

Barreras en el acceso a servicios de salud para mujeres mayores indígenas: Un estudio cualitativo en Zapopan, Jalisco

Barriers to Healthcare Access for Indigenous Older Women: A Qualitative Study in Zapopan, Jalisco

Yolanda de Jesús Hernández Delgado¹, Blanca Estela Pelcastre Villafuerte²



Recibido: 07/04/2025

Aceptado: 05/12/2025

Publicado: 23/04/2026

Autor correspondiente

Yolanda de Jesús Hernández Delgado

Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo, México

yolanda_hernandez@uaeh.edu.mx

Editor Responsable

Iván Barrios, PhD

Universidad Nacional de Asunción San Lorenzo, Paraguay

Conflictos de interés

Los autores declaran no poseer conflictos de interés.

Fuente de financiación

Este trabajo fue financiado por el Consejo Nacional de Humanidades, Ciencias y Tecnologías (CONAHCYT) a través del programa de Estancias Posdoctorales por México.

Este artículo es publicado bajo una [licencia de Creative Commons Reconocimiento 4.0 Internacional](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/).



¹ Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo, Instituto de Ciencias Sociales y Humanidades, Pachuca de Soto, México.

² Instituto Nacional de Salud Pública, Centro de Investigación en Sistemas de Salud, Cuernavaca, México.

RESUMEN

Introducción: La investigación sobre mujeres indígenas mayores en contextos urbanos ha sido limitada. Este grupo enfrenta desventajas acumuladas que afectan su acceso a la atención en la salud. **Objetivo:** Identificar las barreras de acceso a la salud que enfrentaron mujeres mayores indígenas en la periferia urbana para acceder a los servicios de salud. **Metodología:** Se realizó un estudio cualitativo narrativo con seis mujeres indígenas de entre 58 a 83 años residentes de un asentamiento urbano en Zapopan, Jalisco. Se realizaron entrevistas semiestructuradas y un análisis temático deductivo basado en barreras de acceso y en comparativa entre rurales y urbanos. **Resultados:** En los lugares de origen, la oferta fue intermitente y la infraestructura insuficiente. En la ciudad, la mayor disponibilidad se acompañó de trámites confusos, tiempos institucionales restrictivos y costos directivos, combinados con ingresos informales y ausencia de protección financiera. La distancia a los servicios médicos, el transporte y la dependencia de familiares dificultaron el acceso a los servicios de salud. Persistieron barreras culturales y de comunicación por el predominio del español técnico, así como exigencias implícitas de lectoescritura. Muchas participantes interpretan el dolor y las limitaciones como propias de la edad y priorizan la atención solo ante agravamiento, reduciendo la atención a enfermedades crónicas. **Conclusión:** Las barreras no desaparecieron con la migración urbana; se reconfiguraron. La combinación de procedimientos, tiempos institucionales y condiciones de transporte produjo acceso diferenciados y tratamientos fragmentados. Se indicó la necesidad de portabilidad efectiva del derecho a la salud.

Palabras clave: mujeres indígenas mayores; barreras de acceso; servicios de salud; envejecimiento; exclusión social.

ABSTRACT

Introduction: Research on older indigenous women in urban settings was limited. This group faces cumulative disadvantages that constrain access to health care. **Objective:** To identify the barriers to health care access faced by older indigenous women in urban peripheries. **Methodology:** A qualitative narrative study was conducted with six indigenous women aged 58 to 83 living in an urban settlement in Zapopan, Jalisco. Semi-structured interviews were conducted, and a deductive thematic analysis was performed based on barriers to access and a comparison between rural and urban areas. **Results:** In places of origin, services were intermittent, and infrastructure was insufficient. In the city, greater availability was accompanied by confusing procedures, restrictive institutional timelines, and administrative costs, combined with informal incomes and a lack of financial protection. Distance to medical services, transportation, and dependence on family members made access to health services difficult. Cultural and communication barriers persisted due to the predominance of technical Spanish, as well as implicit literacy requirements. Many participants interpreted pain and limitations as part of aging and prioritized care only when conditions worsened, reducing care for chronic diseases. **Conclusion:** Barriers did not disappear with urban migration; they were reconfigured. The combination of procedures, institutional timelines, and transportation conditions resulted in differentiated access and fragmented treatments. The need for effective portability of the right to health was indicated.

Keywords: older indigenous women; barriers to healthcare access; healthcare services; aging; social exclusion.

