

# La fragilidad de la salud en las mujeres rurales mexicanas

*The fragility of health in rural Mexican women*

Marisol Cruz Cruz<sup>a</sup> y Humberto de Luna López<sup>b</sup>

## Resumen / Abstract

La salud de la mujer rural está determinada por varios factores que la colocan en una condición de fragilidad. Entre ellas están las acciones gubernamentales, los usos y costumbres, la escolaridad, el lugar de residencia y la infraestructura disponible. Este trabajo se ocupa de explicar la salud de la mujer rural mexicana, que está asociada con las limitaciones familiares y sociales. Primero se retoman elementos de la economía de la salud como sustento conceptual para el estudio de este proceso. Segundo, se ubica a la salud como una mercancía dentro del sistema económico. Tercero, se muestra que las mujeres asocian la salud a su antónimo enfermedad, que se tolera, pero no se atiende. Se concluye, que diversos factores contribuyen a la fragilidad de la salud en las mujeres rurales, que además se estar inmersas en localidades alejadas de los centros de salud, las políticas públicas insuficiente y se ajustan a los esquemas de usos y costumbres, la soledad y el abandono.

**Palabras clave:** salud, mujer, rural, México.

*The rural women health is determined by fragile position. Include government actions, customs and traditions, education, place of residence, and available infrastructure. This paper seeks*

<sup>a</sup>Docente-Investigadora de la Universidad Autónoma de Zacatecas “Francisco García Salinas”, integrante del Cuerpo Académico de Políticas Públicas UAZ-118 Consolidado y del Sistema Nacional de Investigadores e Investigadoras (SNII), Perfil PRODEP. ORCID <https://orcid.org/0000-0003-3351-5054> contacto: marisol.cruz@uaz.edu.mx

<sup>b</sup>Docente-Investigador de la Universidad Autónoma de Zacatecas “Francisco García Salinas”, integrante del Cuerpo Académico de Políticas Públicas UAZ-118 Consolidado y del Sistema Nacional de Investigadores e Investigadoras (SNII), Perfil PRODEP. ORCID <https://orcid.org/0000-0002-8219-9740> Contacto: dlunal@uaz.edu.mx

*to explain the health of rural Mexican women, associated with family and social neglect. First, elements of health economics are revisited. Second, health is positioned as a commodity within the economic. Third, it shows that women associate health with illness, that not treated. It concludes that various factors contribute to the fragility of health in rural women, who are also immersed in locations far from insufficient public policies and conform to customs and traditions, loneliness and abandonment.*

**Keywords:** *health, women, rural, Mexico.*

## INTRODUCCIÓN

Este trabajo se ocupa de las limitaciones asociadas a la salud de la mujer rural en México. La salud es esencial en la población porque el bienestar emocional, físico, social, cultural y espiritual permite realizar y ejecutar las funciones económicas, políticas, culturales y sociales que la sociedad confiere.

La salud de la población rural está marcada por las limitaciones de la infraestructura hospitalaria, el personal médico, el personal de enfermería, los años estudiados, el nivel de ingresos, los usos y costumbres, la violencia, la discriminación por el uso de la lengua materna y la carga excesiva de trabajo no remunerado, entre otros.

Existen varias razones por las que la salud de la mujer rural debe ser valorado en la academia. Están sus aportaciones diarias en la formación y reposición de la mano de obra barata y precaria que presiona los salarios con tendencia a la baja, la producción de alimentos sanos, las horas de trabajo, destaca los procesos de integración de la mujer rural en la economía que influyen en la pertinencia de revisar la variable salud de esta población para el bienestar general y el empoderamiento, para asegurar las aportaciones a la sociedad. Y por el solo hecho de ser un ser humano.

La población rural suma más de 20 millones en México y el 50.6% son mujeres, con predominio de quienes se encuentran en la etapa productiva (ENSANUT, 2018). También

hay 7 millones 364 mil 645 personas que hablan una lengua materna de los cuales el 51.37% son mujeres. Predomina el Nahuatl con el 22.56%, seguido por el Otomí con 4.11%, el Tseltal con 7.88%, el Tsotsil con 7.45% y el Zapoteco con 6.78% (INEGI, 2020).

El presente trabajo toma algunos elementos la economía de la salud cuya visión es más macroeconómica, pero permite revisar el caso rural, teniendo en cuenta, que se encarga de la producción, la distribución y el consumo de bienes y servicios enfocados a la salud a cargo del Estado mexicano que se traduce en la disponibilidad y otorgamiento de las condiciones necesarias para garantizar el bienestar integral de la población rural. Y los elementos que convergen alrededor como la percepción de la población entorno a la salud.

Luego se detallan las particularidades de los elementos de la salud en el espacio rural, como la infraestructura hospitalaria, médicos, parteras, curanderos, infraestructura carretera, usos y costumbres, educación, lengua materna, otros que reflejan la realidad de las mujeres de la sociedad rural.

Enseguida la experiencia de las mujeres de la antonomasia de la salud, esto es, a la enfermedad, que no es atendida, es tolerada, por la escasa disponibilidad de recursos económicos, infraestructura hospitalaria, residencia, otros.

## **LA ECONOMÍA DE LA SALUD**

La salud y la economía tienen una relación estrecha. Incluso la salud se convierte en la variable determinante, porque sin la salud las actividades económicas, políticas, religiosas y de otra índole son irrealizables. Esto quedó más que evidenciado con la crisis sanitaria por COVID-19 que dejó inoperante el sistema económico, envió a la población al aislamiento social y causó millones de muertes en todo el mundo (OMS, 2021).

Gálvez (2003) destaca que la relación entre la economía y la salud se puede apreciar en las características del sistema de salud influenciada por los recursos destinados por las instancias públicas y el efecto del sistema de salud en las condiciones de bienestar de la población, toda vez que influye en la productividad y la formación del trabajador. De esto se ocupa la Economía de la Salud, que nace en la década de los 60 del siglo pasado en Estados Unidos e Inglaterra hace siglos, cuando William Petty estimó el valor de la vida humana

con revisión de la producción, la distribución y el consumo de los servicios de salud, la oferta y la demanda de los servicios de salud; también, las condiciones económicas de las acciones públicas y de inversión en la provisión de salud de las sociedades. Además, permite comprender y apoya a los decisores como el gobierno y la sociedad mejorar la forma en el uso de los recursos. Posterior a Petty los economistas Milton Friedman y Keneth Arrow realizan un análisis de la atención a la salud, particularmente en las decisiones y la vía de asignación de los recursos disponibles. Luego en los años 70 se da el enfoque de costo-beneficio en la salud y se desarrolla el costo de la enfermedad y costo-efectividad dándose los primeros aportes a los costos de utilidad en la salud. A partir de ese momento se extiende hasta la actualidad. La economía de la salud por lo tanto se ocupa del abordaje conceptual desde la concepción individual y social, de las condiciones económicas, culturales, políticas que determina la salud en una sociedad; de las técnicas para las decisiones en situaciones de elección racional de programas de intervención; de la demanda de los servicios sanitarios enfocado a variables de precios, ingresos y elasticidad; del equilibrio en el mercado de los servicios de salud; de la respuesta social por la provisión de servicios de salud en la comunidad; del impacto de los instrumentos del Estado como los subsidios, los impuestos, controles y regulaciones; la planificación regulación y supervisión; y la relación del sistema de salud con otros elementos económicos, el espacio que ocupa dentro de la política social, en análisis de equidad, la calidad y la eficiencia del sistema.

Aunque la economía de la salud puede vincularse a novedosos productos terapéuticos, al debate respecto al aumento en la esperanza de vida y a la mortalidad, en el caso de Estados Unidos, la economía de la salud es una expresión que se usa en la administración para hacer alusión a la relación del dinero con la salud como las horas de práctica, especialidades, honorarios, finanzas de los médicos, entre otros. Sin embargo se reconoce que las primeras proposiciones económicas de la salud son relacionadas con Malthus por la justificación de la designación de los recursos disponibles para el hombre y la ley de hierro de los salarios; además Alfred Marshall que resalta el valor económico del ser humano y las implicaciones de esto a la producción, la distribución y el consumo y por ende se hizo necesario considerar las condiciones de la salud, la fuerza física, las condiciones mentales y la moral del ser humano como elemento esencial en la eficiencia de la industrial donde sienta sus bases

la riqueza material, por lo que se asume que un fortalecimiento en la salud se refleja en la fortaleza de la salud física, mental y moral de la raza humana. Otros que destacan el valor del ser humano y por lo tanto de los elementos de la salud para mantener la riqueza de una nación es Winslow-Myrdal por los dividendos que resultan del capital humano; el razonamiento hace alusión a que una persona en condiciones de pobreza tendrá carencias y de salud y entre más extrema sea la pobreza mayor será las condiciones de salud de por sí ya precarias (Mushkin, 1999).

