

Socioantropología de la reproducción

**Cuerpos, géneros y resistencias
en contextos de exclusión y
violencia estructural**

Magdalena del Carmen
Morales Domínguez



Saberes 4
COLECCIÓN





Directorio

Dr. Oswaldo Chacón Rojas

RECTOR

Mtra. María del Carmen Vázquez Velasco

SECRETARIA GENERAL

Mtra. Mónica Guillén Sánchez

**SECRETARIA DE IDENTIDAD Y RESPONSABILIDAD
SOCIAL UNIVERSITARIA**

Mtro. Gabriel Velázquez Toledo

DIRECTOR EDITORIAL



Socioantropología de la reproducción

**Cuerpos, géneros y resistencias en contextos de
exclusión y violencia estructural**

**Magdalena del Carmen
Morales Domínguez**

Socioantropología de la reproducción

Cuerpos, géneros y resistencias
en contextos de exclusión y
violencia estructural

Magdalena del Carmen
Morales Domínguez

 **Saberes 4**
COLECCIÓN



**Socioantropología de la reproducción.
Cuerpos, géneros y resistencias en contextos
de exclusión y violencia estructural**

1ª Edición 2026

Edición: Dirección Editorial.

Diseño editorial, composición y formación: Joshep Fabian Coronel Gómez

Cuidado editorial: Gabriel Velázquez Toledo.

Portada: Joshep Fabian Coronel Gómez, Ilustración de Gemini



ISBN Colección: **978-607-561-388-8**

ISBN: **978-607-561-429-8**

D.R. © 2026 Universidad Autónoma de Chiapas

Boulevard Belisario Domínguez km 1081, sin número,

Terán, C. P. 29050, Tuxtla Gutiérrez, Chiapas.

Miembro de la Cámara Nacional de la Industria Editorial

Mexicana con número de registro de afiliación: 3932.

Miembro de la Red Nacional de Editoriales Universitarias y

Académicas de México, Altexto.

Miembro de la EULAC, Asociación de Editoriales

Universitarias de América Latina y El Caribe.

D.R. © 2026 ----Magdalena del Carmen Morales Domínguez

Declaración de uso de inteligencia artificial:

Durante el proceso de preparación de este manuscrito se utilizó ChatGPT (OpenAI) como herramienta de apoyo para la revisión de redacción, corrección de estilo, mejora de la claridad expositiva y ajustes de formato. Todas las ideas, interpretaciones, análisis, resultados y conclusiones presentadas en la obra son responsabilidad exclusiva de la autora, quien revisó y validó el contenido final.

Las opiniones expresadas por el autor no necesariamente reflejan la postura del editor de la publicación o de la Universidad Autónoma de Chiapas; la información y análisis contenidos en esta publicación son responsabilidad del autor. Las imágenes de portada, la composición de interiores y el diseño de cubierta son propiedad de la Universidad Autónoma de Chiapas.

Editado e impreso en México

Edited and printed in Mexico

Índice

Agradecimientos	9
Prólogo	11
Introducción	15
Capítulo 1	
La socioantropología de la reproducción.....	21
Capítulo 2	
Experiencias de reproducción. Concepción, embarazo, parto, lactancia y decisión de no reproducirse	57
Capítulo 3	
Trascendencia de lo normativo en la atención del embarazo, parto y puerperio	119
Capítulo 4	
Atención hospitalaria en México y América Latina.....	133

Capítulo 5

Caso de investigación. Promoción de la lactancia materna por parteras en México durante la pandemia de COVID-19..... 147

Reflexiones finales 175

Referencias bibliográficas 181

Glosario de términos 191

Abreviaturas 197

Agradecimientos

La realización de este libro no habría sido posible sin el apoyo y la generosidad de muchas personas e instituciones que hicieron posible la investigación y el análisis que aquí se presentan. Quiero expresar mi más profundo agradecimiento a todas las mujeres y parteras que compartieron sus experiencias, conocimientos y saberes, confiando en que sus voces serían escuchadas y respetadas. Su apertura y compromiso han sido el corazón de este trabajo.

Prólogo

La reproducción humana es un proceso complejo que va mucho más allá de la biología. Está atravesada por dimensiones sociales, culturales, emocionales, políticas y económicas, que configuran no sólo las posibilidades de gestar, parir y amamantar, sino también la capacidad de decidir no reproducirse. *Socioantropología de la reproducción. Cuerpos, géneros y resistencias en contextos de exclusión y violencia estructural* propone analizar estas experiencias desde la perspectiva de la socioantropología, integrando reflexiones sobre género, cuerpos, políticas públicas, diversas formas de atención y violencia estructural. La obra reconoce que las prácticas reproductivas se sitúan en un cruce de normas, instituciones y expectativas sociales, pero también en un espacio de agencia, resistencia, emociones y creatividad por parte de las mujeres y las comunidades.

El libro tiene como objetivo central comprender cómo se viven y negocian los procesos reproductivos en contextos de desigualdad, exclusión y violencia, así como visibilizar las estrategias de cuidado, resistencia y autonomía que emergen desde las mujeres, sus familias y los actores locales. Se interesa no sólo por las experiencias de las mujeres, sino también por la manera en que los saberes tradicionales, la partería comunitaria

y la atención intercultural dialogan o entran en tensión con la biomedicina institucionalizada.

Metodológicamente, esta obra se sustenta en un enfoque cualitativo que combina revisión bibliográfica crítica, análisis de políticas públicas y trabajo de campo realizado por la autora en distintas regiones de México durante y después de la COVID-19. El trabajo de campo incluyó entrevistas en profundidad con mujeres sobre su experiencia reproductiva, así como con parteras tradicionales y personal de salud. Esta estrategia permitió articular la comprensión de las estructuras, normas y sistemas de salud con las narrativas personales y comunitarias, revelando los desafíos, tensiones y posibilidades presentes en la atención de la reproducción y la maternidad. El libro se estructura en cinco capítulos que dialogan entre sí y articulan teoría, evidencia empírica y reflexión crítica:

En el primer capítulo se presentan los fundamentos teóricos y conceptuales del campo, recuperando aportes de la antropología médica, los estudios de género, la historia de la salud y la crítica a la medicalización. Se analizan conceptos clave como cuerpo, género, sexualidad, biopolítica y resistencia, y se plantea la reproducción como un fenómeno social, cultural y político.

En el capítulo dos se plantean diferentes experiencias de reproducción como la concepción, embarazo, parto, lactancia y decisión de no reproducirse. Se exploran trayectorias reproductivas diversas, visibilizando no sólo el deseo y la planificación de la maternidad, sino también la elección consciente de no tener hijos. Se abordan las implicaciones sociales, económicas y culturales de estas decisiones, así como la influencia de la violencia, la migración y las condiciones materiales en la reproducción.

La trascendencia de lo normativo en la atención del embarazo, parto y puerperio se analiza en el tercer capítulo. Se revisa cómo las normas médicas, jurídicas, religiosas y culturales condicionan la atención de las mujeres durante el ciclo reproductivo. Se muestran fenómenos como la patologización del parto, la violencia obstétrica, las restricciones al parto en casa y la limitación de la autonomía femenina frente a los estándares institucionales.

En el apartado cuatro denominado Atención hospitalaria en México y América Latina, se comparan distintos modelos hospitalarios, identificando fortalezas, debilidades y desigualdades. Se incluyen prácticas institucionales, protocolos de atención, mecanismos de exclusión y experiencias exitosas de integración de pertinencia cultural y derechos reproductivos.

En el capítulo cinco, y último, acudimos a un estudio de caso: La promoción de la lactancia materna por parteras durante la pandemia de COVID-19. Se analiza, en este sentido, el rol de las parteras tradicionales en la promoción de la lactancia en comunidades con acceso limitado a servicios de salud durante la crisis sanitaria. Este capítulo evidencia la relevancia de los saberes tradicionales, las redes comunitarias y las estrategias de cuidado ante la emergencia de salud pública.

A lo largo de la obra, se evidencia que la reproducción no es un proceso lineal ni homogéneo, sino un espacio donde se entrelazan desigualdades estructurales, estrategias de resistencia y prácticas de cuidado. Los testimonios y estudios de caso muestran cómo las mujeres negocian su autonomía frente a las normas institucionales, enfrentan limitaciones económicas, acceden a servicios de salud privados o comunitarios, recurren a redes locales y saberes ancestrales para sostener su bienestar y el de sus hijos.

Este libro constituye un aporte significativo tanto para la investigación académica como para la práctica profesional. Proporciona herramientas de análisis y reflexión crítica para académicos, profesionales de la salud, tomadores de decisiones y movimientos sociales comprometidos con los derechos sexuales y reproductivos. Asimismo, visibiliza la importancia de fortalecer la atención intercultural y humanizada, reconociendo el valor de la partería tradicional y comunitaria como un recurso clave en contextos de vulnerabilidad y exclusión. Socioantropología de la reproducción invita a repensar la reproducción humana no sólo como un proceso biológico, sino como un espacio de disputa, resistencia, cuidado y agencia, donde las experiencias de las mujeres y las comunidades deben situarse en el centro del análisis y la acción.