INTRODUCCIÓN

En México, habitan 7.36 millones (6.1 %) de personas hablantes de alguna lengua indígena de las cuales 3.78 millones son mujeres (1). De la población indígena 1.6 millones tiene 60 años o más de los cuales 822,400 son mujeres indígenas mayores (2). Ellas experimentan tasas más altas de inseguridad alimentaria, bajos niveles educativos, enfermedades crónicas y acceso limitado a servicios de salud en comparación con las mujeres no indígenas (1,3).

Las mujeres indígenas enfrentan barreras de acceso a los servicios de salud agravadas por factores relacionados a sus condiciones de vida y experiencia con los servicios, como la desconfianza hacia los proveedores de atención médica (4). Los estudios al se concentran en entornos rurales o en sus comunidades de origen, documentándose experiencias en México, Perú, Argentina y Guatemala. En estos escenarios, las principales barreras identificadas incluyen: la distancia geográfica y la falta de transporte adecuado (5-8), la pobreza extrema y la dependencia económica (9,5,10), la persistencia de barreras lingüísticas (11,7,8), así como, la desconfianza hacia el sistema biomédico debido al racismo estructural y la imposición cultural (9,10,11). Aunado a ello, los roles de género tradicionales y restricciones socioculturales dentro de las comunidades también limitan la autonomía de las mujeres para buscar atención médica (9,12,10).

En contraste, las investigaciones en entornos urbanos

METODOLOGÍA

Es un estudio cualitativo de tipo narrativo, permite conocer en las palabras de las participantes la realidad social que experimentan y su significado. Participaron seis mujeres indígenas de entre 58 y 83 años que residían en una zona urbana en Jalisco, se incluyó una persona menor de 60 años en virtud de la menor esperanza de vida para las poblaciones indígenas en

han sido abordadas en Canadá y Australia (13,4,14-16). En este contexto, las barreras más frecuentes son la discriminación racial y étnica por parte del personal de salud (13-15), la ausencia de atención culturalmente segura y la falta de reconocimiento de las prácticas de salud indígenas (13,14), así como la estigmatización de las mujeres por su situación socioeconómica o su identidad (13,15,16). Asimismo, se identifican obstáculos administrativos y burocráticos que dificultan el acceso oportuno (4).

Si bien existe literatura sobre las barreras en el acceso a la salud, hay una escasa representación de la vejez femenina, lo que revela una omisión analítica que impide comprender cómo las desigualdades de género se profundizan aún más con el envejecimiento, especialmente en contextos de marginación territorial y étnica, como las zonas urbanas. La ausencia de este cruce exige investigaciones que integren curso de vida y envejecimiento como categorías clave estudiar las desigualdades en salud.

Por ello, este estudio cruza cuatro dimensiones analíticas -género, etnicidad, edad y contexto urbano-, para identificar las barreras específicas que enfrentan mujeres mayores indígenas en el acceso a la salud. Al recuperar su experiencia en los lugares de origen, se reconoce que los procesos de exclusión no solo se reproducen en las ciudades, sino que están anclados en trayectorias históricas de desigualdad.

México. Las mujeres fueron seleccionadas de forma intencional y todas hablaban español, además de su lengua materna. La muestra se definió por criterios de accesibilidad y pertinencia, dado que este grupo poblacional es reducido y de difícil acceso. En la [Tabla 1](#) se presentan las características sociodemográficas de las participantes.

TABLA 1. CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS DE LAS PARTICIPANTES

ID	Edad	Trabajo actual	Edo. Civil	Escolaridad	Pertenencia étnica	Años de vivir en la ciudad
Participante 1	61	Bordado de blusas	Viuda	Sin estudios	Tarasco Michoacán	36 años
Participante 2	60	Venta de ropa usada	Casada	Sin estudios	Tarasco Michoacán	37 años
Participante 3	83	No trabaja	Viuda	Sin estudios	Tarasco Michoacán	+30 años
Participante 4	58	No trabaja	Casada	2do primaria	Tarasco Michoacán	38 años
Participante 5	74	Venta de dulces	Casada	Sin estudios	Mazahua Estado de México	30 años
Participante 6	65	Venta de hilos	Casada	Primaria	Tarasco Michoacán	25 años

Se realizaron las entrevistas entre noviembre de 2022 y marzo de 2023, se llevaron a cabo en los hogares de las participantes y duraron entre 45 a 60 minutos, fueron grabadas previo consentimiento informado. Las entrevistas se transcribieron y fueron sometidas a un proceso de codificación temática en dos etapas. En la primera, se realizó una codificación abierta y deductiva, guiada por cinco dimensiones de acceso (oferta, cultura, geografía, economía y organización). En la segunda, se realizó una codificación axial, que permitió identificar relaciones entre categorías.