Gálvez (2003) y (Mushkin, 1999) dejan mirar que la salud es un bien y un servicio que necesariamente se convierte en una mercancía altamente lucrativa, porque está relacionado con el costo beneficio, es un servicio otorgado por personal calificado, pero sobre todo media el dinero que no oculta la transacción. El dinero como medio permite establecer una relación fríamente impersonal entre el medico y el usuario/cliente/paciente, toma el rostro de una transacción como en cualquier otro negocio y se evidencia el intercambio entre quienes ofertan los servicios de salud (personal médico y enfermeras, hospitales) y quienes lo reciben o compran (usuarios, pacientes, clientes). Además, como destaca Mushkin (1999) y en la actualidad es latente. Los usuarios movilizan recursos para evitar limitaciones en su persona y optan por usar y destinar los recursos suficientes para mejorar la salud.

La mercantilización de la salud no solo no se modificará, más bien se perpetuará porque así como la economía en la visión de la teoría económica se encarga de las elecciones racionales que influyen en la asignación de recursos y la distribución de recursos, esta misma concepción ha sido retomado para la salud, integrando teorías de la economía con otras de carácter social, clínicas y epidemiológicas que están presentes y son dominantes en la producción, la distribución, el consumo y el financiamiento de los servicios de salud (Collazo, Cárdenas, González, Miyar, Gálvez y Cosme, 2002: 359).

Por lo tanto, la salud tiene un precio, mientras no se requieran de los servicios sanitarios no se asume costo alguno, pero cuando existe una patología, una afección y más cuando es crónica, cuando la recuperación de la salud se traduce en costos, generalmente elevados. Por ello no queda duda de la relación entre la economía y la salud. La salud como el bien maspreciado de la humanidad evidencia el nivel de desarrollo y atención al pueblo, a su

vez se refleja en los niveles de producción de la sociedad, por ello se vuelve necesario revisar las condiciones de existencia de las sociedades, las decisiones gubernamentales, los programas y otros (Quintero, Laborí, Legrá y Legrá, 2017: 979-984).

## ASPECTOS GENERALES DE LA SALUD EN MÉXICO

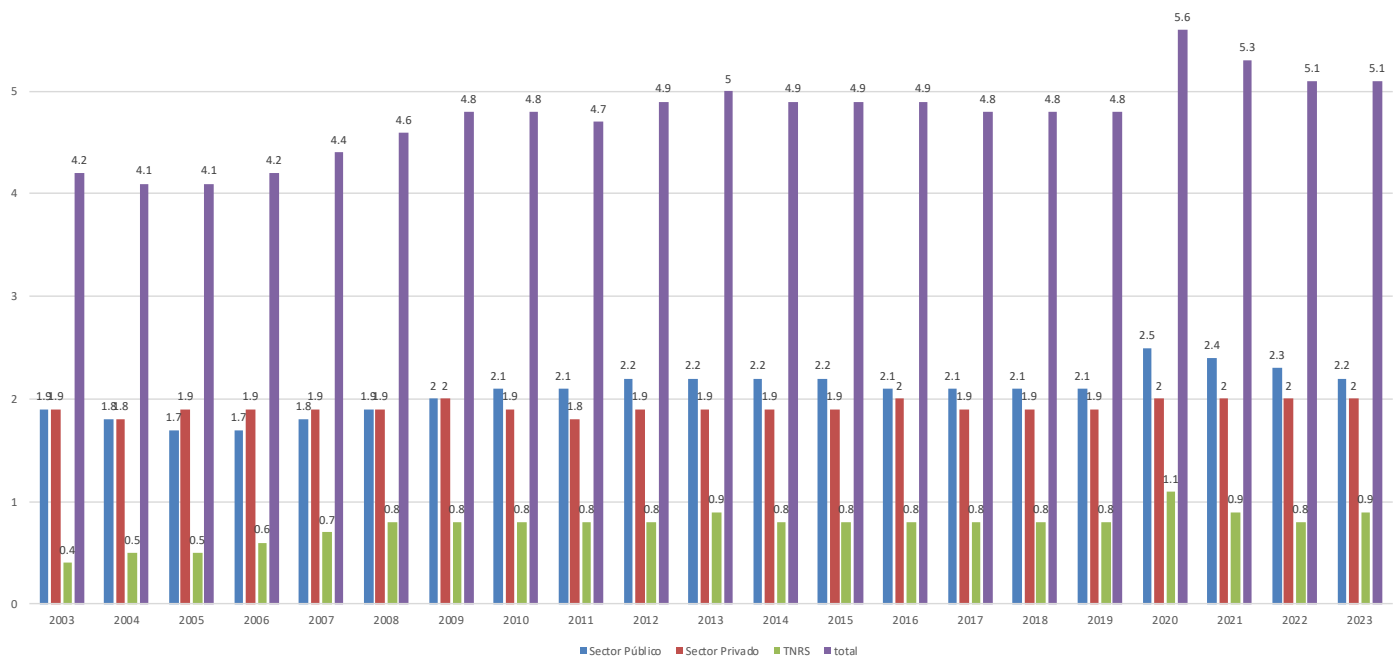
La salud es un asunto económico tanto por ser el recurso más valioso de la humanidad para poder ejecutar diversas actividades como por los recursos que genera en tanto prestación de un servicio.

Los indicadores refieren que México en asuntos de la salud tiene un buen desempeño como país de la Organización para la Cooperación y Desarrollo Económico (OCDE) integrado por 38 países. La esperanza de vida en el 2025 fue de 75.5 años, la mortalidad prevenible es de 243 por cada 100, 000; la tasa de suicidio fue de 6 por cada 100 000 habitantes mientras que el resto de los países miembro es de 11 por cada 100 000. En México, los riesgos de la salud están asociados a fumar diariamente que es de 8.5%, mientras el promedio de la OCDE se ubica en 14.8%. el consumo de alcohol fue de 6.2 litros per cápita frente a 8.5%. Destaca que el 28% de la población mexicana no realiza suficiente actividad física (el promedio de la OCDE es de 30%). Sin embargo, la cobertura de la población con servicios de salud se encuentra por debajo de la media de los países miembros de la OCDE; situación similar ocurre con la tasa de vacunación en niños que reciben dosis contra la difteria, el tétanos y la tosferina; y con el tamizaje del cáncer mediante mamografía es de 20% en mujeres de entre 50 y 69 años; los ingresos hospitalarios evitables son de 301 por cada 100 000 habitantes. Las mejores posiciones se logran en la mortalidad a los 30 días de una IAM sin vincular y la mortalidad a los 30 días tras un ictus sin vincular (OCDE, 2025).

Se puede observar que la salud es prácticamente un sector de la economía por las participaciones al Producto Interno Bruto (PIB) de manera anualizada a partir del actual siglo, mostrando que las aportaciones a la riqueza nacional va en aumento, pasando de 4.2% a 5.1%; las aportaciones provienen fundamentalmente del sector público que pasa de 1.9% a 2.2% de participación en el PIB; también por el sector privado que pasa de 1.9

en 2003 a 2.0% en 2023 y las horas de trabajo no remunerado en el cuidado de la salud que pasa de 0.4% en 2003 a 0.9% en 2023 como participación del PIB ampliado a precios de mercado (ver gráfica 1).