Sergio Meneses Navarro

Instituto Nacional de Salud Pública de México

Introducción

La reproducción humana, lejos de ser un mero proceso biológico, es un fenómeno profundamente atravesado por dimensiones sociales, culturales, emocionales, económicas y políticas. En México, las experiencias vinculadas a la concepción, el embarazo, el parto, la lactancia y la decisión de no reproducirse se configuran en un entramado de desigualdades estructurales que afectan con mayor fuerza a mujeres de comunidades rurales, indígenas, pobres y desplazadas. Estas desigualdades se expresan en el acceso diferenciado a los servicios de salud, así como en las formas en que los cuerpos y los géneros son interpretados, regulados y disciplinados por instituciones, discursos médicos y políticas públicas.

Este libro tiene como objetivo analizar, desde la socioantropología de la reproducción, las experiencias, significados, prácticas y resistencias vinculadas a la concepción, embarazo, parto, lactancia y decisión de no reproducirse, en contextos atravesados por exclusión y violencia estructural. Asimismo, busca comprender cómo los cuerpos y los géneros son regulados por normas institucionales, discursos médicos y políticas públicas, pero también la manera como frente a estas imposiciones, emergen estrategias de cuidado y resistencia que reconfiguran las formas de vivir la reproducción.

Metodológicamente, el trabajo se sustenta en un enfoque cualitativo que combina revisión bibliográfica crítica, análisis de políticas públicas y trabajo de campo desarrollado por la autora en los últimos años, en el estado de Chiapas. Este trabajo de campo incluye entrevistas en profundidad con mujeres que comparten sus experiencias de salud reproductiva y materna, así como con parteras tradicionales y personal de salud, cuyas perspectivas permiten comprender los retos y tensiones en la atención del embarazo, parto y puerperio. Esta estrategia metodológica articula el análisis macro —de estructuras y sistemas de salud— con las narrativas y vivencias personales, para ofrecer una mirada integral que visibilice tanto las limitaciones como las potencialidades de los sistemas de atención en salud reproductiva.

La investigación se enmarca en un enfoque socioantropológico y cualitativo, con especial énfasis en la etnografía y la narrativa de experiencias de vida. La autora realizó trabajo de campo durante varios años, recolectando información directamente en comunidades rurales e indígenas de Chiapas, principalmente, con un foco particular en mujeres gestantes, parteras tradicionales y personal de salud. Este acercamiento permitió capturar las experiencias vividas, las emociones y los significados que las mujeres atribuyen a los procesos reproductivos, así como las prácticas de cuidado implementadas por las parteras y los desafíos enfrentados por el personal de salud en contextos de violencia estructural y exclusión.

El principal instrumento de recolección de datos fueron entrevistas semiestructuradas y conversaciones en profundidad, complementadas con observación participante en espacios de atención comunitaria y hospitalaria. Este enfoque permitió documentar no sólo la perspectiva de las mujeres sobre su

cuerpo, embarazo, parto y posparto, sino también las dinámicas de poder, las prácticas institucionales y las formas de resistencia y agencia que emergen en estos contextos.

Adicionalmente, se incorporó la revisión documental y normativa, incluyendo políticas de salud, normas oficiales mexicanas y literatura científica y académica sobre salud reproductiva, violencia obstétrica y antropología de la reproducción. Esto permitió contrastar las experiencias locales con los marcos normativos e institucionales, evidenciando tensiones entre la atención formal y los saberes comunitarios.

El análisis de la información se realizó de manera inductiva, codificando los relatos y observaciones para identificar categorías temáticas que reflejan las preocupaciones, resistencias y significados de los actores estudiados. Se empleó un enfoque reflexivo y crítico, reconociendo la posición de la investigadora como parte del proceso de interpretación, y garantizando la confidencialidad y el consentimiento informado de todas las participantes.

En este escenario, la socioantropología de la reproducción ofrece un marco crítico para comprender cómo los procesos reproductivos se viven, se regulan y se resisten. No se limita a la dimensión biológica, sino que explora cómo las relaciones de poder, las normas de género, las desigualdades socioeconómicas, las políticas públicas y la violencia estructural configuran las experiencias de reproducción y cuidado.

Este libro invita a recorrer, paso a paso, un entramado de reflexiones, testimonios y análisis que muestran la reproducción no como un simple hecho biológico, sino como un campo de disputas, significados y resistencias. A través de cinco capítulos interrelacionados, se propone un diálogo entre teoría, experiencia de campo y análisis crítico, en el que confluyen la voz de

las mujeres, el saber de las parteras, las prácticas del personal de salud y las tensiones que surgen en torno a la atención de la vida y el cuerpo.

La socioantropología de la reproducción sienta las bases conceptuales y metodológicas para adentrarnos en este territorio. Desde los aportes de la antropología médica, los estudios de género y la crítica a la medicalización, se abordan nociones como cuerpo, género, sexualidad, biopolítica y resistencia, para comprender cómo la reproducción se entreteje con relaciones de poder, exclusión y agencia.

En diferentes experiencias de reproducción: concepción, embarazo, parto, lactancia y decisión de no reproducirse, nos adentramos en las trayectorias vitales de mujeres que transitan —o deciden no transitar— la maternidad. Aquí, los relatos muestran cómo la violencia, la migración, el desplazamiento forzado y las condiciones económicas modelan las posibilidades de decidir, cuidar y ser cuidada.

La trascendencia de lo normativo en la atención del embarazo, parto y puerperio, presenta el peso de las normas médicas, jurídicas y culturales en la vida reproductiva. Se analizan prácticas como la patologización del parto, las cesáreas innecesarias o la violencia obstétrica, así como las estrategias que las mujeres despliegan para preservar su autonomía frente a dichas imposiciones.

La atención hospitalaria en México y América Latina, se plantea mediante la comparación de modelos de atención en hospitales públicos y privados, identificando sus avances, limitaciones y desigualdades. También se recuperan experiencias innovadoras que han logrado integrar pertinencia cultural y derechos reproductivos en la atención institucional, abriendo posibilidades de cambio.

Finalmente, la promoción de la lactancia materna por parteras en México durante la pandemia de COVID-19, presenta un estudio de caso construido a partir del trabajo de campo realizado en los últimos años. A través de entrevistas a mujeres, parteras y personal de salud, se documenta cómo, en medio de la crisis sanitaria y el aislamiento, las redes comunitarias y los saberes tradicionales se activaron para garantizar cuidados esenciales, mostrando que la salud reproductiva no se sostiene únicamente en hospitales, sino también en vínculos, confianza y memoria colectiva.

En su conjunto, los capítulos de este libro ofrecen una visión amplia y articulada de la reproducción humana como un fenómeno situado en la intersección de factores biológicos, sociales, culturales, económicos y políticos. Este enfoque permite poner en evidencia las desigualdades y violencias que atraviesan los procesos reproductivos, además de visibilizar las múltiples estrategias de resistencia, cuidado y agencia que emergen desde las comunidades para defender y resignificar la vida reproductiva.

De esta manera, el texto propone herramientas de análisis y reflexión crítica dirigidas a académicos, profesionales de la salud, responsables de políticas públicas y movimientos sociales que trabajan en la defensa y promoción de los derechos sexuales y reproductivos, con el objetivo de contribuir a la construcción de sociedades más justas, igualitarias y libres de violencia.

Capítulo 1

La socioantropología de la reproducción

La socioantropología de la reproducción para este libro se presenta como un campo interdisciplinario que emerge de la confluencia entre la antropología médica, los estudios feministas y la sociología crítica. Su objeto de estudio son las prácticas, representaciones y relaciones sociales vinculadas con el ciclo reproductivo humano: la concepción, el embarazo, el parto, la lactancia, la crianza, así como las decisiones de no reproducirse. Este enfoque se distancia de las explicaciones biologicistas y universalistas, y se centra en la forma en que los cuerpos, los géneros, las instituciones, los saberes y los sistemas de poder configuran experiencias situadas de la reproducción.

Desde esta perspectiva, la reproducción no es un hecho exclusivamente biológico, sino un proceso profundamente cultural, político, emocional y moral. Las decisiones y experiencias reproductivas están modeladas por contextos sociales, estructuras de poder, regímenes de conocimiento y formas históricamente situadas de entender el cuerpo, la salud y el género. Así, los cuerpos reproductivos son objeto de intervención médica, a su vez que regulación del estado, de normatividad religiosa, de expectativas familiares y

de disputas morales sobre la ciudadanía, la maternidad y el valor de la vida. En este sentido, la reproducción constituye un terreno estratégico en la producción y reproducción del orden social, en su transformación de la dinámica social, cultural, política y económica. Las luchas por el derecho a decidir, por el reconocimiento de maternidades diversas o por el acceso equitativo a los servicios de salud sexual y reproductiva, revelan cómo las experiencias reproductivas pueden convertirse en actos de resistencia y en catalizadores de cambio social, cuestionando los modelos normativos de género y abriendo posibilidades para reconfigurar las relaciones entre el Estado, la medicina y los sujetos.