Este proceso se realizó con apoyo del software Atlas.

RESULTADOS

La investigación se realizó en un asentamiento irregular en la periferia de Zapopan, con menos de 120 habitantes indígenas sin servicios básicos ni infraestructura adecuada. Las seis mujeres mayores indígenas participantes -purépechas y mazahua-, con 25 a 38 años de residencia urbana que no cuentan con seguridad social. Presentan diabetes, hipertensión y dolor articular en rodillas que limita sus actividades y su posibilidad de trabajar, atribuibles a violencia física, caídas frecuentes o a la vejez.

Ti, que permite la organización de las estrofas narrativas, construcción de códigos y sistematización del proceso. Se aplicó una triangulación de datos, contrastando las narrativas con la literatura existente y el proceso de análisis fue realizado mediante una validación de los códigos por ambas investigadoras.

La investigación fue aprobada por el Comité de Ética e Investigación del Centro Universitario de Tonalá de la Universidad de Guadalajara (F-2022-002). La confidencialidad de las participantes se aseguró mediante seudónimos y omisión de información personal.

"[...] lo que me duele son las rodillas porque me caí mucho porque yo iba a alcanzar a los camiones pa' pronto llegar al trabajo, siempre anduve corriendo y siempre me caía de rodillas. [...]" (Participante 2, tarasca, 60 años)

"Mi esposo era bien peleonero, cada rato me golpeaba, ahora dicen que de los golpes traigo dolores en el cuerpo, por eso no puedo ni lavar" (Participante 3, tarasca, 83 años)

TABLA 2. BARRERAS DE ACCESO A LOS SERVICIOS DE SALUD EN EL LUGAR DE ORIGEN Y EN LA PERIFERIA URBANA DE ZAPOPAN, ORGANIZADAS POR CATEGORÍAS DEL ESTUDIO

Categoría de barrera	Mecanismo	En el lugar de origen (rural)	En la zona urbana (periferia de Zapopan)
Barreras estructurales en el acceso a la salud: oferta, visibilidad y geografía	Oferta biomédica intermitente o ausente	Intermitencia del personal médico, centros de salud sin médico y falta de infraestructura.	Aunque existen centros de salud cercanos, persiste baja asistencia por desconfianza acumulada y percepción de poca receptividad.
	Visibilidad y alfabetización en salud	La presencia del personal no anunciada con regularidad.	Información y requisitos poco claros; dudas sobre procesos y derecho efectivo de atención.
Barreras geográficas	Distancias y distribución territorial de servicios	Largas distancias a unidades y cobertura esporádica.	Hospitales de 2º y 3er nivel lejos; concentración de servicios de mayor calidad en zonas privilegiadas.
	Transporte, horarios y gestión del traslado		Desconocimiento del sistema de transporte y dependencia de hijos/as para acudir.
Barreras culturales: lengua, percepción y saberes excluidos	Modelos de cuidado tradicionales (partería, saber materno, herbolaría)	El cuidado se sostuvo en parteras, saberes transmitidos y plantas medicinales como recurso principal.	El sistema biomédico no integra ni valida estos saberes.
	Lengua y tecnicismo biomédico		Atención en español y con lenguaje técnico sin traducción lingüística.
	Percepciones y emociones		Miedo y desconfianza.
Barreras económicas	Ingreso y empleo (informalidad y ausencia de prestaciones) Gasto y endeudamiento	Trabajo informal y sin seguridad social de las familias de origen	Autoempleo en comercio menor (bordado, ropa usada, dulces, hilos); ingresos bajos y volátiles sin prestaciones. Pago de consulta privada en el barrio con préstamos familiares
Barreras organizacionales	Exigencias implícitas de alfabetización	No documentado explícitamente; el problema principal fue la ausencia de oferta.	Letoescritura como requisito para gestionar citas y tratamientos.
	Papeleo, referencias y validación documental		Rechazo por falta de documentos o referencias.

Las mujeres participantes presentan múltiples obstáculos vinculados a la oferta y visibilidad de los servicios de salud, definidos por la disponibilidad real de los servicios, sus canales de información, la alfabetización en salud y los trámites para la atención. En sus comunidades de origen, la escasez o intermitencia de personal médico, la falta de infraestructura básica limitó históricamente su contacto con el sistema de salud formal:

"Cuando ella [su suegra] se pone malita, allí en mi rancho la atendían con doctores particulares porque en el centro [de salud] no siempre había médico. Usábamos también hierbas para la tos y cebolla con jengibre" (Participante 5, mazahua, 75 años)

"No sabíamos cuándo venía el doctor, solo llegaba de vez en cuando y teníamos que caminar mucho para verlo" (Participante 4, tarasca, 58 años).