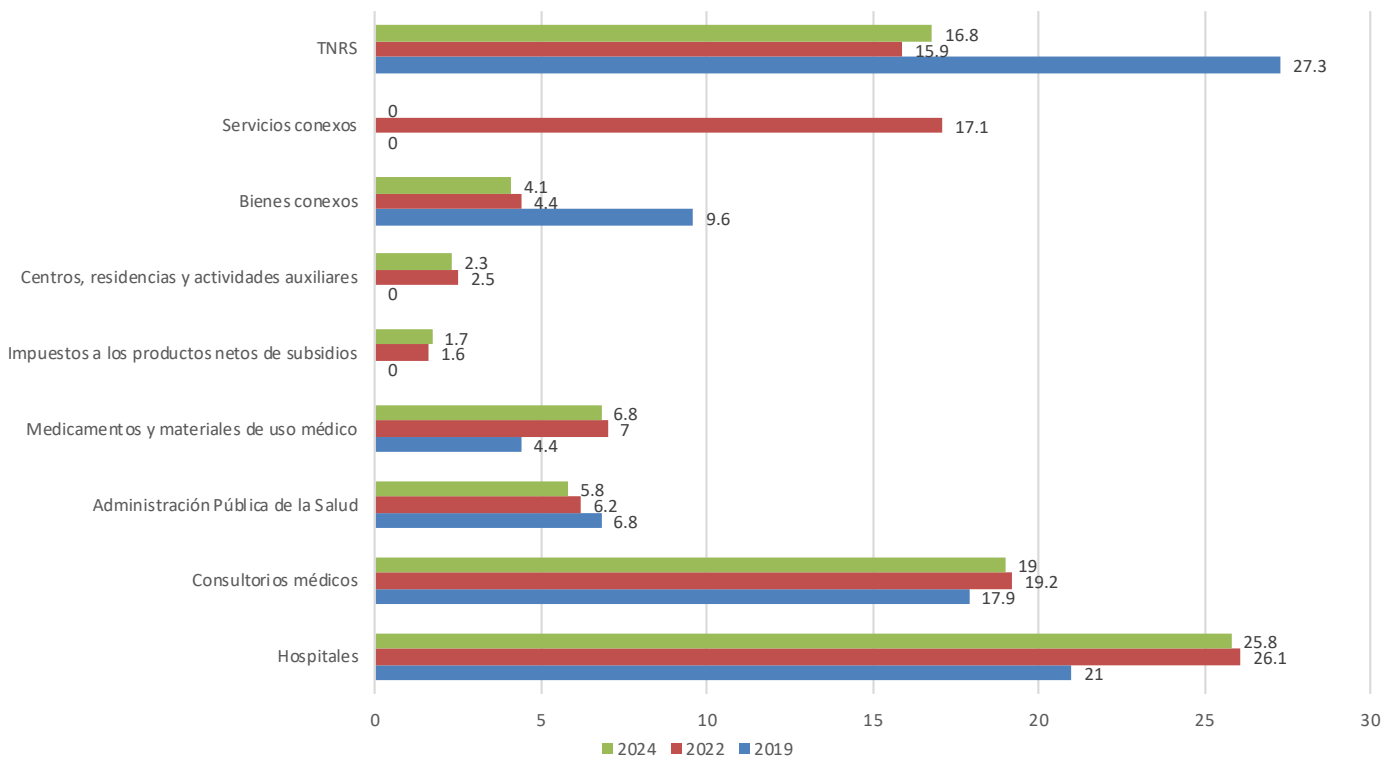
Gráfica 1. Participación del PIB ampliado del Sector Salud respecto al PIB total a precios de mercado (2009-2024)



Fuente: INEGI (2019, 2022, 2023 y 2024). Cuenta Satélite del Sector Salud de México. Comunicados de prensa 781/21; 774/24; 771/23 y 638/20.

La generación de la riqueza surge esencialmente de los hospitales, las consultas médicas y por supuesto del trabajo no remunerado para los cuidados de la salud (TNRS). Las actividades del TNRS incluye el trabajo voluntario en salud, los cuidados preventivos, los cuidados temporales, los enfermos de otros hogares y los cuidados especializados, estas dos últimas superan el 60% de las aportaciones (INEGI, 2022) (INEGI, 2024).

Gráfica 2. Distribución del PIB del Sector Salud según tipo de bien y servicio.



Fuente: INEGI (2019, 2022, 2023 y 2024). Cuenta Satélite del Sector Salud de México. Comunicados de prensa 781/21; 774/24; 771/23 y 638/20.

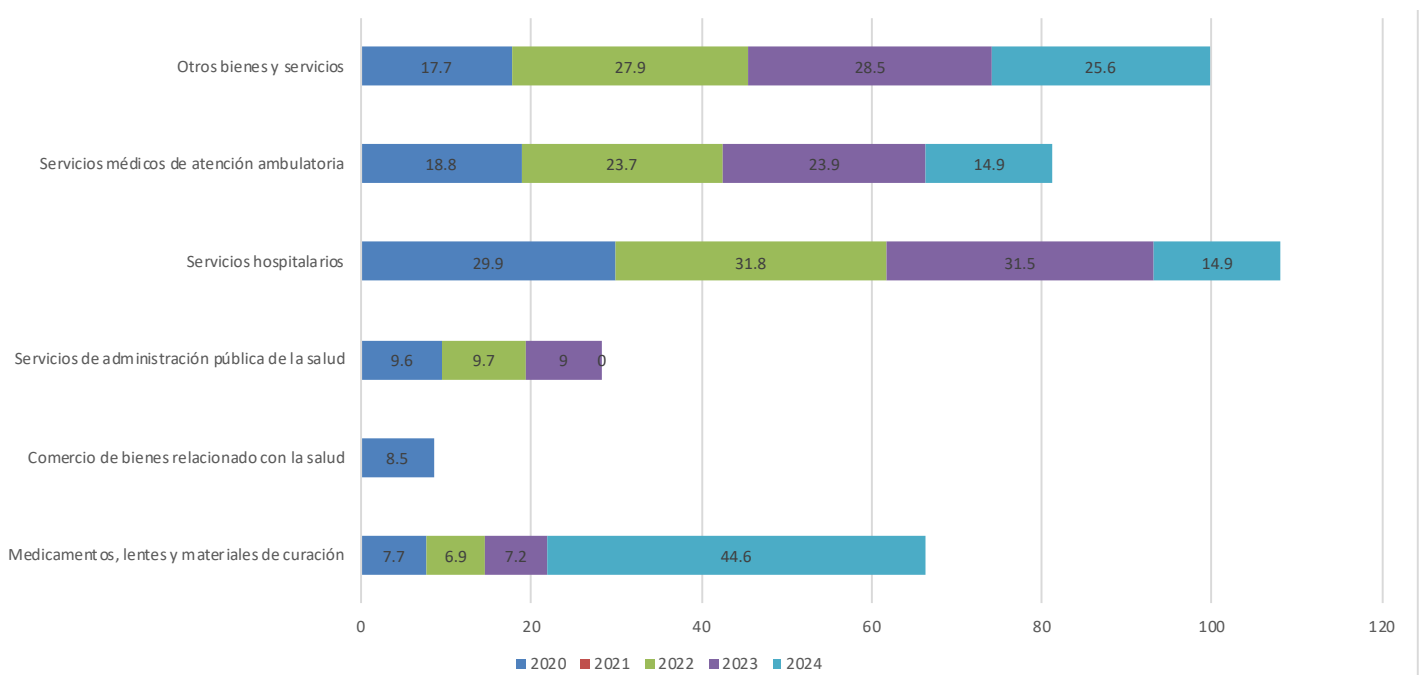
La distribución del PIB del sector salud según tipo de bien y servicio indica que el TNRS indica que ha estado marcado por fuertes procesos como la crisis sanitaria por lo que en el 2019 fue de 27.3%, en el 2022 de 15.9% y en 2024 de 16.8%. Se trata de números relativos porque en términos absolutos en la población creció y esto no fue compensado por los servicios hospitalarios ni con la atención médica.

En el caso de los hospitales, estos se mantienen con un crecimiento que pasa de 21% en 2019 a 26.1% en 2022 y 25.8% en 2024. Le siguen los consultorios médicos con 17.9% en 2019, 19.2% en 2022 y 19.0% en 2024. También resalta la administración pública de la salud con 6.8% en 2019, 6.2% en 2022 y 5.8% en 2024. Otro aspecto que resalta son los medicamentos y materiales de uso médico con 6.8% en 2019, 7.0% en 2022 y 6.8% en

2024. En menos medida se encuentran los centros, residencias y actividades auxiliares, los bienes y servicios conexos (ver gráfica 2).

Para precisar que la salud es esencialmente una mercancía y en el sector se dan pago de salarios y se requiere personal que es remunerado, se observa que el número de ocupados muestra una tendencia al alta. El personal ocupado resalta de manera considerable en los servicios hospitalarios que en 2020 mantenía ocupados al 29.9% del total de ocupados, luego el 31.8% en 2022, 31.5% en 2023 y 14.9% en 2024. Destaca en el último año los ocupados 44.6% (2024) el personal se concentra en medicamentos, lentes y materiales de curación. Se preserva la tendencia en servicios médicos de atención ambulatoria con 18.8% en 2020, 23.7% en 2022, 23.9% en 2023 y 25.6% en 2024 (ver gráfica 3).

Gráfica 3. Puestos de trabajo ocupados remunerados del sector salud por tipo de actividad en porcentajes



Fuente: INEGI (2019, 2022, 2023 y 2024). Cuenta Satélite del Sector Salud de México. Comunicados de prensa 781/21; 774/24; 771/23 y 638/20.