El cuerpo en la reproducción. Una perspectiva desde la salud y el poder

Desde la década de 1990, autoras como Emily Martin (2001), Rayna Rapp (1991), Faye Ginsburg (1995) y Margaret Lock (2010) contribuyeron decisivamente a establecer las bases de la antropología de la reproducción, al cuestionar los discursos biomédicos hegemónicos sobre el cuerpo femenino y evidenciar cómo la reproducción se encuentra profundamente imbricada en relaciones de poder múltiples, jerárquicas y contextuales. Emily Martin (2001), por ejemplo, analizó el sesgo de género en las metáforas biomédicas del cuerpo reproductivo, donde el óvulo es representado como pasivo y el espermatozoide como activo, revelando las narrativas científicas que reproducen estructuras patriarcales. Por su parte, Rayna Rapp y Faye Ginsburg (1995) demostraron que las tecnologías reproductivas —como la fertilización asistida o el diagnóstico prenatal— no sólo están

mediadas por el acceso económico, sino también por jerarquías raciales, religiosas y sexuales que condicionan quiénes pueden reproducirse y en qué condiciones.

Estos aportes teóricos coinciden en considerar la reproducción no como un evento meramente fisiológico, sino como un campo de disputa simbólica, política y normativa, donde el cuerpo es tanto vehículo biológico como espacio social profundamente regulado. En este marco, el cuerpo no es una entidad neutra ni prediscursiva, es un terreno en el que se inscriben saberes, normas, regulaciones y valores sociales que lo configuran, limitan o habilitan, especialmente desde las instituciones de salud.

Fundamentado en Michel Foucault (1976), este enfoque entiende que el cuerpo se constituye como objeto privilegiado del poder moderno, siendo gobernado a través de dispositivos biomédicos, normas higienistas, diagnósticos y clasificaciones. En su análisis del biopoder, Foucault explica que los Estados modernos no sólo ejercen poder mediante la prohibición o la represión, sino a través de la administración de la vida. Regulan los nacimientos, clasifican los cuerpos, gestionan los riesgos sanitarios y organizan los modos legítimos de reproducción. En este contexto, la salud se convierte en una tecnología del poder, y el cuerpo — particularmente el cuerpo gestante— en una unidad gestionable, medicalizable y susceptible de intervención constante.

Este poder médico no es únicamente coercitivo, también es productivo, ya que produce categorías diagnósticas, define estándares normativos y moldea subjetividades. En el ámbito reproductivo, esto se expresa en la medicalización del embarazo, la patologización del parto y la institucionalización de la maternidad como un proceso controlado. Las decisiones sobre qué prácticas son “correctas”, qué riesgos son aceptables, qué cuerpos

son “viables” para la reproducción o qué formas de crianza son “óptimas” no se basan exclusivamente en evidencia técnica, sino en relaciones de poder ancladas en ideologías sociales, estructuras de clase, género y condición étnica.

En este sentido, surgen múltiples interrogantes al momento de contextualizar las formas de reproducción y las posibilidades de agencia de los cuerpos gestantes: ¿en qué condiciones pueden ejercer autonomía y en cuáles ésta se ve limitada o negada? Desde esta perspectiva, el enfoque socioantropológico resulta fundamental, ya que permite ir más allá de la comprensión del cuerpo como una variable biológica aislada y situarlo en un contexto social donde siente, experimenta y decide. Sin embargo, estas capacidades no se despliegan en un vacío, sino están profundamente condicionadas por las desigualdades estructurales que atraviesan la vida social. No se trata únicamente de un cuerpo gestante, sino de una persona, una mujer con experiencias, emociones y derechos, entre ellos el derecho a decidir.

En este entramado, el hospital se presenta como un espacio de vigilancia, normalización y disciplinamiento del cuerpo reproductivo. Allí se imponen protocolos estandarizados, muchas veces desvinculados del contexto social o cultural de las usuarias, y se deslegitiman los saberes locales o tradicionales. Este control puede adoptar formas sutiles — como la negación del acompañamiento durante el parto, el uso rutinario de episiotomías o la limitación de la movilidad—, o manifestarse como violencia obstétrica directa. Estas prácticas, justificadas por una lógica biomédica de eficacia y riesgo, refuerzan desigualdades existentes al privilegiar ciertos cuerpos (blancos, urbanos, heterosexuales, de clase media) y al marginalizar a otros considerados “vulnerables”

o “ignorantes”, como los de mujeres indígenas, rurales, adolescentes, migrantes o desplazadas.

Desde esta perspectiva, el cuerpo desde la salud no se cura o se protege únicamente, sino que se interviene, se vigila, se disciplina y se norma. En condiciones de desigualdad estructural, los servicios de salud pueden convertirse también en espacios de exclusión, castigo simbólico o violencia institucional. La salud deja de ser un derecho garantizado universalmente y pasa a ser un instrumento de gobierno diferenciado, que regula los modos legítimos de ser madre, de parir, de cuidar.

No obstante, el cuerpo también es un espacio de resistencia, agencia y resignificación. Muchas mujeres y comunidades reconfiguran las prácticas biomédicas, articulan saberes tradicionales y disputan el control sobre la reproducción (Morales, 2021). Estas resistencias cuestionan el poder médico-institucional, y además proponen otros modos de cuidar, de parir y de vivir la maternidad desde lo comunitario, lo afectivo y lo situado. Tal como se observa en los trabajos de Freyermuth (2005) y Morales (2021), las decisiones maternas en comunidades indígenas no responden únicamente a mandatos biomédicos o estatales, sino que están profundamente imbricadas en contextos de desigualdad social, relaciones de poder y formas locales de entender el cuerpo y la vida. A través de una aproximación etnográfica, estas autoras muestran a las mujeres negociando sus experiencias reproductivas entre múltiples regímenes de saber, desde la medicina tradicional hasta la institucional, resignificando así el ejercicio de su autonomía y reafirmando sus prácticas culturales frente a estructuras históricamente excluyentes.

La socioantropología de la reproducción plantea que el cuerpo femenino no puede ser comprendido únicamente desde una

lógica biológica o médica. En su lugar, se propone una lectura del cuerpo como entidad vivida, encarnada, socialmente producida y políticamente regulada. Esta mirada crítica permite reconocer que la reproducción es un proceso fisiológico, y una práctica atravesada por relaciones de poder, normas culturales y tecnologías institucionales que configuran de forma diferencial los cuerpos gestantes.

Autores como Margaret Lock y Judith Farquhar (2007) han destacado que el cuerpo debe entenderse como un “hecho local”, es decir, como una construcción situada en contextos históricos y culturales específicos. En el caso de los cuerpos reproductivos, esto implica considerar a las distintas sociedades que configuran el significado del embarazo, el parto, la fertilidad o la esterilidad, y cómo esas configuraciones están marcadas por relaciones de género, clase, etnicidad y moralidad.

Desde la perspectiva de la antropología del cuerpo, Nancy Scheper-Hughes (2005) y Margaret Lock (1987) propusieron el concepto de tres cuerpos: el cuerpo individual (vivido), el cuerpo social (como símbolo del orden colectivo) y el cuerpo político (como objeto de regulación institucional). Esta tríada permite pensar cómo el cuerpo reproductivo femenino es, al mismo tiempo, territorio de experiencia, símbolo colectivo y blanco de intervención estatal y médica. En este marco, la reproducción se convierte en una interfaz donde convergen proyectos familiares, morales, nacionales y biomédicos, en tensión constante.

Cuerpos medicalizados. Entre la normalización y la tutela

La medicalización de la reproducción implica la utilización de tecnologías médicas (ecografías, cesáreas, exámenes genéticos), además de la normalización de discursos y prácticas que definen la manera de vivirse y controlarse el proceso reproductivo. Autores como Peter Conrad (2007) han mostrado que la medicalización implica una transformación de experiencias sociales en problemas médicos, lo que redefine los límites entre lo normal y lo patológico. En el caso de la reproducción, esto significa que el embarazo es tratado rutinariamente como un estado de riesgo, lo que justifica su monitoreo permanente, incluso en ausencia de complicaciones (Morales, 2021)

La medicalización, sin embargo, no es un proceso unívoco ni completamente impuesto. Diversas investigaciones han evidenciado su carácter ambivalente. Mientras que en algunos contextos puede significar acceso a una atención profesional y reducción de riesgos obstétricos, en otros puede traducirse en intervenciones innecesarias, desautorización de saberes locales o violencia simbólica (Morales, 2021). En este sentido, la obra de Thomas Csordas (1994) resulta clave al proponer el cuerpo no como objeto, sino como lugar de experiencia y percepción, subrayando que toda intervención técnica sobre el cuerpo también es una intervención sobre el mundo vivido.