Desde la perspectiva del racismo estructural, Gilmore (17) indica que esta ausencia o precariedad de los servicios médicos en comunidades indígenas rurales no es una casualidad, es resultado de políticas históricamente excluyentes hacia los territorios habitados por poblaciones originarias que persisten. Además, la falta de estrategias interculturales para integrar los conocimientos tradicionales refuerza esos patrones.

En el entorno urbano, a pesar de una mayor oferta de servicios, estas mujeres se continúan enfrentado a barreras simbólicas y administrativas: tiempos de espera, trámites confusos, exigencia de documentos centrados en una pertenencia territorial urbana. Esto refleja una lógica institucional que no consideran a los sujetos que no han sido socializados en contextos urbanos o en el español como lengua dominante, de esa manera el diseño del sistema de salud excluye a estas mujeres (17).

"Ellos [sus hijos] me llevan al centro de salud, pero una vez no me quisieron atender porque no llevaba un papel. Me dijeron que necesitaba una referencia del centro de salud, pero ya era tarde, y se había cerrado"(Participante 3, tarasca, 83 años).

Están asociadas con la localización de los servicios, las distancias a recorrer, horarios de atención y formas de trasladarse. En el lugar de origen, la infraestructura es insuficiente y la cobertura médica, escasa; deben recorrer largas distancias o depender de visitas esporádicas del personal.

"No me llevaban al doctor. Antes no había la clínica, pero ora ya, ya ahí hay. Ora ya hay clínica y antes no había" (Participante 6, tarasca, 65 años)

Estas carencias territoriales perpetúan la infrarrepresentación estatal y la centralización de los servicios. En el entorno urbano, aunque existen, las distancias a hospitales de segundo y tercer nivel, los horarios limitados del primer nivel y el traslado siguen siendo obstáculos. La urbanización desigual concentra infraestructura de calidad en zonas privilegiadas y obliga a colonias periféricas a recurrir a privados para atención oportuna.

"cuando me enfermo me llevan aquí, al estar aquí hay un doctor aquí en la esquina. Ese de aquí porque no tengo seguro. Dice mi hijo que me va a dar de alta, pero es que hace falta una letra en mi CURP, falta una letrita para acomodarla" (Participante 2, tarasca, 60 años).

Así, aunque los servicios parecen cercanos, llegar a ellos constituyen una barrera. El transporte público revela dificultades adicionales por edad y clase: dependen de horarios, desconocen el sistema y la exclusión territorial incrementa la dependencia familiar. Además, limitaciones de visión, audición o movilidad dificultan aún más el traslado.

"No conozco los camiones y no sé dónde, a dónde voy y entonces le digo -ya, ya vámonos, pero ya vámonos porque antes que se junta más gente- porque allá [en el centro de salud] se junta mucha gente" (Participante 3, tarasca, 83 años).

La barrera cultural en el acceso a los servicios de salud se expresa en la desconexión entre el sistema biomédico y las cosmovisiones indígenas sobre el cuerpo, la enfermedad y el cuidado. Esta desconexión se manifiesta tanto en el plano lingüístico, como en el epistémico y simbólico.

Las mujeres entrevistadas relatan cómo, desde su infancia, la salud estuvo vinculada a saberes transmitidos por sus madres, parteras y uso de plantas medicinales, los cuales fueron fundamentales para su bienestar:

"Allá nomás [se atiende] con partera [...]" (Participante 4, tarasca, 58 años).

La migración al entorno urbano introduce un sistema de salud que no solo es ajeno en sus formas, sino también poco accesible en su lenguaje. La falta de traducción cultural y lingüística en la atención médica genera confusión, ansiedad y sentimientos de inferioridad, dificultando la comprensión de diagnósticos y tratamientos:

"Sabe, los doctores me dijeron nomás... y tantito tomaba se ponía mal" (Participante 1, tarasca, 61 años).

Desde el racismo estructural (18,19), esto no se reduce a una barrera individual, sino a un patrón institucional que desconoce activamente la diversidad lingüística y cultural, posicionando el español, el tecnicismo biomédico y la lógica urbana como normas únicas y válidas. Así, el sistema de salud no solo no adapta su funcionamiento a las características culturales de las mujeres indígenas, sino que espera que ellas se adapten a él, reproduciendo una relación asimétrica de poder.