En cuanto a la atención de la salud en la población rural, ésta se encuentra marcado por el gasto destinado a la salud que anualmente. Del 2010 al 2022 ha mostrado escasa variación, pasando de 2.78% en 2010 a 2.93% en 2022, teniendo como excepción el 2020 cuando llega a 2.95% como porcentaje del PIB debido a la crisis sanitaria. Si bien la recomendación de organismos internacionales, concretamente la OMS es destinarle alrededor del 6% del PIB, la asignación de recursos crece poco frente a una población en constante crecimiento. La salud en México es un desafío porque el 16.9% de las mujeres en edad fértil no tienen satisfecha la demanda de planificación familiar por métodos modernos; la población sin acceso a los servicios de salud o afiliación pasó de 16.2% en 2018 a 28.2% en 2020; 7.15% de la población tarda más de 2 horas en llegar a un hospital en caso de emergencia; la tasa de fecundidad en niñas y adolescentes es de 70.5% por cada 1000 niñas y adolescentes. Además, está la prevalencia de sobrepeso y obesidad que afecta a 35.6% de niñas y niños de 5 a 11 años y a 76.8% de la población mayor de 20 años. El número de médicos y enfermeras por cada 1000 habitantes pasó de 2.2 a 2.0 y 2.6 a 2.4 entre 2012 y 2019 respectivamente, es decir, hay un retroceso. También destaca que en México el 15.1% de la población derechohabiente paga por servicios médicos (CIEP, 2022).

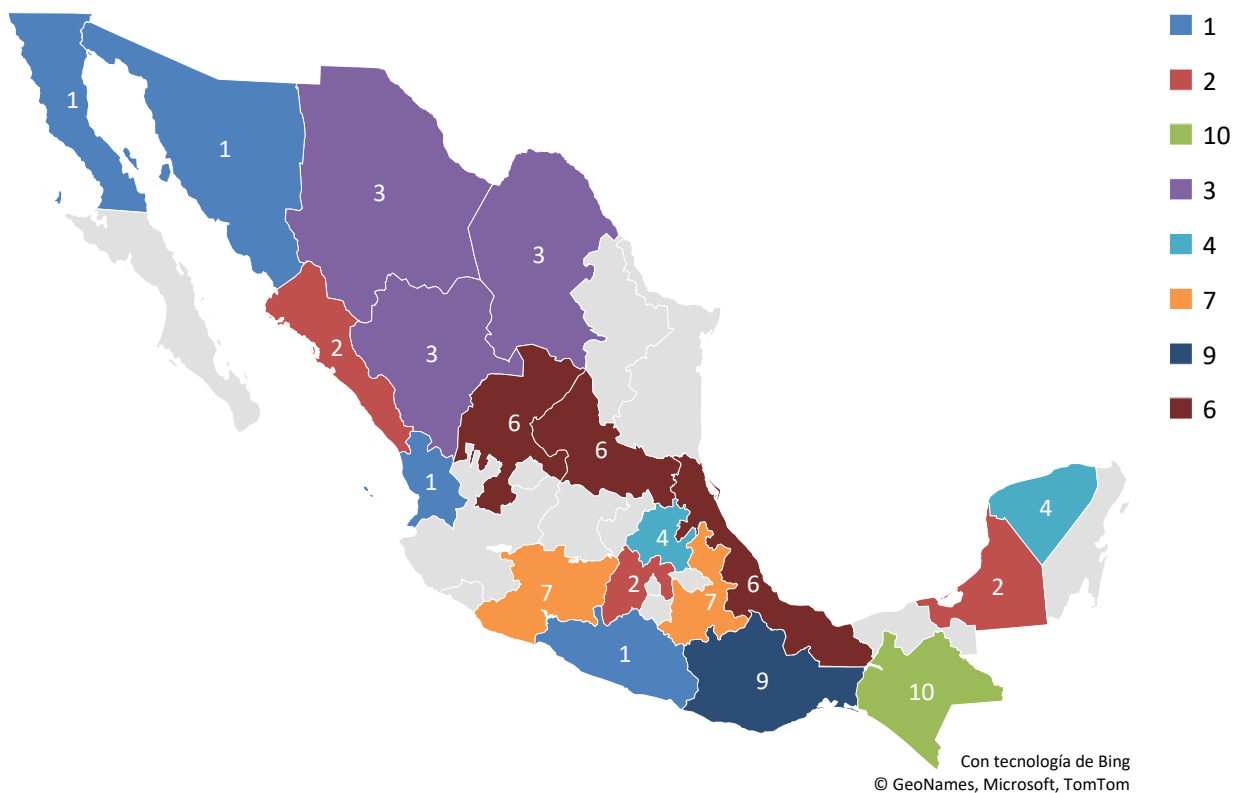
En cuanto a la salud de la mujer rural, la atención está marcada por la disponibilidad de la infraestructura hospitalaria, el personal de la salud, los medicamentos, el nivel de ingreso que es de salarios mínimos, la localidad de origen que generalmente está alejada de la ciudad, no supera los 100 habitantes; la infraestructura carretera está deteriorada o es terracería y el transporte es limitado (Cruz, de Luna y Lugo, 2025).

Respecto a la infraestructura hospitalaria esta se encuentra a cargo esencialmente a cargo del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) Bienestar en la actualidad, antes IMSS-Coplamar (1979), IMSS-Solidaridad, IMSS-Oportunidades, IMSS-PROSPERA que se adquiere de acuerdo al partido político gobernante, pero ha mantenido la misión de brindar atención médica a la población vulnerable y marginada del país e incluso en extrema pobreza, por lo tanto, sin capacidad contributiva. Ha estado marcada por la Reforma a la Ley del Seguro Social en 1973 cuando la atención a la población se amplía a aquellos sin capacidad de contribución; el Programa Nacional de Solidaridad Social por Cooperación Comunitaria en 1974; la Creación de la Coordinación General del Plan Nacional de Zonas

Deprimidas y Grupos Marginados, COMPLAMAR; la descentralización de 911 Unidades Médicas Rurales a 14 estados de la República Mexicana en 1984; el cambio de nombre de IMSS-COPLAMAR a IMSS-Solidaridad en 1989 y la creación del Programa Nacional de Educación, Salud y Alimentación, PROGRESA, enfocada al bienestar del medio rural (IMSS, 2025).

El IMSS-Bienestar consta de 82 Hospitales rurales. De estos, 10 se encuentran en el estado de Chiapas, 9 en Oaxaca, 7 en Puebla, 6 en Zacatecas, Veracruz y San Luis Potosí; 4 en Yucatán, Tamaulipas e Hidalgo; 3 en Chihuahua, Coahuila y Durango, lo que indica la presencia de mayor población en condiciones de marginación y sin capacidad contributiva. Es decir, son de bajos recursos sí, pero la no contribución también implica no cotizar o aportar para la pensión en la fase del retiro de la fase productiva de la vida, situación que coloca en una mayor vulnerabilidad a la población (ver mapa 1).

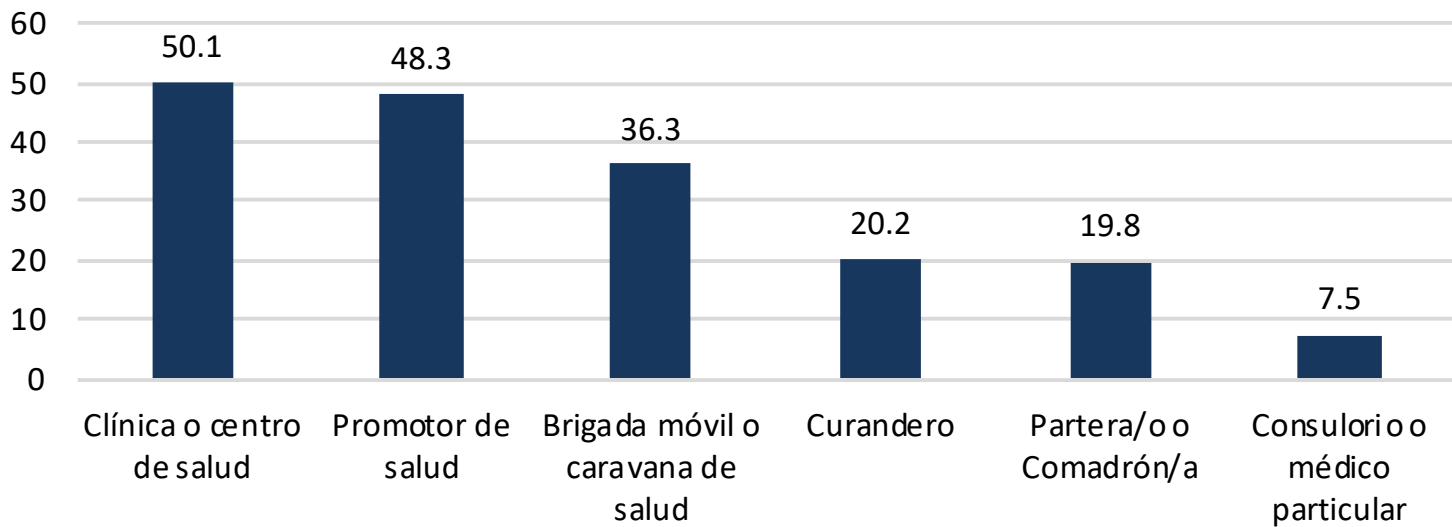
Mapa 1. México: hospitales rurales del IMSS Bienestar 2025