Por su parte, la filósofa Judith Butler (1993) ha contribuido desde los estudios de género a comprender cómo el cuerpo —especialmente el femenino— está constituido por normas performativas que regulan qué se considera un cuerpo legítimo, saludable, reproductivo o deseable. Estas normas son

reforzadas por los discursos médicos, que establecen formas hegemónicas de gestación, maternidad y cuidado, excluyendo otras experiencias corporales que no se ajustan al modelo biomédico o heteronormativo.

Desde la perspectiva de Judith Butler, la maternidad se entiende como un instinto natural inherente a las mujeres, pero además como una construcción social y política producida a través de la reiteración de normas, discursos y prácticas que definen qué significa “ser mujer” y cómo debe vivirse la reproducción. En este sentido, la maternidad opera como una práctica performativa, es decir, como un efecto de la repetición constante de mandatos sociales que, al naturalizarse, generan la ilusión de una esencia femenina ligada de manera “natural” al cuidado, la reproducción y la abnegación. Esta lógica reduce a las mujeres a su función reproductiva y legitima formas de control, regulación y violencia sobre sus cuerpos, particularmente en contextos institucionales como el sistema de salud.

Butler sostiene que el género no es una identidad fija ni una expresión de una naturaleza previa, sino el resultado de actos reiterados que se inscriben en el cuerpo y producen subjetividades inteligibles dentro de un marco normativo específico (Butler, 1990; 1993). Así, el “ser mujer” y el “ser madre” no preexisten a las normas, sino que se constituyen a través de ellas. La maternidad, en tanto ideal normativo, se articula con un régimen heteronormativo y patriarcal que prescribe quiénes pueden o deben maternar, y cómo deben hacerlo, bajo qué condiciones y con qué prácticas consideradas legítimas.

Desde esta perspectiva, el cuerpo gestante se convierte en un territorio regulado por múltiples dispositivos de poder que definen qué cuerpos son considerados reproductivamente válidos,

saludables o deseables. Los discursos médicos desempeñan un papel central en este proceso, al establecer modelos hegemónicos de gestación, parto y cuidado que refuerzan una visión biologicista y normativa de la maternidad. Estas normas prescriben conductas, producen exclusiones, y quedan fuera del marco de lo inteligible aquellas experiencias corporales y maternidades que no se ajustan al ideal biomédico, heterosexual, blanco, urbano y de clase media.

En este sentido, la medicalización de la reproducción puede entenderse como una tecnología de género que, al tiempo que promete cuidado y seguridad, refuerza jerarquías y desigualdades al deslegitimar saberes, prácticas y decisiones de las mujeres sobre sus propios cuerpos. La performatividad de la maternidad se materializa así en prácticas cotidianas —controles prenatales estandarizados, protocolos hospitalarios, juicios morales sobre el “buen” o “mal” ejercicio de la maternidad— que disciplinan el cuerpo gestante y limitan su agencia, especialmente en contextos marcados por desigualdades sociales, étnicas y territoriales.

No obstante, Butler también subraya que la performatividad no implica una reproducción mecánica de las normas, sino que abre la posibilidad de su resignificación. Al reconocer que las identidades y prácticas maternas son producidas, y no naturales, se habilita un campo de disputa desde el cual las mujeres y los cuerpos gestantes pueden cuestionar, subvertir o reconfigurar los mandatos hegemónicos sobre la maternidad. Esta lectura resulta clave para un enfoque socioantropológico crítico de la salud reproductiva, ya que permite visibilizar la maternidad como un espacio de control, como un terreno potencial de resistencia, agencia y transformación social.

En este sentido, Morales (2021) señala el proceso de la maternidad profundamente medicalizado, es decir, intervenido por múltiples prácticas, discursos y saberes biomédicos. La medicalización no sólo afecta al cuerpo gestante, sino que abarca a todos los actores involucrados en la reproducción —personal médico, parteras, familiares, instituciones—, quienes operan bajo marcos regulativos de la biomedicina. No obstante, Morales también advierte que muchos discursos actuales sobre la desmedicalización, lejos de romper con la lógica biomédica, están entrelazados con procesos de mercantilización de la salud. De esta forma, prácticas que aparentan ofrecer mayor autonomía o naturalización del parto pueden insertarse en circuitos de consumo que refuerzan desigualdades y reproducen formas sofisticadas de control sobre los cuerpos gestantes.

Esta tensión entre medicalización, desmedicalización y mercantilización, adquiere una dimensión aún más compleja en contextos de violencia estructural, pobreza y exclusión territorial como los que atraviesan muchas comunidades indígenas en Chiapas. En estos escenarios, las mujeres enfrentan múltiples obstáculos para acceder a servicios de salud dignos y, a menudo, deben negociar sus decisiones reproductivas entre presiones institucionales, precariedad económica y redes de cuidado comunitario. La imposición de un modelo biomédico universal, desconectado de los saberes locales y de las condiciones materiales de vida, puede agravar la vulnerabilidad de las mujeres, especialmente de aquellas que han sido desplazadas por la violencia.

Responsabilización de los cuerpos gestantes desde la normatividad de género

La medicalización también está asociada a un proceso de responsabilización diferencial del cuerpo gestante, donde las mujeres son colocadas en el centro del deber de cuidar, proteger y optimizar la salud fetal, no como una elección autónoma, sino como un mandato que se deriva de su posición de género. En este contexto, se espera que las mujeres ejerzan una vigilancia constante sobre su dieta, actividad física, emociones y adherencia al seguimiento médico. Esta carga se configura como una norma socialmente impuesta, que responde a estructuras de género que atribuyen a las mujeres la responsabilidad exclusiva del embarazo y la maternidad.

Este fenómeno puede entenderse como parte de las formas contemporáneas de gubernamentalidad biopolítica, en las que el control sobre los cuerpos no se ejerce únicamente a través de la coerción institucional, sino también mediante mecanismos de autocontrol y normatividad internalizada, donde el deber del autocuidado se convierte en un mandato de género.

Investigadoras como Veena Das (2006) y Sylvia Yanagisako (2002) han demostrado que estas formas de responsabilización de los cuerpos gestantes no operan en un plano abstracto o universal, sino que se experimentan de manera concreta en contextos atravesados por la pobreza, la exclusión institucional, la violencia de género y el racismo estructural. En estos marcos, la familia emerge como una unidad clave donde se reproducen y negocian estas formas de control y responsabilización, pues es en la vida cotidiana familiar donde se entrelazan las presiones

sociales, culturales y económicas que configuran las decisiones reproductivas y el cuidado del cuerpo gestante.

Las normas de género y las desigualdades estructurales imponen a las mujeres —especialmente aquellas que son racializadas, empobrecidas o desplazadas— una carga desproporcionada sobre el cuidado reproductivo, responsabilidad que se vive, negocia y resiste dentro de las relaciones familiares y comunitarias. Estos cuerpos no son tratados por los sistemas médicos como sujetos plenos de derecho, sino más bien como cuerpos-vigilados, cuerpos-riesgo o cuerpos subordinados al control estatal y biomédico. Bajo estas lógicas, el cuerpo gestante se convierte en un territorio de intervención constante, donde se articulan el control institucional, la vigilancia social y la autogestión forzada del riesgo, en nombre de una supuesta protección de la salud materna e infantil.

Esta dinámica revela cómo la biopolítica opera de forma diferenciada, haciendo que algunas vidas sean objeto de cuidado y otras de sospecha, disciplina o negligencia, según jerarquías de clase, raza, género y territorio, mientras que en la cotidianidad familiar se viven, resisten y resignifican estas formas de control y cuidado reproductivo.

El cuerpo como resistencia y agencia situada

Frente a estas formas de control y normalización, la socioantropología enfatiza que los cuerpos femeninos no deben entenderse como objetos pasivos sometidos a la biomedicina o a las instituciones. Retomando a Michel de Certeau (1980), se reconoce que las mujeres despliegan prácticas de resistencia micropolítica en

la vida cotidiana, mediante las cuales reinterpretan, negocian o subvierten las normas biomédicas y sociales. Dichas resistencias se expresan en múltiples dimensiones: desde la búsqueda de partos alternativos y el acompañamiento de parteras, hasta la defensa de saberes tradicionales, la desobediencia institucional o la articulación colectiva en torno a la justicia reproductiva. La atención a la cotidianidad permite entender que estas acciones no son excepcionales, sino estrategias situadas que surgen en contextos específicos de desigualdad, violencia estructural y exclusión social.

Desde la perspectiva de la biopolítica foucaultiana, los cuerpos se convierten en espacios donde el poder se ejerce y se negocia constantemente, y los estudios de género muestran cómo la autonomía reproductiva se disputa en el cruce entre normas institucionales y saberes locales. En este sentido, el cuerpo gestante no sólo es un espacio de regulación, sino también de memoria, deseo, conflicto y acción. Su estudio exige una mirada que contemple la pluralidad de experiencias, la heterogeneidad de los saberes y las disputas que se juegan alrededor del derecho a decidir, del acceso a un cuidado digno y de la autonomía sobre la vida corporal, siempre situada en contextos concretos donde la historia, la cultura y la estructura social modelan las posibilidades de acción.

