entre los terratenientes de élite y los pobres rurales y urbanos (Britannica, 2021).

La demografía de México varía significativamente. La población de México está compuesta por 62 grupos étnicos, incluyendo mestizos (62%), amerindios (7%) y otros (31%) (Britannica, 2021). En la población indígena en México, hay 62 grupos étnicos que es aproximadamente el 8% de la población. Los dos estados con los porcentajes más altos de indígenas marginados en este 8% son Oaxaca y Veracruz (Roldán et al., 2017). En términos de edad, el grupo de edad más grande son las personas menores de 15 años. El segundo grupo de edad más grande son las personas entre 15 y 29 años. El grupo de edad más pequeño incluye personas de 85 años o más (Britannica, 2021). Hay una distribución igual de mujeres y hombres en la población mexicana (Trading Economics, 2022).

En el Reporte de Desarrollo Sostenible, México es 74 de 163 países. Su clasificación indica que como país están logrando los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS), pero todavía hay áreas que necesitan mejoras como el ODS 3, la buena salud y el bienestar (Sachs et al.,

2022). El ODS 3 incluye todas las principales prioridades de salud, incluida la salud reproductiva, materna, neonatal, infantil y adolescente, las enfermedades transmisibles y no transmisibles, y más atributos para una vida saludable. Según el Reporte de Desarrollo Sostenible (2021), la esperanza de vida al nacer de los ciudadanos en México es de 76.01 años. Además, el reporte indica que la tasa de mortalidad materna es de 33 por 100.000 nacidos vivos y la tasa de mortalidad neonatal es de 8,4 por cada 1.000 nacidos vivos (Sachs et al., 2022). Aunque México parece estar haciendo algo moderadamente bien como país en el logro de los ODS, es necesario que haya mejoras sustanciales en el área de la salud de las mujeres indígenas. Hoy, me enfocaré en los problemas relacionados con la salud de las mujeres indígenas discutiendo qué es la salud indígena y sus problemas, qué es la salud de las mujeres y los problemas de salud y las barreras que enfrentan las mujeres indígenas cuando intentan recibir atención, e iniciativas para mejorarla.

Revisión de Literatura

La salud indígena en México

Montenegro y Stephens (2006) afirman que la indigeneidad es: "Las personas indígenas son los habitantes originales de un área, los descendientes de los habitantes originales, que están colonizados, y los que viven de manera indígena y son aceptados por la comunidad indígena". Los principales problemas de salud de la población indígena incluyen la alta mortalidad infantil y en la niñez, la alta morbilidad y mortalidad materna, la carga de enfermedades infecciosas, la malnutrición, la reducción de la esperanza de vida, los problemas sociales, los accidentes, las enfermedades crónicas y las enfermedades causadas por las condiciones ambientales (Gracey & King, 2009). Estos problemas de salud pueden atribuir a una multitud de factores, como la colonización y la marginación.

La colonización y la marginación han afectado mucho la salud de las personas indígenas. Muchos colonizadores llevaron microorganismos a grupos indígenas a los que no estaban expuestos anteriormente, bloquearon el acceso o destruyeron lugares y prácticas tradicionales de agricultura, caza y pesca, y implementaron regulaciones sobre personas que habían vivido ahí durante miles de años (Gracey & King, 2009). Con la colonización, muchos grupos indígenas fueron destruidos por nuevas enfermedades que nunca antes habían encontrado. Al bloquear el acceso a las prácticas agrícolas tradicionales, su calidad nutricional disminuyó, lo que condujo a la malnutrición en los niños y las familias. Además, las nuevas regulaciones sólo buscarían marginar a las personas indígenas debido a los prejuicios raciales que ponen a muchos en la pobreza. Según Roldán (2017), las áreas indígenas fueron las más marginadas en comparación con las áreas urbanas y rurales. Debido a esta marginación, muchos indígenas están desconectados de los servicios de salud del gobierno con aproximadamente el 45,6% de los indígenas sin acceso a cobertura médica (Roldán et al., 2017). La marginación de los pueblos indígenas en México los tiene sin el acceso adecuado a los servicios médicos cuando necesitan atención primaria y condiciones médicas graves. Esta falta de acceso crea una gran disparidad en la atención porque no pueden mejorar su salud sin el tratamiento adecuado. Los efectos de la colonización y la marginación todavía se sienten hoy a través del empeoramiento de los resultados de salud de la población indígena.