El IMSS-Bienestar también dispone de 3, 621 Unidades Médicas Rurales, de las que 562 se localizan en Chiapas, 473 en Oaxaca, 337 en Michoacán, 309 en Puebla, 208 en San Luis Potosí, 229 en Veracruz sur, 291 en Veracruz norte, 141 en Zacatecas, 144 en Chihuahua, 165 en Durango, 217 en Hidalgo, 102 en Sinaloa y 103 en Tamaulipas. En el resto de 7 entidades es inferior a 100. El servicio de salud en lo rural también se realiza con unidades móviles que suman 140 y principalmente se encuentran en Chiapas, Guerrero, Hidalgo, Michoacán, Oaxaca, Puebla; y las brigadas de salud para Hidalgo, México Poniente, Michoacán, Nayarit, Oaxaca, Puebla, San Luis Potosí, Sinaloa, Tamaulipas, Veracruz norte y Veracruz sur y Zacatecas. Con esta infraestructura se atiende a 10.8 millones de personas adscritas de los cuales 3.8 millones son indígenas (IMSS, 2025).

En lo rural, la atención de la salud no se limita al personal médico y a la enfermería. Cuando de población rural se trata, es necesario considerar a las parteras y los curanderos que atienden a una parte significativa de la población rural.

Gráfica 4. México: personal de salud que atiende a la población rural en porcentajes



Fuente: INEGI (2020). ¿Qué hay en las localidades rurales de México? en Cruz, de Luna y Lugo, 2025.

La atención en la salud de la población rural ya sea que se trate de la primera infancia, de la segunda infancia, de la población adolescente, joven, en edad productiva o los adultos mayores de 60 y más, está fuertemente marcado por el curandero y la partera y/o comadrona que en conjunto supera el 40%, le sigue el promotor de la salud con 48.3%. Esta particularidad refleja la persistencia de los usos y costumbres; también por el precio porque las cuotas al curandero y a la partera/o y/o comadrona son voluntarias o con pago en el futuro o en muchos casos se realiza como un proceso de solidaridad o servicio comunitario lo que conlleva a un nulo costo. Situación similar ocurre con la brigada móvil o caravana de la salud, que se caracteriza por la gratuidad, que acuden a zonas remotas para brindar atención médica y detectar enfermedades (ver gráfica 4).

Un elemento adicional en la salud de la población rural es la explicación sobre el origen de las enfermedades que están vinculadas y asociadas a cuestiones culturales o de creencias como los temores a lo desconocido que se considera dañinos o a fenómenos no naturales.

Otros elementos que dificultan la atención de la salud en la población rural son las condiciones de la infraestructura de la red de comunicaciones, pues aun persiste la brecha, la vereda, la terracería que básicamente indican que son formados por el andar permanente del hombre, pero carece de planeación e intervención de la mano del ser humano; al lado están la carretera, la calle y la vialidad que es producto de la planeación, el destino de recursos públicos y construido. También se encuentra que más del 60% de las localidades rurales carecen de transporte público y aunque se debe considerar que la mayoría de las localidades son habitados por hasta 100 habitantes se evidencia la falta de viabilidad y rentabilidad económica, pero debiera privar el servicio por el simple hecho de que el bienestar, el desarrollo y la calidad de vida es un derecho. Por si no fuese suficiente, hay 4.7% de localidades que no reportan salidas de transporte al centro del lugar donde suele haber un hospital; un abrumador 42.7% de las localidades tiene de 1 a 5 salidas de transporte por día; además la última salida suele ser entre las 17 y las 18 horas, es decir, no están disponibles para una emergencia. Adicionalmente se debe considerar que el tiempo medio del transporte para llegar a la cabecera municipal es de 30 minutos a una hora en el 41% de las localidades rurales y 16.9% de una a tres horas evidenciando la vulnerabilidad en la salud de las mujeres, los hombres, los niños y niñas, en suma, de toda la población rural (Cruz, de Luna y Lugo, 2025).

## LAS DOLENCIAS EN LAS MUJERES RURALES

Se ha documentado que las acciones en la salud de lo rural inician con la atención sanitarioasistencialista en el México de 1810, particularmente con la población indígena por la condición de ruralidad como por la carencia de los servicios básicos que los vuelve objeto de protección, particularmente con la abolición de la esclavitud, y el surgimiento del reparto de tierras y la creación de los Servicios Médicos Rurales Cooperativos de la Secretaría de Salud (SSA) creados en 1934 que operó mediante cuotas fijas anuales o de cuotas de restitución al tratarse de población no organizadas para el pago de los servicios asistenciales, luego con programas de prevención de enfermedades, educación higiénica, saneamiento ambiental, adiestramiento y desarrollo de la comunidad. Estas acciones resultaban insuficientes por las altas tasas de morbilidad y mortalidad por influenza, neumonías, gastroenteritis, colitis, enfermedades de la primera infancia, bronquitis y sarampión. Dada las particularidades de la zona rural de México se implementaron programas nacionales o específicos. Dentro de las generales destacan la participación del sistema de seguridad social, fundamentalmente el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) y el Instituto de Seguridad Social al Servicio de los Trabajadores del Estado (ISSSTE) que otorga servicio a la clase trabajadora de las empresas privadas y a los trabajadores del Estado, respectivamente. Luego están los programas de servicios de salud, los centros de salud rurales, los hospitales anexos a los centros de salud, las unidades móviles, las casas de salud, el médico comunitario, las parteras, el servicio social de los profesionales de la salud, las misiones médicas, el programa de solidaridad social del IMSS. Resaltan programas específicos como el plan HUICOT, el Programa de Desarrollo de Los Altos de Chiapas, Plan Chontalpa, otros, También están los programas experimentales con el propósito de probar metodologías y poder replicarlos en otras localidades (Pineda, 1975).

Los esfuerzos de considerar la salud de la mujer rural se han traducido en un derecho plasmado en la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, particularmente el artículo 4to que establece el derecho general a la protección de la salud para toda persona y la igualdad entre hombres y mujeres, es decir, no hay un apartado específico para la mujer rural. El Artículo 2 apartado B, fracción III, es pertinente para las comunidades rurales e

indígenas, porque en ella se establece la obligación de asegurar el acceso a los servicios de salud con el aprovechamiento de la medicina tradicional, la nutrición y se promueve la igualdad de oportunidades y la discriminación. También están presentes los tratados internacionales como al CEDAW que compromete a México a garantizar el acceso a la salud integral, de calidad, a la salud sexual y reproductiva.

La salud como derecho en el segmento de población de las mujeres rurales, se complementa con la Ley General de Salud que rige la prestación y acceso de los servicios de salud como la salud sexual y reproductiva, la atención materna y neonatal, la prevención de enfermedades; la Ley General para la Igualdad entre Mujeres y Hombres asegura el acceso a los servicios, recursos y oportunidades y la Ley General de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia, resulta pertinente porque se refleja en la salud física, mental y emocional de las mujeres. También están los Derechos de los Pueblos Indígenas cuya particularidad es reconocer el derecho de los pueblos a administrar sus propios servicios de salud y acceder a los servicios generales sin discriminación. Aparece el programa INSPIRA para el bienestar e impulso a la mujer rural que apoya para mejorar el bienestar económico social de las mujeres rurales y las familias (González y Casulo, 2002).

La integración o contemplación de la mujer rural en las acciones gubernamentales de índole económica inician a finales de la década de los 80 del siglo pasado, específicamente con el paradigma del desarrollo, claramente identificado con las posturas que propugnan por el acceso a la alimentación, la salud, la educación y la vivienda, pero no así con los componentes del avance científico tecnológico que acarrea como efecto no buscado una mejora en la calidad de vida de la población en general (Cruz, 2011).

Es decir, la incorporación de la mujer rural a la dinámica del desarrollo es producto de una larga lucha por el reconocimiento de los derechos políticos y económicos que inician tras la conclusión de la Revolución Mexicana por la clase media de la sociedad mexicana mientras las mujeres rurales mantenían la dinámica de la búsqueda de los alimentos para garantizar el bienestar de la familia, alejada de la lucha de los derechos civiles y políticos, reflejando intereses y necesidades extremas de estos segmentos poblacionales (Macias, 2002).