Aportes desde la sociología. Reproducción social, género y poder

Desde la sociología, el análisis de la salud y la reproducción ha permitido comprender que los procesos biológicos no pueden

separarse de las estructuras sociales que los producen, regulan y dotan de significado. En este sentido, la sociología médica emerge como un campo clave para problematizar las relaciones entre salud, enfermedad y organización social, especialmente a partir de la segunda mitad del siglo XX. Su desarrollo en los Estados Unidos, después de la Segunda Guerra Mundial, estuvo marcado por un fuerte interés en identificar la influencia de los factores socioculturales en la enfermedad, particularmente en el ámbito de la salud mental, en un contexto de profundos cambios sociales y de creciente intervención estatal en el campo de la salud (Cockerham, 2013).

Uno de los primeros aportes teóricos relevantes proviene de Talcott Parsons quien, desde una perspectiva funcionalista, analizó la práctica médica moderna como una institución social orientada a garantizar el orden y la estabilidad del sistema social. Al introducir los conceptos de “rol del enfermo” (*sick role*) y “rol del médico”, Parsons planteó que la enfermedad constituye una forma de desviación social que requiere ser gestionada mediante normas y expectativas socialmente compartidas, asignando a la medicina un papel central en la regulación de los cuerpos y las conductas. Desde esta mirada, la salud se concibe como un prerequisite funcional para el adecuado desempeño tanto del individuo como de la sociedad en su conjunto (Parsons, 1951).

Posteriormente, Robert Straus amplió este enfoque al distinguir entre la sociología en la medicina y la sociología de la medicina, diferenciación que permitió complejizar el análisis del campo sanitario. Mientras la primera se orienta a estudiar los factores sociales que inciden en problemas específicos de salud y enfermedad en colaboración con los profesionales sanitarios, la segunda centra su atención en

la práctica médica como fenómeno social, analizando sus estructuras organizativas, normas, valores y relaciones de poder. Esta distinción resultó fundamental para consolidar una mirada crítica sobre el campo médico, entendiendo los escenarios de atención como espacios donde se producen y reproducen desigualdades sociales (Straus, 1957).

A partir de la década de 1980, las ciencias sociales comenzaron a ocupar un lugar más consolidado dentro del campo de la salud, reconociéndose progresivamente el valor de la sociología por sus aportes teóricos y su capacidad metodológica para el análisis de los determinantes sociales de la salud. Este desplazamiento permitió ampliar la comprensión de los procesos de salud-enfermedad-atención, incorporando dimensiones como la clase social, el género, la etnicidad y el territorio como ejes fundamentales de análisis (Mechanic, 1995; Cockerham, 2013).

En el ámbito específico de la reproducción, la sociología crítica ha contribuido de manera decisiva al mostrar que ésta no se limita a los procesos fisiológicos asociados a la procreación, sino que constituye un fenómeno social estrechamente vinculado a la reproducción de las estructuras sociales. Desde esta perspectiva, la reproducción biológica se encuentra imbricada con la reproducción social, entendida como el conjunto de mecanismos mediante los cuales las desigualdades, jerarquías y normas sociales se mantienen o se transforman a lo largo del tiempo (Giddens, 1998).

Los aportes de Pierre Bourdieu y Jean-Claude Passeron resultan centrales para comprender este proceso. Al analizar el papel de las instituciones educativas, culturales y familiares, estos autores sostienen que dichas instancias han transmitido conocimientos o valores que funcionan como dispositivos de

legitimación simbólica que naturalizan las desigualdades sociales. A través de este proceso, las diferencias de clase y capital cultural se presentan como resultado del mérito individual, ocultando las condiciones estructurales que las producen (Bourdieu & Passeron, 1970).

Bourdieu amplía este análisis al introducir el concepto de *habitus*, entendido como un sistema de disposiciones incorporadas que orientan las prácticas y percepciones de los sujetos. En el campo de la salud y la reproducción, el *habitus* permite comprender cómo las formas de vivir un embarazo, ejercer la maternidad o tomar decisiones reproductivas están profundamente condicionadas por las condiciones materiales y simbólicas en las que se desarrollan las trayectorias de vida. De este modo, prácticas que suelen presentarse como elecciones personales se revelan como el resultado de estructuras sociales que operan de maneras muchas veces invisibles, pero altamente eficaces (Bourdieu, 2002).

Desde esta perspectiva, la reproducción se configura como un espacio privilegiado para observar la articulación entre cuerpo, género y poder. Las normas sociales que regulan la maternidad, el cuidado y la crianza se inscriben en los cuerpos y contribuyen a la reproducción de un orden social que asigna roles diferenciados y jerarquizados, particularmente a las mujeres. La sociología, al poner en evidencia estas dinámicas, permite desnaturalizar los procesos reproductivos y comprenderlos como prácticas socialmente situadas, atravesadas por relaciones de poder que producen desigualdades y limitan las posibilidades de agencia de ciertos grupos sociales.

Clase, familia y reproducción de capitales

La socióloga Annette Lareau (2003), en su influyente estudio *Unequal Childhoods*, analizó cómo las estrategias de crianza difieren según la clase social en Estados Unidos. Identificó que las familias de clase media tienden a desarrollar una lógica de *concerted cultivation* (cultivo concertado), caracterizada por el fomento de habilidades verbales, pensamiento crítico y capacidades de negociación con figuras de autoridad. En contraste, las familias trabajadoras y empobrecidas suelen adoptar una estrategia que Lareau denomina *accomplishment of natural growth* (crecimiento natural), basada en el respeto a la autoridad, el juego autónomo y una mayor independencia cotidiana.

Estas diferencias no son meras variaciones culturales, sino que reflejan y reproducen desigualdades estructurales. Los niños y niñas de clase media ingresan al sistema educativo con un conjunto de disposiciones y capitales culturales que son valorados institucionalmente —como la expresión verbal fluida, la capacidad de argumentación o la familiaridad con las normas escolares—, mientras que las prácticas de otros grupos sociales son frecuentemente desvalorizadas, invisibilizadas o interpretadas como déficit.

Desde América Latina, diversos estudios han problematizado estas dinámicas de crianza a partir de realidades marcadas por la estratificación social, el racismo y la violencia estructural. Investigadoras como Rossana Reguillo (2000) han mostrado cómo las infancias urbanas populares enfrentan una constante tensión entre el afecto familiar, la autonomía cotidiana y la presión de contextos violentos que moldean sus procesos de socialización.

En el ámbito mexicano, autoras como Infante y Martínez (2016) han analizado cómo las prácticas de crianza en contextos rurales e indígenas están atravesadas por relaciones intergeneracionales de cuidado, economía moral y saberes comunitarios, que muchas veces entran en conflicto con los discursos institucionales sobre la “buena crianza”.

Estos estudios revelan que la vida familiar es un espacio de transmisión de normas, además de disputa y resignificación de valores, afectos y formas de autoridad. La crianza se convierte así en un terreno donde se entrecruzan las expectativas estatales, las condiciones materiales de vida y las resistencias cotidianas, constituyendo un lugar clave en la reproducción —pero también en la transformación— de las estructuras sociales.

Género y socialización temprana

Desde una perspectiva feminista, autoras como Elena Gianini Belotti (1973), en *Dalla parte delle bambine* (Del lado de las niñas), analizaron cómo la socialización temprana impone normas de género desde la infancia, moldeando la forma en que las niñas aprenden a ocupar un lugar subordinado en la estructura social. La autora mostró cómo, desde los primeros meses de vida, niñas y niños reciben mensajes diferenciados que afectan su autoestima, su relación con el cuerpo y sus aspiraciones futuras.

Estas investigaciones son fundamentales para la socioantropología de la reproducción, ya que articulan el orden simbólico del género con los procesos cotidianos de crianza, atención materna y transmisión de valores. La maternidad no es sólo una función biológica ni una elección individual, es

también una institución social que reproduce roles de género, divisiones del trabajo y expectativas sobre lo que significa ser mujer, madre o cuidadora.

Reproducción y políticas públicas

El análisis sociológico también ha abordado el papel del Estado y las políticas públicas en la regulación de la reproducción. Desde la teoría del gobierno biopolítico, inspirada en Michel Foucault, se ha explorado cómo las instituciones regulan los cuerpos y las poblaciones a través de políticas de natalidad, salud reproductiva, subsidios o criminalización del aborto. La reproducción se convierte, en este sentido, en un asunto de interés estratégico para el Estado, pues de ella dependen tanto la fuerza laboral como la reproducción del orden social.

Autoras como Dorothy Roberts (1997) han mostrado, en el contexto estadounidense, cómo el control reproductivo ha operado de forma racializada y clasista, a través de políticas que han criminalizado o restringido los derechos reproductivos de mujeres negras y latinas. De manera similar, en América Latina se ha denunciado la esterilización forzada de mujeres indígenas o rurales como una forma extrema de violencia institucional y eugenesia contemporánea.

Estos aportes sociológicos permiten entender que la reproducción involucra decisiones individuales o saberes culturales, así como intervenciones estatales, disputas ideológicas y estructuras de dominación. La reproducción, entonces, es un campo donde se articulan lo íntimo y lo político, lo corporal y lo estructural.