Problemas de salud de las mujeres indígenas en México

La salud de la mujer se define como una categoría amplia que incluye problemas de salud exclusivos de las mujeres, como la menstruación y el embarazo. Además, la salud de las mujeres incluye condiciones que afectan a las mujeres de manera diferente a los hombres, como las enfermedades cardíacas y la diabetes (National Institute of Child Health and Human

Development, 2023). La salud de las mujeres indígenas enfoca en cuestiones similares, con un enfoque único en las mujeres indígenas debido a los problemas de salud que siguen enfrentando, como la alta tasa de mortalidad materna. En 2018, las mujeres mexicanas no indígenas tuvieron una tasa de mortalidad materna de 44 muertes por cada 100,000 nacidos vivos, mientras que las mujeres indígenas mexicanas tuvieron una tasa de 94 muertes por cada 100,000 nacidos vivos (Enciso & Avendaño, 2018). La gran disparidad en la tasa de mortalidad materna entre las mujeres mexicanas no indígenas y las mujeres indígenas mexicanas es una combinación de muchas disparidades de salud, como la falta de educación, acceso a los servicios de salud y las diferentes formas de violencia que experimentan.

La educación es un área fundamental donde los niños, adolescentes y adultos pueden aprender sobre comportamientos y conocimientos esenciales de salud que pueden ayudarlos a tomar mejores decisiones de estilo de vida en el futuro porque están informados. Las mujeres indígenas tienen niveles educativos muy bajos. La mayor parte de las mujeres indígenas solo van a la escuela por 6 años y se casan a la edad de 15 años (Loewenberg, 2010). La pobreza y la estructura patriarcal dentro de las familias indígenas dificultan que las niñas completen su educación. Las niñas deben ayudar con las tareas domésticas además de su trabajo de la escuela, que eventualmente afecta la escuela requiriendo que salgan (Vázquez, 2017). La falta de educación elimina su agencia y capacidad para entender y decidir cuál es el mejor para su salud y vida. Por ejemplo, en un estudio realizado por Meneses-Navarro et al. (2022) mostró que los adolescentes indígenas tenían menos conocimiento sobre métodos anticonceptivos en comparación con los adolescentes no indígenas. El conocimiento de los métodos anticonceptivos permitiría a las mujeres indígenas prevenir embarazos no planeados si así lo quieren mientras realizan actividades sexuales. La necesidad de más acceso a la educación también informa a las

mujeres de sobre las etapas del embarazo, las posibles complicaciones que deben buscar y comprender la información de salud que los proveedores médicos pueden darles.

El acceso a los servicios de salud es uno de los factores más importantes en la salud de los indígenas en México. Uno de los principales factores que dificultan el acceso a la atención médica para los indígenas es la falta de transporte. Los hospitales pueden estar entre 30 y 70 km de su área (Juárez-Ramírez et al., 2020). Estos problemas de transporte pueden resultar en citas de atención médica perdidas o retrasadas, mayores costos de salud y resultados de salud más pobres en general (American Hospital Association, 2017). Por ejemplo, la gran distancia al hospital hace difícil para las mujeres indígenas llegar al hospital cuando están en el parto o en una emergencia obstétrica. En términos de costos, la distancia puede poner estrés en la situación financiera de muchas familias indígenas, que tienen más probabilidades de estar en la pobreza, para pagar el transporte al hospital. La atención médica y sus costos asociados son conocidos contribuyentes al ciclo perpetuo de la pobreza, que sólo puede exacerbar las grandes disparidades entre las comunidades indígenas y no indígenas.