A esto se suma un componente simbólico y emocional: muchas mujeres manifiestan temor o incomodidad ante el personal médico, lo cual no solo es resultado de desconocimiento, sino de experiencias acumuladas de trato desigual, indiferencia institucional y falta de reconocimiento:

“No me gusta ir al médico, para qué voy a estar yendo seguido. Tengo miedo” (Participante 1, tarasca, 61 años).

Ese miedo a los servicios de salud no surge en un vacío, es resultado de experiencias acumuladas de exclusión, malos tratos y de desconfianza institucional que ha sido reproducido intergeneracionalmente y ahora, ese racismo histórico se condensa en una baja asistencia al servicio médico público.

Aunado a ello, las participantes interpretan el dolor, las limitaciones funcionales y otros síntomas como parte “normal” del envejecimiento; en consecuencia, conciben la atención médica como último recurso ante eventos graves, más que como cuidado cotidiano y preventivo.

Se relacionan con la capacidad para cubrir los costos de atención (transporte, medicamentos, servicios privados, entre otros). Estas barreras dependen de los ingresos familiares y la cobertura de seguros. La mayoría de las participantes se autoemplean en comercio informal (venta de bordados, ropa usada, dulces o hiles), trabajos de bajo ingreso, sin prestaciones y con ingresos inciertos e irregulares.

Y pese a tener una larga residencia urbana, persiste una trayectoria de subempleo que evidencia que hoy en su vejez, la ausencia de seguro médico y los bajos ingresos no son condiciones aisladas, son resultado de procesos históricos de exclusión laboral y social acumuladas a lo largo de sus vidas. Donde la medicina tradicional es un recurso de cuidado no porque se haya elegido como única opción cultural, sino porque el sistema biomédico estatal nunca garantizó su presencia en sus comunidades de origen.

“Mi mamá nos cuidaba ella, y sí que me daba, me daba la medicinas a mí y mi remedio” (Participante 5,

Mazahua, 75 años).

En el contexto urbano, el alto costo de los servicios médicos privados, y sus ingresos bajos, las hacen recurrir a préstamos familiares, así, para estas mujeres, acceder a servicios médicos implica endeudamiento y eso profundiza la precariedad económica que viven.

“No porque a lo mejor me van a dar más medicina de lo que no es, y por eso ya mejor no [voy], ¿para qué voy a ir allá?, mejor voy a particular. Aunque sea pago caro me endrogo y ya. [...] Alguien que tiene, mi pariente, le voy a decir que me preste y ella me ayuda, y luego ya cuando mejoro ya le pago” (Participante 5, Mazahua, 75 años).

Responden a la adecuación organizativa que impacta la calidad y continuidad del servicio, y la participación de los pacientes. En comunidades rurales, la escasez de personal capacitado y recursos limitó la atención, manifestación de racismo estructural territorializado: el Estado ha distribuido históricamente los recursos de forma desigual, relegando a poblaciones indígenas a una atención esporádica y precaria.

En el contexto urbano, las mujeres encuentran más infraestructura, pero hostilidad en el trato: falta de empatía, desconexión cultural y los problemas de continuidad -sobre todo enfermedades crónicas- configurando racismo personalmente mediado (18), inserto en instituciones que no capacitan ni sensibilizan al personal de salud en diversidad cultural.

El testimonio de la participante de 83 años revela la relación entre analfabetismo, edad e inequidades raciales en salud. La exigencia de lectoescritura para acceder a tratamientos es exclusión estructural: la alfabetización se vuelve un requisito implícito del derecho a la salud y expresa violencia institucional simbólica, el sistema no considera las desigualdades educativas impuestas a las comunidades indígenas, especialmente a mujeres de esas generaciones.

Además, la falta de información accesible (oral y escrita) limita la adherencia y aumenta la necesidad de acompañamiento familiar. Sin embargo, la migración, configuración urbana, jornadas laborales y responsabilidades familiares reducen el apoyo instrumental hacia las mujeres mayores.

“Y le digo a mi hija, pero como yo también mensa no quise estudiar, no sé leer, le digo a mi hija que me llevara con el especialista, pero que fuimos ahí y le dijeron a mi hija que hasta... unos meses, no me acuerdo, junio y mayo que para que vayan ahí a anotarse las que así ocupan [consulta] especial y ella ya no me hizo caso y yo como no sé leer pues no puedo ir” (Participante 3, tarasca, 83 años).

DISCUSIÓN

Este estudio muestra que las barreras de acceso a la salud para mujeres mayores indígenas no “desaparecen” con la migración a la ciudad; se reconfiguran. La insuficiente presencia estatal en los territorios de origen -oferta intermitente y limitada- se traslada a la ciudad como desconfianza, tramitología excluyente y costos directos que, combinados con ingresos informales y ausencia de aseguramiento, derivan en dependencia familiar, consultas privadas con baja continuidad y, en algunos casos, endeudamiento intrafamiliar. Este hallazgo amplía la evidencia sobre pobreza, falta de seguridad social, baja alfabetización en salud y desconocimiento sobre programas de descuento y servicios (3,12,20,21).