Debates contemporáneos. Justicia reproductiva, parentalidades y contextos de violencia

En las últimas décadas, la socioantropología y la sociología crítica de la reproducción han incorporado nuevas preguntas y campos de análisis, impulsadas por los movimientos feministas, las luchas por los derechos sexuales y reproductivos, y el reconocimiento de las múltiples formas de familia y maternidad. Estos debates permiten trascender visiones biologicistas o centradas exclusivamente en la maternidad femenina tradicional, para abrir el campo a las experiencias de diversidad, exclusión y resistencia en torno a la reproducción.

Justicia reproductiva y derecho a decidir

El paradigma de la justicia reproductiva, formulado por organizaciones feministas negras y latinas en Estados Unidos como *SisterSong*, articula los derechos sexuales y reproductivos con las condiciones sociales, económicas, culturales y políticas necesarias para ejercerlos de manera efectiva. No se trata únicamente de tener acceso a métodos anticonceptivos o a servicios de aborto legal, sino de garantizar que todas las personas —especialmente aquellas históricamente marginadas— puedan decidir si tener hijos, cuántos, cuándo y en qué condiciones.

Desde esta perspectiva, la reproducción no puede separarse de fenómenos estructurales como el racismo, la pobreza, la violencia, el acceso desigual a la salud, la educación y la justicia. Las

desigualdades sistémicas limitan las posibilidades reales de ejercer derechos reproductivos, lo que convierte a muchas maternidades en experiencias forzadas, precarias o estigmatizadas. Este enfoque, impulsado principalmente por mujeres negras, latinas, indígenas y de otras comunidades racializadas en los años noventa, surgió como respuesta a la invisibilización de sus realidades en los debates hegemónicos sobre derechos reproductivos. La justicia reproductiva implica tres derechos fundamentales:

1. El derecho a tener hijos si así se desea.
2. El derecho a no tener hijos, incluyendo el acceso a anticonceptivos, a educación sexual integral y al aborto seguro y legal.
3. El derecho a criar a los hijos en condiciones seguras, saludables y con dignidad, libres de violencia, pobreza y discriminación.

En América Latina y México, esta propuesta ha sido enriquecida por los feminismos comunitarios e indígenas, que subrayan que el derecho a decidir también implica decidir en colectivo y desde formas propias de concebir la vida, el cuerpo y la reproducción. Investigadoras como Rosalva Aída Hernández Castillo (2016) y Lorena Cabnal (2010) han denunciado cómo los derechos reproductivos se ven comprometidos tanto por el Estado, como por la violencia patriarcal y colonial dentro de las propias comunidades, donde las mujeres son frecuentemente excluidas de las decisiones sobre sus cuerpos.

Ejemplos concretos de injusticia reproductiva en la región, incluyen:

- La falta de acceso a servicios de salud sexual y reproductiva en territorios rurales o indígenas, pese a que estos derechos están reconocidos formalmente.
- La criminalización del aborto, que afecta con mayor severidad a mujeres adolescentes, empobrecidas o racializadas.
- La negación sistemática de educación sexual integral en escuelas públicas, lo que limita la toma de decisiones informadas y autónomas.
- Casos de violencia obstétrica en hospitales públicos, donde las mujeres indígenas, migrantes o de bajos recursos son maltratadas, medicalizadas en exceso o ignoradas por el personal de salud.

Parentalidades disidentes y diversidades familiares

Los estudios más recientes han problematizado las nociones hegemónicas de familia, maternidad y paternidad, al mostrar que estas categorías no son naturales ni universales, sino construcciones históricas atravesadas por relaciones de poder, género, clase y sexualidad. Cada vez más investigaciones se centran en las experiencias reproductivas y de crianza de personas LGBTIQ+, así como en las configuraciones familiares no nucleares ni heterosexuales, maternidades lésbicas, paternidades trans, familias adoptivas, redes de cuidado entre amistades, tías, hermanas o abuelas cuidadoras.

Dentro de estas experiencias, las maternidades y paternidades conformadas por personas del mismo género

han cobrado relevancia tanto en el debate público como en la investigación académica. Estudios como los de Gabriela Cerruti y Georgina Binstock (2007) en Argentina, o de Norma Mogrovejo (2000) y Ana Amuchástegui (2001 y 2014) en México, documentan los desafíos y resistencias que enfrentan estas familias ante sistemas legales, educativos y sanitarios que siguen privilegiando un modelo heterosexual, nuclear y biologicista. En particular, las maternidades lésbicas no sólo enfrentan discriminación institucional, sino que también deben negociar su lugar como madres legítimas ante contextos sociales donde aún se asocia la crianza con la maternidad biológica heterosexual.

Estas experiencias cuestionan activamente las estructuras normativas del parentesco, la filiación y la ciudadanía reproductiva. Reconocerlas implica abrir el horizonte hacia nuevas perspectivas de familia, donde el eje no es la biología ni la heterosexualidad, sino la agencia, el deseo y el reconocimiento mutuo. Investigaciones como las de Laura Rivas (2020) y Carolina Chávez (2018) plantean las paternidades trans, por ejemplo, reconfiguran las nociones de cuerpo, masculinidad y cuidado, desafiando tanto las nociones conservadoras de género como algunas lógicas biologicistas presentes incluso en espacios progresistas.

Desde América Latina, autoras como Gloria Careaga (2010), Patricia Mercado (2006) y María Luisa Tarrés (2012) han propuesto un replanteamiento profundo de la maternidad y paternidad que recupere la capacidad de las personas de decidir cómo, cuándo y con quién reproducirse —incluso si desean hacerlo o no—, fuera del mandato reproductivo tradicional. Estas parentalidades disidentes desafían las concepciones legales o institucionales de familia,

además de las lógicas neoliberales y patriarcales que siguen asignando el trabajo reproductivo y de cuidado a las mujeres cisgénero, especialmente a las más pobres y racializadas.

Como han señalado Silvia Federici (2010) y Patricia Hill Collins (1990, 2000), el trabajo reproductivo —frecuentemente invisibilizado— sostiene la vida y es el fundamento material de cualquier sociedad, aunque rara vez se reconozca como tal. En contextos latinoamericanos marcados por la desigualdad, el racismo y la exclusión social, las familias disidentes también muestran formas colectivas, creativas y resilientes de reproducción social que resisten y reconfiguran los modelos dominantes de parentesco. En suma, hablar de parentalidades diversas es visibilizar otras experiencias, es afirmar el derecho a construir formas de vida legítimas desde la diferencia, ampliando el campo de lo posible en torno a los vínculos, los cuidados y los cuerpos.

Reproducción en contextos de violencia y desplazamiento

Un campo emergente y crucial en América Latina y otras regiones del sur global es el análisis de la reproducción en contextos de violencia armada, desplazamiento forzado, migración y crisis humanitaria. En estos escenarios, los derechos sexuales y reproductivos se ven profundamente vulnerados, las mujeres enfrentan dificultades extremas para acceder a servicios de salud, sufren violencia sexual utilizada como táctica de guerra o control social, y muchas veces deben maternar en condiciones de inseguridad, pobreza, desarraigo o persecución (Ward & Vann, 2002; Davies & True, 2015;

Freedman et al., 2013; Morales, 2025).

Numerosos estudios han mostrado cómo el embarazo, el parto y la lactancia en contextos de desplazamiento implican riesgos físicos —como la falta de atención obstétrica o el aumento de la morbilidad materna e infantil—, y también rupturas afectivas, transformaciones forzadas de los roles de género, y reconfiguraciones de las redes de apoyo (Schindler, 2020; Gutiérrez & Castañeda, 2017; Carcedo, 2007; Morales, 2025). En este marco, las parteras tradicionales, las redes comunitarias y los saberes locales adquieren un papel fundamental como formas de cuidado alternativo frente al colapso o la ausencia de las instituciones formales de salud (González Montes & Ruiz, 2020; Berry, 2018; Morales, 2025).

En el caso de México, Chiapas constituye un ejemplo paradigmático: mujeres indígenas desplazadas por conflictos agrarios, crimen organizado o violencia estructural han visto gravemente afectado su acceso a servicios reproductivos, mientras que las parteras tradicionales han sido actores clave en la continuidad del cuidado (Morales, 2025). Estas situaciones complejizan las experiencias de reproducción, desbordando los marcos biomédicos convencionales y exigiendo enfoques interseccionales que articulen género, etnicidad, clase, territorio y violencia (Fassin, 2007; Stephen, 2013).

Asimismo, la reproducción en contextos de violencia no puede analizarse sin considerar el papel del Estado, ya sea por su ausencia o por su participación activa en la violencia. Las mujeres desplazadas y sobrevivientes frecuentemente enfrentan instituciones que las revictimizan, que niegan atención o que mantienen lógicas de exclusión racializadas y patriarcales (Butler & Athanasiou, 2013; Rojas Wiesner & Salles, 2010). La

reproducción, en este sentido, es una experiencia biológica o personal, una forma de resistencia, de agencia política y de afirmación de la vida en medio de la adversidad (Morgan & Roberts, 2012; Maffía, 2011).