Otro factor que afecta el acceso equitativo a la atención de salud son las barreras lingüísticas. México es el hogar de la segunda población más grande de hablantes de lenguas indígenas, por lo que el uso de lenguas indígenas es más frecuente (Murphy, 2013). Muchas clínicas tienen personal que no habla idiomas indígenas locales y puede ser arrogante con las mujeres a las que se supone que deben ayudar (Loewenberg, 2010). Las mujeres no pueden ir a la clínica porque no pueden ser entendidas y no pueden entender al personal. Existe una gran brecha en la comunicación entre los proveedores de atención médica y los pacientes debido a la variedad y el uso de las lenguas indígenas. Además, esta brecha en la comunicación se debe a la falta de respeto por las lenguas indígenas y la falta de humildad cultural por la cultura indígena y

su uso de la lengua. En muchas comunidades indígenas, el lenguaje es visto como una herramienta de comunicación, pero también como un facilitador esencial en el proceso de desarrollo, expresión y formación de identidad (Murphy, 2013). Cada idioma tiene palabras que pueden transmitir múltiples significados dentro de su cultura. En el entorno de la atención médica, esto puede ser confuso porque 1) no entiende al paciente y 2) su explicación de sus síntomas puede tener diferentes significados.

Maricela Zurita Cruz es un ejemplo perfecto de la barrera del idioma en las comunidades indígenas. Ella vive en un pueblo llamado San Juan Quiahije, donde el idioma principal es el chatino. La generación más joven está aprendiendo español en la escuela, pero las personas mayores de su pueblo tienen un conocimiento limitado de él (Loewenberg, 2010). Aunque la generación más joven entiende español, todavía hay una brecha en el cuidado de la generación mayor porque no tuvieron la oportunidad de aprender debido a las barreras educativas. Esta brecha en el conocimiento deja a los niños más pequeños para ayudar a sus mayores a entender a los médicos y las diferentes presentaciones de salud pública. Maricela comenzó a traducir presentaciones de salud reproductiva, sexo seguro y mortalidad materna del español al idioma de su comunidad, el chatino. Además, ha enseñado a las mujeres sobre diferentes problemas de salud, ha iniciado campañas para hacerse pruebas de papanicolaou y ha traducido para mujeres indígenas en el consultorio del médico (Loewenberg, 2010). Su trabajo demuestra la falta de materiales de salud apropiados para el idioma para que las comunidades indígenas transmitan estos importantes temas de salud. Además, la participación de los pueblos indígenas en las iniciativas de salud y salud pública es una necesidad para tener una atención culturalmente competente para ellos.

La violencia estructural y obstétrica son los principales tipos de violencia que enfrentan las mujeres indígenas antes, durante y después del parto. Estos dos tipos de violencia a menudo se cruzan con problemas y resultados similares. La violencia estructural es "una forma de violencia en la que alguna estructura social o institución social puede dañar a las personas al prevenirles satisfacer sus necesidades básicas" (Lee, 2019). Dentro de Chiapas, el estado más pobre de México, el 74.7% de la población vive en la pobreza y la pobreza extrema, en comparación con la tasa nacional del 43%. Las mujeres y familias indígenas en Chiapas son las más pobres que enfrentan dificultades económicas, tasas extremas de malnutrición, falta de agua corriente y electricidad. Las condiciones en las que vive la población de Chiapas provocaron enfermedades relacionadas con la pobreza, como la tuberculosis, problemas intestinales debido al agua sucia y altas tasas de mortalidad infantil y materna (Kotni, 2018). La pobreza se puede considerar un acto de violencia contra los ciudadanos por parte del estado debido a la falta de atención y acción para mejorar su situación. Esta inacción del Estado se muestra aún más cuando los levantamientos Zapatistas de 1994 produjeron una respuesta mayor que las condiciones materiales en las que vivían los ciudadanos. Los levantamientos zapatistas produjeron una respuesta violenta del gobierno, que llevó a la utilización de paramilitares, con un costo de más de 55 millones de pesos, aumentando la violencia de género que enfrentan las mujeres indígenas, como el acoso y la agresión sexual (Kotni, 2018). Las mujeres indígenas sufrieron violencia de género debido a la utilización militar, lo que provocó más muertes además de las muertes maternas. La reacción inmediata de utilizar militares en Chiapas, que cuesta una cantidad significativa, pero está ausente de la necesidad de servicios de salud y recursos generales para la pobreza extrema, ilustra aún más el desprecio que tienen por sus ciudadanos. Cuando el gobierno