Desde el racismo estructural (17-19) estos resultados sugieren dos mecanismos: uno territorial, donde hay una inversión insuficiente y la centralización histórica en zonas no indígenas, que reducen el contacto temprano con el sistema y generan desconfianza. Uno institucional, en la ciudad, dispositivos administrativos (CURP, referencias, formularios), tecnicismos en español y trato poco empático operan como filtros que señalan y penalizan a quienes no fueron socializados en esas lógicas. Así, aun con servicios “cercaños” estos no representan un acceso efectivo.

En la literatura se reportan barreras de información, transporte y costos en pueblos originarios dentro y fuera de México, reforzadas por barreras culturales y de comunicación, especialmente en mujeres con un dominio limitado del español (22,7). Hallazgos similares se documentan en Asia: donde se evidencia una falta de transporte, distancia y carencia de dinero para la atención (5,23). La contribución específica de este trabajo es: evidenciar el endeudamiento familiar como táctica de acceso en la vejez urbana; mostrar la exigencia implícita de la lectoescritura y la ausencia de materiales en lenguas originarias como dispositivos de exclusión; y que, pese a mayor visibilidad urbana, la combinación de trámites, tiempos institucionales y condiciones de transporte producen accesos diferenciados que afectan la atención a la salud. Dadas sus condiciones funcionales -derivadas del envejecimiento biológico, de enfermedades crónico-degenerativas y trayectorias de cuidado y atención a la salud - el traslado, el uso del transporte público y la circulación en el entorno urbano se vuelven más difíciles, incrementando demoras en la atención, abandono y menor continuidad del tratamiento.

Sobre las barreras culturales, en comunidades rurales hay una alta confianza en la medicina tradicional, lo

cual facilita su aceptación. Si embargo, en el sistema formal persisten desequilibrios de poder y falta de entendimiento entre curanderos tradicionales y profesionales médicos que trae consigo discriminación (24) y una brecha en la atención. El cuidado y atención a la salud tradicional, como sustituto y no como preferencia cultural, debe entenderse como un sistema de respuestas a arreglos institucionales que no reconocen trayectorias de vida marcadas por la desigualdad. Por ello, no se puede considerar el uso de la medicina tradicional como una “barrera cultural”, sino como un sustituto frente a la desatención pública, lo que coincide y matiza hallazgos previos (14,24,22,7).

El hallazgo sobre la baja percepción de necesidad – normalizar dolor y limitaciones como “propias de la edad” y buscar atención solo ante eventos graves – no debe leerse como un rasgo cultural, sino como la adaptación y socialización en determinadas condiciones estructurales: falta de servicios de atención, carencia de alfabetización en salud y pobreza, lo que en clave interseccional (edad, etnicidad y escolaridad), esto agrava los efectos biológicos del envejecimiento en una constante desatención de la salud-enfermedad. Coincide con trabajos sobre la baja percepción de los riesgos para la salud y necesidad de atención (12,15), pero resulta importante considerar que para estas mujeres mayores indígenas esta percepción baja de riesgo y atención se reproduce por el limitado acceso a la atención y no exclusivamente por referentes culturales.

En el contexto urbano también se documenta trato indiferente, en línea con estudios en mujeres con bajos ingresos en Canadá, donde se identifica burocracia, falta de compasión por parte de los proveedores de servicios, sistemas complejos para recibir atención, trato irrespetuoso y sensación de ser ignoradas (7), a lo que, en mujeres mayores, se suma el viejismo en la organización y la administración de los servicios de salud.

Este estudio evidencia que las barreras de acceso a la salud de las mujeres mayores indígenas no se disipan con la migración urbana; se reconfiguran. La intersección de género, etnicidad, lengua, escolaridad y edad, en un contexto donde las barreras son el resultado acumulado de arreglos territoriales e institucionales que, en la vejez, se traducen en accesos diferenciados y tratamientos fragmentados. Aunque la oferta parece cercana, los trámites, tiempos institucionales y condiciones de movilidad convierten esa cercanía en lejanía efectiva, generando demoras en

la atención y desconfianza. Estas dinámicas, que se han acumulado a lo largo de la vida y reforzadas por la alfabetización y tecnicismo monolingüe, afectan especialmente el manejo y atención de enfermedades crónicas en la vejez.