Estas dinámicas revelan la necesidad de políticas públicas y marcos analíticos que reconozcan la reproducción como un proceso profundamente atravesado por las violencias estructurales y las desigualdades históricas, y que visibilicen las estrategias cotidianas de cuidado, resistencia y resiliencia desplegadas por las mujeres y comunidades afectadas. Realizar estudios sobre reproducción en contextos de violencia y desplazamiento implica enfrentar desafíos complejos tanto metodológicos como éticos. Estas investigaciones se desarrollan en entornos donde las personas han experimentado múltiples formas de pérdida, trauma, exclusión y revictimización, lo que exige una aproximación profundamente sensible, respetuosa y situada. Como señalan autores como Veena Das (2007) y Didier Fassin (2012), en estos escenarios el sufrimiento no siempre es verbalizable o lineal, más bien, se entrelaza con silencios, fragmentos y formas de resistencia cotidiana. Documentar las experiencias reproductivas de mujeres desplazadas o sobrevivientes de violencia requiere registrar datos, comprender lo que está en juego emocional y políticamente en el acto de narrar, callar o recordar.

Además, estos contextos de alta vulnerabilidad obligan a cuestionar las relaciones de poder inherentes al trabajo de campo: ¿quién investiga?, ¿desde dónde?, ¿para qué y para quién se producen los saberes? Las investigadoras feministas latinoamericanas han señalado la necesidad de construir metodologías colaborativas, interseccionales y éticamente comprometidas que no instrumentalicen el dolor ajeno ni reproduzcan las jerarquías co-

loniales del conocimiento (Lugones, 2008; Hernández Castillo, 2015). Esto cobra especial relevancia cuando se trata de mujeres indígenas, migrantes o empobrecidas, cuyas voces han sido históricamente silenciadas o utilizadas sin consentimiento en discursos académicos, políticos o humanitarios.

Asimismo, en muchos casos las condiciones de inseguridad impiden un trabajo de campo continuo o abierto, lo que requiere estrategias adaptativas, alianzas con actores locales —como parteras, promotoras de salud o defensoras comunitarias— y una constante revisión de los marcos de interpretación. La producción de conocimiento en estos contextos no es neutra ni inocente: puede tener consecuencias concretas sobre las personas participantes, sobre las comunidades y sobre los marcos legales e institucionales que las rodean.

Por ello, estudiar la reproducción en contextos de violencia no solo demanda rigor académico, sino una profunda responsabilidad ética y política. Requiere reconocer que, más que obtener respuestas, a veces el trabajo consiste en acompañar procesos, generar espacios de escucha y visibilizar las formas en que las mujeres, aun en medio del despojo, reafirman su derecho a decidir, a cuidar y a resistir.

La etnografía en la socioantropología de la reproducción. Método, enfoque y variantes

La etnografía es uno de los métodos centrales en la socioantropología de la reproducción, y su importancia trasciende la mera recolección de datos para convertirse en un enfoque epistemológico que permite comprender en

profundidad las prácticas, significados y relaciones sociales que configuran los procesos reproductivos. Según Clifford Geertz (1973), la etnografía es “una descripción densa” de la vida social, un intento de interpretar el tejido simbólico que da sentido a las acciones humanas dentro de contextos culturales específicos.

En términos metodológicos, la etnografía implica la inmersión prolongada del investigador en el campo, mediante la observación participante y la interacción directa con los sujetos de estudio, para recoger datos cualitativos ricos y contextuales. Sin embargo, más allá de ser un conjunto de técnicas, la etnografía es también un modo de producción de conocimiento que cuestiona las categorías universales y resalta la importancia de los saberes situados (Haraway, 1988; Marcus, 1995).

Este enfoque se contrapone a los métodos cuantitativos y estandarizados al privilegiar la experiencia vivida, la voz de las personas y la complejidad de los procesos sociales, lo cual es especialmente relevante en el estudio de la reproducción, donde confluyen dimensiones biológicas, culturales, políticas y emocionales.

En la socioantropología de la reproducción, la etnografía adopta diversas modalidades, entre las cuales destacan:

- Etnografía comunitaria. Tradicionalmente, esta forma se enfoca en las prácticas reproductivas dentro de comunidades específicas, ya sean rurales, indígenas o urbanas. Busca comprender cómo se construyen las normas, creencias y rituales en torno al embarazo, el parto y la crianza en contextos culturales particulares (Ortner, 2006).
- Etnografía hospitalaria o clínica. Esta variante

se centra en los espacios biomédicos donde se ejerce el control y la gestión de la reproducción, como hospitales, clínicas y centros de salud. Investigadores como Annemarie Mol (2002) y Sharon Kaufman (2006) han explorado cómo las prácticas médicas, los protocolos institucionales y las interacciones entre pacientes y profesionales configuran la experiencia reproductiva desde una lógica biomédica y administrativa. La etnografía hospitalaria permite revelar las tensiones entre el saber médico y los saberes locales, así como las dinámicas de poder, exclusión y resistencia que se despliegan en estos espacios.

- Etnografía multisituada. Propuesta por George Marcus (1995), este enfoque reconoce que los procesos sociales contemporáneos, incluyendo la reproducción, no se limitan a un lugar físico o cultural en particular. La etnografía multisituada traza las conexiones entre diferentes escenarios —como el hogar, el hospital, la comunidad, los espacios institucionales y virtuales— para captar la complejidad y fluidez de las prácticas reproductivas en contextos globalizados.
- Etnografía visual y digital. Con el avance de las tecnologías, algunos investigadores incorporan métodos que utilizan imágenes, videos y plataformas digitales para documentar y analizar las prácticas reproductivas, ampliando así el campo de observación y las formas de narrar las experiencias (Pink, 2013).

El siguiente cuadro sintetiza algunos de los estudios etnográficos más relevantes realizados en México y América Latina sobre reproducción, maternidad y crianza en contextos indígenas, rurales y urbanos. Estas investigaciones permiten comprender cómo las prácticas reproductivas están profundamente atravesadas por factores culturales, sociales, económicos y políticos, así como por desigualdades estructurales y procesos de resistencia. Además, visibilizan la importancia de los saberes tradicionales, las redes comunitarias y las dinámicas familiares en la configuración de las experiencias reproductivas, aportando enfoques críticos y situados que enriquecen el análisis desde las ciencias sociales y la antropología.

Tabla 1

Cuadro de estudios de reproducción en México y América Latina

Estudio / Autor(es)	Lugar / Contexto	Enfoque etnográfico
Saavedra, Berenzon y Glavan (2017–2019)	Chiapas, comunidades tzeltales	Salud reproductiva, violaciones de derechos
Estudio huichol (2009–11)	Huichol, México	Embarazo, parto, saberes tradicionales
Palomo LRB (2017)	Guerrero, comunidades indígenas	Redes familiares y el lugar de los varones en el cuidado de la salud materna entre mujeres indígenas mexicanas
Violencia obstétrica en México. Smith-Oka et al, 2022.	Distintos sitios públicos	Experiencias vividas de violencia institucional

González Santos (2020)	Clínicas de fertilidad en México	Reproducción asistida, neoliberalización
Historia del parto y la anticoncepción en México. Jaffary (2016)	Historia de la medicina reproductiva en México	Archivo y etnografía histórica
Estudio en La Guajira, Colombia (2025)	Wayuu / afrodescendientes	Interseccional, etnográfico moderno
Etnografía de la fertilidad y la menstruación en el México rural. Castaneda X, 1996	México rural	Bio-cultura, menarquía y fertilidad
La maternidad juvenil: un espejo trizado. Peña (2009)	Chiapas, México	Madres jóvenes, trayectorias de maternidad, salud reproductiva en México.
Trayectorias reproductivas y maternidad de mujeres jóvenes en situación de calle: experiencias de desigualdad y violencia de género. Muñoz (2012)	Ciudad de México	Violencia de género, mujeres jóvenes en situación de calle.
Maternidades flexibles. El caso de las mujeres hondureñas en Frontera. Villanueva (2015)	Frontera Comalapa, Chiapas, México.	Mujeres inmigrantes, maternidad, mujeres hondureñas.
Evolución de la mortalidad materna en Cuba. Cabezas (2006)	La Habana, Cuba	Mortalidad materna, causas de muerte materna, política e intervenciones.