intentó implementar políticas para combatir la pobreza y reducir las tasas de mortalidad materna, condujo a más casos de violencia obstétrica.

La violencia obstétrica es "el maltrato y abuso físico, psicológico y verbal que experimentan las mujeres durante el parto" (Kotni, 2018). Cuando el gobierno implementó Prospera (anteriormente llamado Oportunidades), el programa tenía como objetivo combatir la pobreza apuntando a que las madres pobres siguieran un conjunto de reglas para recibir un estipendio mensual. Estas madres tenían que asistir a citas prenatales mensuales y talleres de salud en su clínica de salud local para mantener su estipendio. (Kotni, 2018). Aunque las intenciones del programa Prospera eran grandes, la implementación no permitió que las mujeres indígenas tuvieran opciones reproductivas sobre su nacimiento e inhibió las prácticas de parto indígenas. El programa Prospera incentiva a las mujeres indígenas para parir en el hospital con dinero, al tiempo que refuta las prácticas tradicionales de parto indígena con parteras en la casa. En el hospital, se enfrentan a repetidas violaciones de los derechos reproductivos de las mujeres durante el parto, incluidos insultos verbales, procedimientos invasivos de rutina (controles cervicales y revisión uterina) y esterilización forzada (Kotni, 2018). El trato inhumano en el hospital empuja a las mujeres indígenas a quedarse en casa para su parto, incluso durante complicaciones difíciles por miedo. Las violaciones de las mujeres durante el parto son un ejemplo de la violencia obstétrica que pueden tener que soportar para recibir dinero para mantenerse. El incentivo monetario que proporciona el programa Prospera puede someter a estas mujeres a violencia obstétrica, al tiempo que perpetúa la violencia estructural si no cumplen con los términos del programa.

Iniciativas de salud de las mujeres indígenas

El gobierno mexicano ha probado diferentes programas para mejorar la salud de las mujeres indígenas, como Prospera (o Oportunidades), Iniciativa Salud Mesoamérica y Casa de la Mujer Indígena. Casa de la Mujer Indígena ha demostrado ser el mejor programa que combina prácticas indígenas tradicionales con recursos de salud occidentales. Las Casas se encuentran en cuatro estados mexicanos, Oaxaca, Chiapas, Guerrero y Puebla, que tienen una alta densidad de población indígena. Las tres funciones principales del programa son proporcionar educación para la salud y atención básica de salud brindada por trabajadores de salud comunitarios indígenas, servir como enlace o sistema de referencia a los servicios de salud generales y ofrecer espacio de reunión para que todos colaboren en acciones locales (Pelcastre-Villafuerte et al., 2014). La mejor parte de esta iniciativa es que la comunidad indígena se pone al frente de todas las decisiones e implementación de la atención médica porque conocen más a su comunidad. Durante el estudio de Pelcastre-Villafuerte y sus colegas (2014), encontraron que este programa era un éxito con algunas limitaciones. Las ventajas del programa fueron que todas las mujeres en las Casas hablan el idioma indígena local, hay actividades de prevención de la violencia doméstica para mujeres y hombres, el empoderamiento de las mujeres ha aumentado por el cambio en el procedimiento de derivación, servicios de salud sexual y reproductiva más culturalmente receptivos y un aumento de los traslados hospitalarios para atención obstétrica (Pelcastre-Villafuerte et al., 2014). Todo el personal que habla el idioma local ayuda a mejorar la comunicación y crear confianza y comodidad entre los trabajadores de la salud y los pacientes. Los servicios de prevención de la violencia doméstica para mujeres y hombres permiten que ambos sexos reconozcan los comportamientos negativos que causan daño y prevenirlo en el futuro. Además, los servicios de prevención de violencia doméstica dan más visibilidad a estos comportamientos y a dónde acudir si se ven perjudicados. La violencia obstétrica puede