La mujer rural es integrada a las políticas públicas con las Unidad Agrícolas Industrial de la Mujer (UAIM) cuya finalidad fue dotar a las mujeres, particularmente esposas/conyugues

de los ejidatarios o pequeños productores, de un pedazo mínimo de tierra para realizar actividades agrícolas y de transformación de materias primas como el maíz en nixtmal, a masa y a tortillas, panaderías y otros como pequeños negocios para generar ingreso y contribuir al ingreso familiar, es decir, la política implementada en sí contiene el elemento de invisibilidad de las mujeres a colocarlas como un apoyo familiar y no como un agente económico transformador (Cruz, 2011).

Precisamente el elemento productivo, el trabajo no remunerado para el hogar propio, el económico, el político y cultural han ocupado amplios renglones y espacios de discusión, sin embargo la salud sigue relegada en el abordaje académico y representa un desafío para las acciones gubernamentales por tratarse de una población dispersa, que habita en localidades inferiores a 100 habitantes por lo que los proyectos de infraestructura carretera, de servicios básicos y de internet son rentables socialmente, rentables políticamente en periodos electorales pero no así económicamente.

En apariencia la mujer rural ha sido incorporada en los programas de salud como una necesidad ineludible para alcanzar el bienestar, el desarrollo y de ahí garantizar la participación en la economía y en el progreso social, es decir, por un elemento económico.

Ahora bien, cómo viven las mujeres rurales el tema relacionado con la salud.

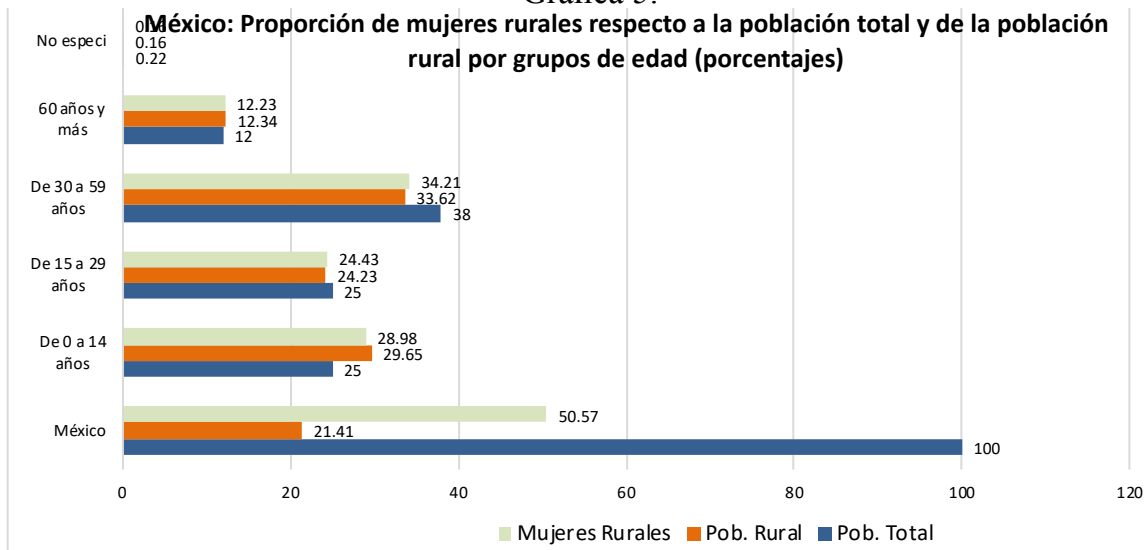
La salud en la mujer rural como expresión es inexistente, cuando se habla de salud se asocia a la enfermedad, a la dolencia, al achaque no tratado ni atendido con los profesionales de la salud ni en la infraestructura hospitalaria.

En este apartado se rescata el contenido del instrumento de tres proyectos que se refieren a la mujer rural a saber: La violencia de Género en las comunidades rurales del Municipio de Zacatecas; el rol de las mamás como segundas maestras durante la COVID19 que toma como estudio de caso a la localidad de Agua Gorda, Villa García, Zacatecas; y las aportaciones productivas, el trabajo no remunerado para el hogar propio y el trabajo de cuidados en localidades de los municipios de Pánfilo Natera, Guadalupe y Zacatecas desarrolladas de 2011 al 2025 de los que se rescatan las maneras en que atienden las mujeres rurales los aspectos de la salud. Si bien, los datos que arrojan los temas respecto a la salud, son solo de las localidades estudiadas y la información recabada es válida solo para estos espacios, en condiciones similares esta realidad puede ser la de otras mujeres.

Se trata de proyectos meramente cualitativos, porque se describen las expresiones verbales de las mujeres a quienes se les plantearon una serie de preguntas que integran un guion de entrevista. Se optó por el guion de entrevista porque –a diferencia de la encuesta cerrada de opción múltiple que solo captar lo que el sujeto investigado comparte– permite registrar las expresiones verbales y las prácticas de los sujetos ampliando los detalles de la información. En el primer proyecto para observar los temas de salud, se les preguntó, además de si son violentadas por algún servidor público, se centró en la recolección y destino de la flora silvestre disponible en las tierras de uso común y agostadero cuando las mujeres son esposas o sucesoras de tierras ejidales; en el segundo, las actividades para atender la depresión y ansiedad en un entorno de crisis sanitaria; y en el tercero qué hacen y cómo le hacen en caso de una enfermedad, también las acciones como cuidadoras emocionales de los integrantes de la familia, evidenciando la soledad y el abandono en que se encuentran las mujeres rurales.

Estos hallazgos se centran en algunas experiencias que reflejan la situación de cientos de mujeres de las zonas rurales y tienen la limitante de no ser válidos para todo el espacio rural mexicano, pero sí facilita un panorama de los desafíos respecto a la atención de la salud de las mujeres que producen alimentos para la humanidad y proveen de mano de obra barata y precaria al sistema económico mexicano. En la actualidad es población esencialmente en edad productiva (ver gráfica 5).

Gráfica 5.



Fuente: INEGI (2020).Censo de Población y Vivienda

En general a las mujeres se les encontró en sus casas donde se encontraban realizando labores domésticas de preparación de alimentos como el encendido del fogón para el nixtamal, la preparación de las tortillas, en el cocimiento de los frijoles o sopa; también las parcelas realizando deshierbe, pizcando chile, cosechando/“tumbando” frijol, preparando quesos frescos, lavando ropa y realizando cuidados indirectos de los niños.

Las mujeres rurales cuando se les habla de salud, brindan como respuesta el antónimo, o sea hablan de la concepción que tienen de malestar o enfermedad, es decir, una condición del cuerpo del ser humano que altera o interrumpe la realización de las actividades cotidianas desde levantarse, caminar y realizar las labores que la sociedad les ha conferido.

El malestar o enfermedad es “algo que no nos podemos permitir, debemos estar bien, porque no hay dinero para ir al médico” (Mujer campesina de 44 años de Ejido Municipio de Pánfilo Natera el 20 de noviembre del 2025). No sólo se trata de asistir al médico ni de la existencia de la infraestructura hospitalaria, porque se dispone de ella, pero con carencia de medicamentos.

Esta expresión sintetiza lo que las mujeres suelen o prefieren callar, simplemente por la carencia de los recursos económicos disponibles que son limitados o porque no controlan ni deciden sobre los recursos, bienes y servicios producto del trabajo.

Cuando se trata de afecciones, achaques o enfermedades las mujeres rurales solo tienen una opción y es tolerarlo, esperar que el cuerpo sane de forma natural y sin medicamento. El siguiente testimonio refleja la situación y representa a las mujeres rurales en el que 8 de cada 10 “aguantan” las afecciones a la salud en las localidades estudiadas:

“Cuando nos enfermamos o requerimos ver al médico, la mayoría vamos al Centro de Salud “IMSS Bienestar ahora” pero sólo te dan una receta con tus pastillas de aspirinas, es todo. Con toda honestidad la enfermedad la tenemos que aguantar. Aquí no hay dinero. Todos los sábados que es día de paga, la mayoría de las mujeres nos ponemos a la entrada de la comunidad, a esperar a los hombres a que nos den lo de la semana, porque de otra manera no nos dan nada, se gastan todo el dinero en el billar que está en la entrada. Así aseguramos la semana. Ese dinero lo destinamos en comer, ya ellos (las parejas masculinas de las mujeres) se quedan con una parte, a nosotras solo nos dan lo de la semana, pero eso se ajusta para la salud de nosotras, así que siempre pedimos

porque no nos enfermemos y agradecemos porque la libramos en la semana” (Mujer de 37 años, Ejido de localidad de Pánfilo Natera el 20 de noviembre del 2025).

Un padecimiento no es algo que esté en el vocabulario de las mujeres, ni en los planes de vida tanto por la falta de recursos económicos como por la ausencia de quien los cuide. Lo único al que acceden es al manejo de los fondos semanales para el hogar, donde realizan actividades domésticas y del cuidado sin que se les otorgue un recurso para uso personal.