Revertir esas barreras exige portabilidad real del derecho a la salud, interculturalidad con recursos y la reducción del costo material y simbólico de atender la salud. Entre algunas intervenciones operativas podría considerarse la corrección expedita de CURP, simplificación de requisitos, intérpretes y materiales en purépecha/mazahua y desde la perspectiva de la gerontagogía, la formación en trato digno, abasto de

medicamentos, agendas preferentes y articulación con saberes locales sin sustituir la obligación estatal.

Como fortaleza, este estudio aporta una descripción densa con anclaje teórico sobre las barreras de acceso a la salud de las mujeres mayores indígenas en periferias urbanas, un grupo poco visibilizado. Entre las limitaciones, la muestra intencionada es pequeña, con un enfoque en un solo asentamiento y la ausencia de la perspectiva de los proveedores reduce la transferibilidad de los resultados. Futuros trabajos deberían incorporar métodos comparativos entre colonias e incluir al personal de salud.

CONTRIBUCIÓN DE LOS AUTORES

HD-YJ y VP-BE han participado de la concepción y diseño del trabajo, análisis e interpretación de datos, redacción del manuscrito, revisión crítica del manuscrito y aprobación de su versión final. HD-YJ realizó la recolección de los datos y su sistematización.

AGRADECIMIENTOS

Queremos expresar nuestro agradecimiento a las mujeres que aceptaron participar en el estudio y nos abrieron las puertas de sus casas, así como a las líderes comunitarias que nos acompañaron en los recorridos comunitarios.

NOTA EDITORIAL

Las opiniones expresadas en este artículo, así como el enfoque metodológico y los resultados presentados, son responsabilidad exclusiva de los autores. Este trabajo fue revisado y aprobado por revisores externos en el marco del proceso editorial, pero no refleja necesariamente la postura oficial de la revista, de su comité editorial ni de su editor jefe.

DISPONIBILIDAD DE DATOS

Los datos están disponibles previa solicitud al autor de correspondencia. Yolanda de Jesús Hernández Delgado. Correo: yolanda_hernandez@uaeh.edu.mx

COMENTARIOS DE REVISORES

El nombre de los revisores externos, así como su dictamen se encuentran disponibles en el siguiente enlace: [Dictamen 620](#)

REFERENCIAS

1. Arévalo Arévalo NS, López Briceño I, Rodríguez Cruz LD, Barrera Rojas MÁ. Vulnerabilidad de las mujeres indígenas de la península de Yucatán frente a la pandemia COVID-19. *Cienc E Intercult.* 2021;29(2):61-78. <https://doi.org/10.5377/rci.v29i02.13313>
2. Instituto Nacional de Estadística y Geografía. Censo de Población y Vivienda 2020. 2020. [URL](#)
3. Mercado Ibarra SM, Cuestas-Caza J. Vulnerabilidad o fuerza: adultas mayores indígenas. *Trayectorias Humanas Transcontinentales* 2019;(5). [URL](#)
4. Austin C. The impact of social determinants of health of Australian Indigenous women on access and engagement in maternal child health services. *J Adv Nurs.* 2023;79(5):1815-1829. <https://doi.org/10.1111/jan.15493>
5. Collins JH, Bowie D, Shannon G. A descriptive analysis of health practices, barriers to healthcare and the unmet need for cervical cancer screening in the Lower Napo River region of the Peruvian Amazon. *Womens Health (Lond).* 2019;15:1745506519890969. <https://doi.org/10.1177/1745506519890969>
6. Ippolito M, Chary A, Daniel M, Barnoya J, Monroe A, Eakin M. Expectations of health care quality among rural Maya villagers in Sololá Department, Guatemala: A qualitative analysis. *Int J Equity Health.* 2017;16(1):51. <https://doi.org/10.1186/s12939-017-0547-5>
7. Juárez-Ramírez C, Villalobos A, Saucedo-Valenzuela AL, Nigenda G. Barreras en mujeres indígenas para acceder a servicios obstétricos en el marco de redes integradas de servicios de salud. *Gac Sanit.* 2020;34(6):546-552. <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2019.05.015>
8. Instituto Nacional de Salud Pública. Modelo de atención a la salud para adultos mayores en zonas indígenas. Resumen ejecutivo. Cuernavaca: Instituto Nacional de Salud Pública; 2011. [URL](#)
9. Gamlin JB, Hawkes SJ. Pregnancy and birth in an indigenous Huichol community: from structural violence to structural policy responses. *Cult Health Sex.* 2015;17(1):78-91. <https://doi.org/10.1080/13691058.2014.950334>
10. Saldaña-Télez M, Meneses-Navarro S, Cano-Garduño L, Unger-Saldaña K. Barriers and facilitators for breast cancer early diagnosis in an indigenous community in Mexico: voices of otomí women. *BMC Womens Health.* 2024;24(1):33. <https://doi.org/10.1186/s12905-023-02875-2>
11. Dörr NM, Dietz G. Racism against Totonaco women in Veracruz: Intercultural competences for health professionals are necessary. *PLoS One.* 2020;15(1):e0227149. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0227149>
12. Estudillo Becerra ML, Sánchez Pérez HJ, Ochoa Díaz-López H, Freyermuth Enciso G, Flores Hernández JA, Martín-