disminuir debido a que las mujeres tienen más voz en la forma en que son tratadas. La atención de salud sexual y reproductiva de las parteras tradicionales brinda a las familias más conocimientos sobre los signos y síntomas de las emergencias obstétricas, para que todos puedan estar preparados y listos para proveer apoyo a la madre. El aumento de las transferencias al hospital ayuda a reducir la tasa de mortalidad materna porque pueden detectar emergencias antes con el nuevo sistema. Estas pequeñas diferencias en la atención médica de las mujeres hacen una gran diferencia en la calidad de vida que tienen las mujeres indígenas. Las desventajas del programa incluyen la falta de personal las 24 horas del día y los 7 días de la semana para emergencias, la población no indígena y los proveedores desconocen el modelo Casas, falta de formalidad en la relación laboral que las mujeres tienen con las Casas, falta de estructura explícita y reglas para compartir la responsabilidad entre las organizaciones colaboradoras, falta de claridad sobre las fuentes de financiamiento, los fondos y la administración del presupuesto, y no existe un sistema formal de registro de casos (Pelcastre-Villafuerte et al., 2014). Aunque existen algunas desventajas, este programa solo puede continuar mejorando para proveer la mejor atención a las mujeres indígenas en México.

Diferencias de salud indígena entre el sistema de salud en los Estados Unidos y México

Hay muchas similitudes y diferencias entre la atención médica indígena en los sistemas de salud en los Estados Unidos y México. En los Estados Unidos, los indios americanos y los nativos de Alaska tienen un estado de salud más bajo en comparación con otros americanos. Tienen una esperanza de vida más baja y mueren a tasas más altas que otros estadounidenses en muchas categorías, incluida la enfermedad hepática crónica, la cirrosis, la diabetes mellitus, las lesiones no intencionales, el asalto / homicidio, la autolesión intencional / suicidio y las enfermedades crónicas de las vías respiratorias inferiores. Esta alta carga de enfermedad se debe

a una educación inadecuada, altas tasas de pobreza, discriminación en los servicios de salud y diferencias culturales (Servicio de Salud Indígena, 2019). En México, el estado de salud de la población indígena es similar al de la población indígena en los Estados Unidos con un estado de salud más bajo que la mayoría de los ciudadanos, menor esperanza de vida y una alta carga de enfermedad. En los Estados Unidos, existe una agencia llamada Servicio de Salud de la India (SSI) que provee atención a 2.2 millones de nativos americanos en todo el país (Smith, 2018). El SSI está muy poco financiado, lo que limita los servicios que pueden ofrecer a los miembros tribales. En comparación, México no tiene una agencia específica para la población indígena. En cambio, los indígenas asisten a clínicas en su región o viajan muy lejos para recibir atención en un hospital. Ambas instituciones carecen de fondos suficientes y necesitan más fondos para proporcionar una atención de mayor calidad a los pacientes. La tasa de mortalidad materna para las mujeres indias americanas y nativas de Alaska en los Estados Unidos es de 26.2 por cada 100,000 nacidos vivos, que es dos veces más alta que la tasa para las mujeres blancas (Hill et al., 2022). La tasa de mortalidad materna de las mujeres indígenas en México es de 94 por cada 100.000 nacidos vivos, que es aproximadamente tres veces mayor que la de las mujeres no indígenas (Enciso & Avendaño, 2018). Las disparidades que causan una alta tasa de mortalidad materna para las mujeres indígenas en México y los Estados Unidos son similares. Incluyen bajo nivel socioeconómico, racismo y discriminación, falta de educación y falta de cobertura de salud. Existe un plan federal en los Estados Unidos para abordar las disparidades de salud materna llamado Plan para Abordar la Crisis de Salud Materna. Este plan incluye mejorar el acceso a la cobertura y la atención, diversificar la fuerza laboral perinatal, fortalecer el apoyo social y económico y aumentar la capacitación para apoyar a las mujeres que participan activamente en su cuidado antes, durante y después del embarazo (Hill et al., 2022). El gobierno mexicano ha