Por ello se puede inferir que el estancamiento en el acceso a la salud por las mujeres rurales está fuertemente arraigado al sistema patriarcal, donde el hombre pertenece al espacio público, genera los recursos y decide en qué, cómo gastar, pero en ellos no figura la mujer a quien a tomado como esposa.

“No, nosotras no decidimos en qué gastar. Nosotras, nos dedicamos a la casa, nosotras recibimos lo de la semana (parte del dinero para la canasta básica) y con eso hacemos lo que se requiere de la casa, la otra parte se lo quedan ellos (los esposos). No dejamos para nosotras, no dejo para mí porque no alcanza, entonces si hay una enfermedad, la aguantamos. De hecho, mi esposo y yo trabajamos en la parcela, él tiene la tierra, mi suegra le dio una hectárea, lo que ahí se produce es para comer. Lo que mas sembramos es maíz y frijol. No todo es para nosotros, la mitad de lo cosechado se entrega a quien nos presta la tierra, en este caso mi suegra y no es mucha tierra, es una hectárea” (Mujer de 43 años, Ejido de localidad de Pánfilo Natera el 20 de noviembre del 2025).

Esta segunda entrevista confirma lo que las mujeres de una localidad y otras refieren. Si se menciona la expresión salud, la referencia es sufrirla, soportarla, tolerarla, lidiarla, es una carga que sobrellevan, pero se deteriora las condiciones, la calidad, el bienestar y el desarrollo de la vida misma de las mujeres. De las enfermedades que viven las mujeres rurales sin atención médica, “aguantando”, están la diabetes, la hipertensión y aunque no es una enfermedad como tal, destaca la resequedad vaginal en el caso de las adultas mayores o quienes han entrado a la fase de la menopausia.

La vulnerabilidad para las mujeres es enorme, sobre todo porque en casos muy graves se “aguanta” un cáncer de mama, un cáncer cervicouterino, un cáncer de estómago o alguna otra enfermedad que lleva a la muerte. Es decir, las enfermedades que se “aguantan” pueden convertirse en enfermedades crónicas o causar daños irreversibles.

Para atender las enfermedades, las mujeres emplean recursos como infusiones, machacados y molidos de hierbas que recolectadas en las tierras de uso común del ejido o el agostadero para soportar las afecciones a la salud de las mujeres. Este proceso ya se había observado en de Luna (2017) en el que se resalta que en los ejidos de las mujeres que realizaron recolección de flora, el 88.89% los hizo para destinarlo al consumo familiar. Este proceso se mantiene y no es automático.

Ya no se ve mucho que vayamos a cortar quelites, cola de caballo, pelo de elote, manzanilla, pero si es algo que hacemos. A mi nunca me dio cáncer. Digo que es porque de jovencita, por ahí a mis 14 o 16 años, estaba muy chica me da unas hierbas que hervía y luego te tomabas calentito. No solo era para el resfriado, alguna dolencia, nos cuidaba para que de grandes no tuviéramos problemas (Mujer de 69 años, de localidad rural del municipio de Zacatecas, el 28 de enero del 2019).

El aprovechamiento de la flora endémica, es un conocimiento heredado por generaciones respecto a la herbolaria y se encuentra de forma especializada en las curanderas, quienes diagnostican y detectan, seleccionan, cultivan, cuidan y usan, pero se diluyen porque entra como elemento de las labores domésticas, particularmente las de preparación de alimentos y cuidados, pero con capacidad para cuidar la salud y el bienestar familiar y la propia. Además del uso del olfato, los colores y el tacto (Alberti-Manzanares, 2006 en Cruz, de Luna y Lugo, 2025, p. 269) las mujeres recurren a la memoria para identificarlas con la forma, la ocurrencia del lugar donde suelen crecer de forma natural cuando no son domesticados. Con la recolección se atiende un resfriado, un catarro, problemas de riñones, hepáticos, otros.

Recurrimos a lo que nuestras mamás nos enseñaron de pequeñas. De ellas aprendimos a ver el monte, ver qué sirve para comer, qué sirve para curar, que el lugar donde

crece esté limpio. También aprendimos a prepararlo. Es recogerlo, cuidando que vuelva a brotar, llevarlo a la casa, lavarlo, hervir, picar o moler. Según sea lo que se debe curar, se bebe, se coloca como una crema en los pies, la espalda, el pecho, la cabeza, todo depende de qué se busca curar (Mujer de 54 años, Ejido de una localidad de Guadalupe, Zacatecas el 19 de noviembre del 2025).

El cuidado emocional como elemento de la salud es un aspecto de las mujeres rurales que, es difícil de medir e incluso representa una dificultad para este grupo poblacional poder mostrar, expresar, transmitir y poner palabras a las emociones y sentimientos a los integrantes de la familia y estar bien consigo misma.

El cuidado emocional se revisa de dos maneras. La primera es el proporcionado por las mujeres a los integrantes de la familia de todas las edades y la segunda el cuidado emocional de ellas, es decir, comprender quién cuida a las cuidadoras de la salud emocional.

Respecto al cuidado provisto por las mujeres rurales a los integrantes de la familia se encontró que la preparación de alimentos es la principal manera de expresarles cariño, empatía y aceptación en 8 de cada 10 casos; le sigue escuchar atentamente situaciones o conflictos de la pareja o los integrantes de la familia que por su edad y condición aparentemente ya no requieren del acompañamiento y cuidado emocional de una madre o la pareja en 6 de cada 10, es el caso de los familiares jóvenes y/o en edad productiva o concretamente la pareja.

No, no los escucho porque ya son grandes, ya pueden y deben tomar decisiones. De pequeños si los cuidaba. Al hombre (risas) si lo escucho, si le he dado sus abrazos, también le preparo la comida que más le gusta porque es la forma en como se les hace sentir queridos y que son importantes. Besos no, eso no le he dado a mis hijos y a mis hijas (Mujer de 64 años, Ejido de localidad de Pánfilo Natera, el 20 de noviembre del 2025).

Otra manera de cuidar lo emocional a los integrantes de la familia es el llamado de atención, el castigo y los regaños en 3 de cada 10 casos.

No, no abrazo. Si preparo la comida que les gusta, para todos y todas por igual, para mis hijos, para mi esposo. Los escucho y también los regaño, porque si se regaña es por su bien, para que anden ordenados en la vida (Mujer de 65 años, Ejido de localidad de Pánfilo Natera, el 20 de noviembre del 2025).

A los hijos de la primera y segunda infancia, así como a los adultos mayores los cuidados directos son esenciales y destacan el vestirlos, alimentarlos, acompañarlos en todos sus procesos de vida personal y con la comunidad sea escuela, iglesia, recreación, acompañamiento médico, adquisición de medicamentos, asearlos y otros.

En cambio, se realizan cuidados indirectos cuando los hijos e hijas menores juegan o hacen la tarea, se alimentan y se relacionan con otros. A los adultos mayores también se les cuida de forma indirecta cuando ellos aún son independientes para atender las necesidades primarias.

Los cuidados a los integrantes de la familia están asegurados por el rol de las mujeres rurales, pero surge la cuestión de ¿quién cuida a las cuidadoras mujeres rurales? Y aquí resultan pertinente algunas experiencias de las mujeres.

Las adultas mayores experimentan el cuidado de manera heterogénea, ninguna acepta que está sola, en soledad y en abandono.

No todas, pero algunas ya enviudamos. Los hijos ya hicieron su vida, tienen una familia, esposa, los hijos, las hijas que son mis nietos. Mi esposo no me dejó nada, la tierra se la quedó uno de mis hijos y también se quedó con la casa, así que me vine a vivir a la casa de mis papás con un hermano. Aquí ayudo en la tienda, hago el aseo, atiendo a los que van a comprar, hago el aseo, preparo la comida, atiendo a las visitas y pues no, no me pagan, sólo tengo la pensión del bienestar y lo poco que provee un hijo para atender la diabetes y la hipertensión. Me casé, me fui de la casa. Enviudé y regresé a mi casa, a la casa de mis papás (Mujer de 70 años, Ejido de la localidad de Guadalupe, el 19 de noviembre del 2025).