- Mateo M, et al. La salud y el uso de los servicios de salud por las mujeres de las áreas urbana y rural en las zonas de alta y muy alta marginación socioeconómica de la región fronteriza de Chiapas. *Estud Demogr Urbanos*. 2005;20(2):309-339. <https://doi.org/10.24201/edu.v20i2.1220>
13. Monchalín R, Jubinville D, Pérez Piñán AV, Paul W, Wells M, Ross A, et al. "I would love for there not to be so many hoops...": recommendations to improve abortion service access and experiences made by Indigenous women and 2SLGTBQIA+ people in Canada. *Sex Reprod Health Matters*. 2023;31(1):2247667. <https://doi.org/10.1080/26410397.2023.2247667>
 14. Jones C, Monchalín R, Smylie J. Culturally safe health and social service access for urban Métis women: a scoping review. *AlterNative*. 2024;20(1):21-29. <https://doi.org/10.1177/11771801241235352>
 15. Monchalín R, Smylie J, Nowgesic E. "I Guess I Shouldn't Come Back Here": Racism and discrimination as a barrier to accessing health and social services for urban Métis women in Toronto, Canada. *J Racial Ethn Health Disparities*. 2020;7(2):251-261. <https://doi.org/10.1007/s40615-019-00653-1>
 16. Camargo-Plazas P, Waite J, Sparringa M, Whitfield M, Duhn L. Nobody listens, nobody wants to hear you: Access to healthcare/social services for women in Canada. *New Trends in Qualitative Research*. 2022;11:e554. <https://doi.org/10.36367/ntqr.11.2022.e554>
 17. Gilmore RW. *Golden Gulag: Prisons, Surplus, Crisis, and Opposition in Globalizing California*. Berkeley: University of California Press; 2007. [URL](https://doi.org/10.1017/S1742058X11000130)
 18. Jones CP. Levels of racism: a theoretic framework and a gardener's tale. *Am J Public Health*. 2000;90(8):1212-1215. <https://doi.org/10.2105/AJPH.90.8.1212>
 19. Gee GC, Ford CL. Structural racism and health inequities: old issues, new directions. *Du Bois Rev*. 2011;8(1):115-132. <https://doi.org/10.1017/S1742058X11000130>
 20. Maxwell AE, Young S, Moe E, Bastani R, Wentzell E. Understanding factors that influence health care utilization among Mixtec and Zapotec women in a farmworker community in California. *J Community Health*. 2018;43(2):356-365. <https://doi.org/10.1007/s10900-017-0430-8>
 21. Pelcastre-Villafuerte BE, Meneses-Navarro S, Sánchez-Domínguez M, Meléndez-Navarro D, Freyermuth-Enciso G, et al. Condiciones de salud y uso de servicios en pueblos indígenas de México. *Salud Publica Mex*. 2020;62(6):810-819. <https://doi.org/10.21149/11861>
 22. Quintana R, Fernandez S, Fay M, Camacho C, Gomez G, Petrelli J, et al. Access to healthcare system of indigenous communities with musculoskeletal disorders and rheumatic disease in Chaco, Argentina: a qualitative study. *Clin Rheumatol*. 2021;40(6):2407-2417. <https://doi.org/10.1007/s10067-020-05513-6>
 23. Thummapol O, Park T, Barton S. Exploring health services accessibility by indigenous women in Asia and identifying actions to improve it: a scoping review. *Ethn Health*. 2020;25(7):940-959. <https://doi.org/10.1080/13557858.2018.1470607>
 24. Bautista-Valarezo E, Duque V, Verhoeven V, Mejía Chicaiza J, Hendrickx K, Maldonado-Rengel R, et al. Perceptions of Ecuadorian indigenous healers on their relationship with the formal health care system: barriers and opportunities. *BMC Complement Med Ther*. 2021;21(1):65. <https://doi.org/10.1186/s12906-021-03234-0>