probado muchos programas diferentes, desde Prospera hasta Casa de la Mujer Indígena, pero no hay planes recientes para mejorar la salud de las mujeres indígenas. La salud de la población indígena tanto en México como en los Estados Unidos es muy similar, pero los Estados Unidos tienen más apoyo con un sistema de salud más robusto y un plan para el futuro.

Conclusión

La salud de las mujeres indígenas en México tiene una multitud de barreras y problemas diferentes para que las mujeres indígenas reciban atención. Es necesario que haya una revisión completa de cómo observan y participan con las comunidades indígenas antes de mejorar la salud de las mujeres indígenas. Cada comunidad indígena debe tener más respeto por sus costumbres e idiomas, entonces podemos invertir en mejorar los sistemas actuales. Por lo tanto, deben ocurrir las siguientes recomendaciones: expansión de la Casa de la Mujer Indígena, aumentar los servicios de transporte gratuito al hospital y aumentar el número de clínicas y hospitales cerca de las comunidades indígenas. Estas recomendaciones mantienen a las comunidades indígenas en el centro de todas las decisiones relacionadas con la atención médica dentro de sus comunidades.

Referencias

American Hospital Association. (2017, November 15). *Social Determinants of Health Series:*

Transportation and the Role of Hospitals | AHA.

<https://www.aha.org/aharet-guides/2017-11-15-social-determinants-health-series-transportation-and-role-hospitals>

Britannica. (2021). *Mexico - Demographic trends*. Encyclopedia Britannica. Retrieved

September 20, 2022, from

<https://www.britannica.com/place/Mexico/Demographic-trends>

Enciso, M. S. N., & Avendaño, H. E. A. (2018). Maternal Mortality of Indigenous Women in

Mexico: An Analysis from the Perspective of Human Rights. *Global Maternal and Child*

Health. https://doi.org/10.1007/978-3-319-71538-4_20

Hill, L., Artiga, S., & Ranji, U. (2022, November 1). *Racial Disparities in Maternal and Infant*

Health: Current Status and Efforts to Address Them. Kaiser Family Foundation.

<https://www.kff.org/racial-equity-and-health-policy/issue-brief/racial-disparities-in-maternal-and-infant-health-current-status-and-efforts-to-address-them/#:~:text=Black%20and%20American%20Indian%20and,vs.%2013.7%20per%20100%2C000>

History. (2020, June 5). *History of Mexico*. History. Retrieved October 9, 2022, from

<https://www.history.com/topics/mexico/history-of-mexico>

Indian Health Service. (2019, October). *Disparities | Fact Sheets*.