### Otra adulta mayor refiere

Pues yo tengo más de 80 años y lo bueno es que aún puedo moverme. Mis hijos y mis hijas ya están casados y casadas. Me la vivo de un lado para otro. Un día voy con una y al otro día con otra. Mis hijos son los que más vienen a verme, vienen a ver si no se ofrece nada. Los domingos tratan de sacarme a comer en el campo. Casi no estoy sola y si estoy, pues me pego al teléfono, ahí estoy hablando con mis hijas y aun puedo yo atenderme, entonces mis hijos vienen a ver que todo funcione en la casa (Mujer de 89 años, Ejido de la localidad de Guadalupe, el 19 de noviembre del 2025)

Esta situación de heterogeneidad se repite en las mujeres en edad productiva

En realidad, estoy sola, tengo un esposo, pero estoy sola. Él solo es el papá de mis hijos a quienes trato bien. Me preocupo por ellos, pregunto donde andan, pero no tengo tiempo para escucharlos, si les he preparado su comida favorita, pero más bien los escucho mientras hago otras cosas, los he cuidado en enfermedades, pero no les digo lo mucho que los quiero, más bien los regaño porque es por su bien. El que me respalda es mi suegro, él cuida de mis hijos, con él platico porque ya no tengo papá y mamá. Mi suegro ya es un señor muy grande, él puede atenderse en lo básico y para otras pues voy a ayudarlo; me permite trabajar la tierra y de ahí comemos todos (Mujer de 49 años, Ejido de localidad de Pánfilo Natera, el 20 de noviembre del 2025).

### Otra experiencia indica

La enfermedad la aguantamos. Nos toca cuidar a los hijos y al esposo. La enfermedad hay que aguantarla porque los hijos están pequeños para cuidarnos y el marido tiene que trabajar. Si se ocupa mi mamá o una hermana viene, pero es mejor no necesitarlo (Mujer de 49 años, Ejido de localidad de Pánfilo Natera, el 20 de noviembre del 2025).

La salud emocional de las mujeres rurales esencialmente está abandonada e invisibilizada, como ocurre con las aportaciones que realizan al sistema económico. Si bien no se encontraron experiencias en mujeres de 18 a 29 años, en general tanto las mujeres en edad productiva como las adultas mayores, es decir, de 30 y más años carecen de un cuidador o cuidadora. La salud emocional de la familia y la propia, dependen de sí misma e incluso la enfrentan en abandono, con violencia y maltrato familiar, lo que afecta en el bienestar y desarrollo de la misma.

## CONCLUSIONES GENERALES

La salud de la mujer rural debe ser estudiada de forma independiente de la salud de la mujer en el espacio urbano, porque los usos y costumbres, la ubicación de las localidades de residencia, el tipo de profesional de la salud al que acceden, la disponibilidad de transporte, la infraestructura carretera y los recursos destinados por el aparato estatal son diferentes por la dispersión de las localidades urbanas.

Esta situación se refleja en los indicadores de organismos externos a México y es evidente que la salud es una mercancía, toda vez que se realizan contribuciones a la riqueza nacional que se genera en un periodo específico, esto es, en un año por la provisión de bienes y servicios en hospitales, farmacias, tecnología y otros.

Sin embargo, en lo rural, las acciones en la salud son insuficientes. Nadie niega la existencia, las normas que garantizan los derechos de las personas, pero estas no llegan con prontitud y oportunidad a estos grupos poblacionales; los usos y costumbres, la lengua materna, la escolaridad que supera los siete años estudiados y el abandono, se convierten en un desafío para garantizar el bienestar y desarrollo de la población cuidando la salud como lo más sagrado de la humanidad misma.

Incluso la infraestructura hospitalaria, la presencia de los médicos y enfermeras no han sido suficiente para desplazar el arraigo, la creencia, los usos y costumbres de preferir a una partera, un curandero/a o comadrona para atender la salud, incluso porque resulta más económico.

## REFERENCIAS

- CIEP (octubre 10, 2022). Gasto en salud y Objetivos de Desarrollo Sostenible. Disponible en <https://ciep.mx/M4vO>
- Collazo Herrera, M., Cárdenas Rodríguez, J., González López, R., Abreu, R. M., Gálvez González, A. M., & Casulo, J. C. (2002). La economía de la salud: ¿debe ser de interés para el campo sanitario?. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 12, 359-365.
- Cruz, M. (2011). Las bondades del trabajo femenino. Tres segmentos de mujeres rurales en Zacatecas (1980-2010). Tesis de Maestría, UAZ.
- Cruz, M., de Luna, H. y Lugo, R. (2025). Panorama del “empoderamiento” en salud de la mujer rural en México. *Trayectorias Humanas Trascontinentales*, (14).
- De Luna, H. (2017). De la lumbre al fogón. La campesina de Zacatecas en el neoliberalismo. Editorial Fontamara.
- Gálvez González, A. M. (2003). Economía de la salud en el contexto de la salud pública cubana. *Revista Cubana de Salud Pública*, 29(4), 0-0.
- IMSS (2025). Programa IMSS-Bienestar 1979-2025. Historia. Disponible en [http://www.imss.gob.mx/imss-bienestar#:~:text=2002.,del%20Seguro%20Social%20\(IMSS\)](http://www.imss.gob.mx/imss-bienestar#:~:text=2002.,del%20Seguro%20Social%20(IMSS)).
- INEGI (2018). Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT) 2018.
- INEGI (2020). Censo de Población y Vivienda 2020.
- Macías, A. (2002). *Contra viento y marea, el movimiento feminista en México hasta 1940*. México: PUEG.
- Mushkin, S. J. (1999). Hacia una definición de la economía de la salud. *Lecturas de Economía*, (51), 89-109.
- OECD (2025). Panorama de la salud 2025: México. Disponible en [https://www.oecd.org/es/publications/panorama-de-la-salud-2025\\_5345f1bd-es/mexico\\_42bdb5b4-es.html](https://www.oecd.org/es/publications/panorama-de-la-salud-2025_5345f1bd-es/mexico_42bdb5b4-es.html)
- OMS (2021). Enfermedad por coronavirus (COVID-19). Disponible en [https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/coronavirus-disease-\(covid-19\)](https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/coronavirus-disease-(covid-19))
- Pineda, C. (1975). Los programas de salud rural en México. *Revista Salud Pública en México*, Época V. Vol. XVII, Núm. 3, pp. 411-422 Disponible en <https://saludpublica.mx/index.php/spm/article/view/1413/1397>

Quintero, R. S. G., Ruiz, R. L., Legrá, G. N., & Legrá, M. N. (2017). Una mirada a la economía de la salud. *Revista Información Científica*, 96(5), 978-986.

[SEDATU, \(2023\) Programa INSPIRA. Para el bienestar e impulso a la mujer rural. Disponible en https://www.cmdrs.gob.mx/sites/default/files/cmdrs/sesion/2023/06/14/4739/materiales/programa-inspira-borrador.pdf](https://www.cmdrs.gob.mx/sites/default/files/cmdrs/sesion/2023/06/14/4739/materiales/programa-inspira-borrador.pdf)

### **Testimonios sobre la tolerancia de las enfermedades en mujeres rurales**

Mujer de 44 años, ejido de localidad de Pánfilo Natera el 20 de noviembre del 2025

Mujer de 37 años, Ejido de localidad de Pánfilo Natera el 20 de noviembre del 2025

Mujer de 43 años, Ejido de localidad de Pánfilo Natera el 20 de noviembre del 2025

Mujer de 69 años, de localidad rural del municipio de Zacatecas, el 28 de enero del 2019.

Mujer de 54 años, Ejido de localidad de Guadalupe, el 19 de noviembre del 2025

Mujer de 64 años, Ejido de localidad de Pánfilo Natera, el 20 de noviembre del 2025

Mujer de 65 años, Ejido de localidad de Pánfilo Natera, el 20 de noviembre del 2025

Mujer de 70 años, Ejido de la localidad de Guadalupe, el 19 de noviembre del 2025

Mujer de 89 años, Ejido de la localidad de Guadalupe, el 19 de noviembre del 2025

mujer de 49 años, Ejido de localidad de Pánfilo Natera, el 20 de noviembre del 2025

Mujer de 49 años, Ejido de localidad de Pánfilo Natera, el 20 de noviembre del 2025

---

**MARISOL CRUZ CRUZ.** Docente-Investigadora de la Universidad Autónoma de Zacatecas “Francisco García Salinas”, integrante del Cuerpo Académico de Políticas Públicas UAZ-118 Consolidado y del Sistema Nacional de Investigadores e Investigadoras (SNII), Perfil PRODEP. ORCID <https://orcid.org/0000-0003-3351-5054> Contacto: [marisol.cruz@uaz.edu.mx](mailto:marisol.cruz@uaz.edu.mx)

**HUMBERTO DE LUNA LÓPEZ.** Docente-Investigador de la Universidad Autónoma de Zacatecas “Francisco García Salinas”, integrante del Cuerpo Académico de Políticas Públicas UAZ-118 Consolidado y del Sistema Nacional de Investigadores e Investigadoras (SNII), Perfil PRODEP. ORCID <https://orcid.org/0000-0002-8219-9740> Contacto: [dlunal@uaz.edu.mx](mailto:dlunal@uaz.edu.mx)