<https://www.ihs.gov/newsroom/factsheets/disparities/#:~:text=American%20Indians%20and%20Alaska%20Natives%20continue%20to%20die%20at%20higher,and%20chronic%20lower%20respiratory%20diseases>

- Juárez-Ramírez, C., Nigenda, G., Saucedo-Valenzuela, A. L., & Villalobos, A. (2020). Lags in the provision of obstetric services to indigenous women and their implications for universal access to healthcare in Mexico. *Sexual and Reproductive Health Matters*.
<https://doi.org/10.1080/26410397.2020.1778153>
- Kotni, M. E. (2018). Between Cut and Consent: Indigenous Women's Experiences of Obstetric Violence in Mexico. *American Indian Culture and Research Journal*, 42(4), 21–41.
<https://doi.org/10.17953/aicrj.42.4.elkotni>
- Kotni, M. E. (2018). Structural Violence: An Important Factor of Maternal Mortality Among Indigenous Women in Chiapas, Mexico. *Springer eBooks*, 147–167.
https://doi.org/10.1007/978-3-319-71538-4_8
- Lee, B.X. (2019). Structural Violence. In Violence, B.X. Lee (Ed.).
<https://doi.org/10.1002/9781119240716.ch7>
- Loewenberg, S. (2010). Maricela Zurita Cruz: voice for Mexican Indigenous women's health. *The Lancet*, 375(9727), 1685. [https://doi.org/10.1016/s0140-6736\(10\)60724-6](https://doi.org/10.1016/s0140-6736(10)60724-6)
- Loewenberg, S. (2010). The plight of Mexico's Indigenous women. *The Lancet*, 375(9727), 1680–1682. [https://doi.org/10.1016/s0140-6736\(10\)60721-0](https://doi.org/10.1016/s0140-6736(10)60721-0)
- Meneses-Navarro, S., Serván-Mori, E., Heredia-Pi, I., Pelcastre-Villafuerte, B. E., & Nigenda, G. (2022). Ethnic Disparities in Sexual and Reproductive Health in Mexico After 25 Years of Social Policies. *Sexuality Research and Social Policy*, 19(3), 975–990.
<https://doi.org/10.1007/s13178-022-00692-0>
- Montenegro, R. A., & Stephens, C. (2006). Indigenous health in Latin America and the Caribbean. *The Lancet*, 367(9525), 1859–1869.
[https://doi.org/10.1016/s0140-6736\(06\)68808-9](https://doi.org/10.1016/s0140-6736(06)68808-9)

Murphy, K. M. (2013). Language and Indigenous Health in Latin America: Case study of Mexico. 28 (1), Retrieved from <https://repository.upenn.edu/wpel/vol28/iss1/5>

National Institute of Child Health and Human Development. (2023, March 6). *Women's Health*. <https://www.nichd.nih.gov/>. <https://www.nichd.nih.gov/health/topics/womenshealth>

Pelcastre-Villafuerte, B., Ruiz, M., Meneses, S. *et al.* Community-based health care for indigenous women in Mexico: a qualitative evaluation. *Int J Equity Health* 13, 2 (2014). <https://doi.org/10.1186/1475-9276-13-2>

Roldán, J. L., Álvarez, M. A., Carrasco, M. P., Guarneros, N., Ledesma, J. L. J., Cuchillo-Hilario, M., & Chávez, A. (2017). Marginalization and health service coverage among Indigenous, rural, and urban populations: a public health problem in Mexico. *Rural and Remote Health*. <https://doi.org/10.22605/rrh3948>

Sachs, J., Lafortune, G., Kroll, C., Fuller, G., Woelm, F. (2022). From Crisis to Sustainable Development: the SDGs as Roadmap to 2030 and Beyond. *Sustainable Development Report 2022*. Cambridge: Cambridge University Press.

Smith, M. (2018, August 1). *Native Americans: A Crisis in Health Equity*. American Bar Association. https://www.americanbar.org/groups/crsj/publications/human_rights_magazine_home/the-state-of-healthcare-in-the-united-states/native-american-crisis-in-health-equity/

Trading Economics. (2022). *Mexico - Population, Male (% Of Total)*. Retrieved October 9, 2022, from <https://tradingeconomics.com/mexico/population-male-percent-of-total-wb-data.html>

Vázquez, M. (2017). Understanding Girls' Education in Indigenous Maya Communities in the Yucatán Peninsula: Implications for Policy and Practice. *Center for Universal Education (CUE) at Brookings*.