Reproducción y cambio social: prácticas de atención del embarazo, parto y puerperio. Ramírez Pérez (2020).	La sierra mixe-zapoteca, Oaxaca	Mujeres embarazadas. Atención médica. Salud materna. Parteras indígenas.
Situación actual de la partería indígena en seis estados de México. Paola Sesia (2022)	Chiapas, Guerrero. Veracruz, Oaxaca, Quintana Roo y Yucatán.	Maternidad. Partería tradicional. Sector salud. Personal de salud.
Salud materna en Argentina: un análisis de los servicios públicos desde los aportes de la etnografía institucional. Yáñez (2017)	Argentina	Salud materna, etnografía institucional, experiencias corporizadas de mujeres.
Reproducción social doméstica de familias rurales en el contexto semiárido del noreste mexicano. Cano y Chávez (2018)	Ejido de la región sur semiárida de Nuevo León, en el norte de México.	Reproducción social doméstica, familia, trabajo doméstico, epistemología dialéctica, etnografía, pobreza.
Monitoreos, diagnósticos y evaluaciones en salud materna y reproductiva: Nuevas experiencias de contraloría social Freyermuth y Sesia (2013)	México	Salud Materna (SM) y la Salud Reproductiva
La muerte materna. Acciones y estrategias hacia una maternidad segura. Freyermuth y Sesia (2009)	México	Muerte materna y maternidad segura

Calidad de la atención obstétrica, desde la perspectiva de derechos, equidad e interculturalidad en centros de salud en Oaxaca. Sachse, et al., 2012	Oaxaca, México	Primer nivel de atención, calidad, embarazo, parto, puerperio y derecho a la salud.
25 años de buenas prácticas para disminuir la mortalidad materna en México. Freyermuth (2015)	México	Salud productiva, madres, mortalidad materna, parteras.
Maternidad: un proceso con distintos matices y construcción de vínculos. Cáceres-Manrique et al., 2014	Bogotá, Colombia	Embarazo, mujeres embarazadas, bienestar materno, atención prenatal, enfermería materno-infantil.
La medicalización y la autonomía: etnografía de experiencias maternas en Chiapas. Morales (2019)	San Cristóbal de Las Casas, Chiapas.	Medicalización en el embarazo, parto y puerperio
El estudio de la maternidad y la violencia como parte de la salud reproductiva. Márquez (2009)	Estado de México	Transmisión sexual, menopausia, planificación familiar, maternidad y violencia. Ginecología y obstetricia.
El riesgo obstétrico y el uso de la cesárea: prácticas y representaciones sociales de un grupo de mujeres del municipio de Zaragoza, Veracruz, que recibieron atención obstétrica en las instituciones públicas de salud. Cortes (2016)	Zaragoza, Veracruz, México	Obstetricia, embarazo, complicaciones y trabajo de maternidad.

Sobadas, temazcales y ecografías: una etnografía de la atención y la medicalización del embarazo, parto y puerperio en dos localidades del Valle de Tlacolula, Oaxaca. Alavez (2020)	Valle de Tlacolula, en el estado de Oaxaca –Teotitlán del Valle y San Francisco Lachigoló	Procesos de atención al embarazo, parto y puerperio. Prácticas de atención en la salud materna.
--	---	---

Este capítulo ha puesto de manifiesto la riqueza y complejidad que aporta la socioantropología de la reproducción al estudio de los procesos reproductivos humanos, al situarlos en un cruce entre cuerpo, género, poder y salud desde una perspectiva crítica, interdisciplinaria y situada. Se ha argumentado que la reproducción no puede entenderse solamente en términos biológicos o médicos, sino que debe ser abordada como una práctica social e histórica profundamente influida por regímenes de saber y dispositivos de poder.

Un aporte central de esta mirada es la valorización del cuerpo femenino como un fenómeno biológico, además de un espacio donde se inscriben múltiples dimensiones sociales y políticas. Desde el análisis foucaultiano del biopoder, el cuerpo reproductivo se presenta como un campo estratégico para la administración y regulación de la vida, donde las políticas, tecnologías y discursos biomédicos configuran posibilidades, limitaciones y desigualdades en el ejercicio reproductivo.

El capítulo también ha evidenciado cómo la medicalización de la reproducción responde a lógicas que van más allá del criterio técnico o sanitario, manifestándose como formas de control social y desautorización del conocimiento local, especialmente en contextos de desigualdad. Sin embargo, no debemos perder de vista que el cuerpo es también un sujeto de agencia y resistencia,

donde emergen prácticas cotidianas, saberes tradicionales y luchas por la justicia reproductiva que resignifican la maternidad, la crianza y la experiencia reproductiva misma.

Además, la inclusión de la sociología crítica ha permitido vincular la reproducción biológica con la reproducción social, mostrando cómo desigualdades estructurales de clase, género, etnia y generación influyen decisivamente en quién puede reproducirse y cómo se vive la maternidad y el cuidado. Los conceptos de *habitus*, capital social y estructuras de dominación aportan un marco teórico sólido para comprender estas dinámicas.

Finalmente, se destaca la importancia de la etnografía como herramienta epistemológica y metodológica que posibilita el acceso a las experiencias vividas, las tensiones y las contradicciones entre norma y subjetividad. Esta perspectiva etnográfica es fundamental para visibilizar y comprender dimensiones que permanecen ocultas en los discursos oficiales y biomédicos.

Capítulo 2

Experiencias de reproducción. Concepción, embarazo, parto, lactancia y decisión de no reproducirse

Este capítulo aborda las experiencias reproductivas desde una perspectiva situada, interseccional y crítica, que rechaza la visión lineal, universal y biológica de la reproducción humana. Lejos de constituir una trayectoria homogénea —concepción, embarazo, parto, lactancia y crianza—, la reproducción es un proceso profundamente heterogéneo, moldeado por relaciones de poder, condiciones estructurales, saberes locales y decisiones subjetivas. En este sentido, se reconoce que no hay una sola forma de “reproducirse”, sino múltiples formas de experimentar, asumir, resistir o rechazar la reproducción.

Para aportar evidencia empírica sobre estos procesos, este capítulo se fundamenta en trabajos de campo realizados entre 2019 a 2025, principalmente en el estado de Chiapas. Durante este periodo, se recopilaron diversas experiencias de mujeres en distintos contextos sociales y culturales, así como entrevistas

con parteras tradicionales y profesionales de la salud. Esta metodología etnográfica permite dar cuenta de las condiciones estructurales que moldean la reproducción, así como de las resistencias, negociaciones y resignificaciones que emergen en los territorios, aportando una mirada situada y crítica a las múltiples realidades reproductivas.

Las experiencias que aquí se presentan surgen de voces diversas —mujeres indígenas, mujeres desplazadas, mujeres jóvenes y adultas, parteras tradicionales, profesionales de salud, mujeres que decidieron no reproducirse— y permiten visibilizar cómo las prácticas reproductivas están atravesadas por desigualdades de género, clase, etnia, edad, geografía, acceso a servicios de salud y condiciones de vida. Estas desigualdades se expresan tanto en las posibilidades materiales para ejercer un derecho como en las violencias que estructuran las decisiones y experiencias de embarazo, parto o no maternidad.

Desde una perspectiva feminista y decolonial, la reproducción no se concibe como un hecho natural sino como un campo de disputa simbólica, política y biopolítica. Tal como lo han planteado autoras como Foucault, Butler, Haraway o Gutiérrez-Rodríguez, la reproducción es también una tecnología de gobierno sobre los cuerpos y las poblaciones: lo que se espera de las mujeres (ser madres), cómo se disciplinan los cuerpos gestantes (a través de discursos médicos y religiosos), quién puede decidir cuándo reproducirse (y quién no), y bajo qué condiciones. El cuerpo reproductivo, entonces, se convierte en un espacio de negociación entre autonomía, deseo, normas sociales, instituciones y políticas públicas.

Este capítulo analiza cinco dimensiones del proceso reproductivo: la concepción (y las formas de entender y controlar la

fertilidad); el embarazo (con sus significados sociales, afectivos y médicos); el parto (como experiencia corporal y como evento institucionalizado); posparto y la lactancia (como práctica biocultural, atravesada por discursos normativos y resistencias locales); y la decisión de no reproducirse (como ejercicio de autonomía que desafía el mandato materno). En todos los casos, se privilegia la escucha de las voces de las mujeres y personas gestantes, así como el análisis de las condiciones sociales que habilitan o restringen sus decisiones.

La decisión de no tener hijas o hijos, en particular, se explora no sólo como una elección personal sino como una forma de resistencia frente a la normalización de la maternidad como destino femenino. Al visibilizar los relatos de quienes deciden no reproducirse —por razones económicas, emocionales, políticas, sexuales o existenciales—, se abre el análisis hacia la reproducción como territorio de disputa: entre deseo y obligación, entre derecho y moral, entre libertad y control.

El material testimonial utilizado en este capítulo procede de dos fuentes diferenciadas. Por un lado, se emplean exclusivamente cinco entrevistas realizadas en el marco de la tesis doctoral *La medicalización y la autonomía: etnografías de experiencias maternas en Chiapas* (2019), las cuales se retoman de manera selectiva para profundizar en las temáticas aquí analizadas. Por otro lado, se incorporan registros etnográficos y entrevistas realizadas por la autora en distintos trabajos de campo desarrollados entre 2019 y 2025. Esta delimitación metodológica permite precisar el origen de los testimonios y garantizar la trazabilidad analítica de los datos utilizados.

En suma, este capítulo busca desnaturalizar los procesos reproductivos y visibilizar sus múltiples trayectorias, disputas,

sentidos y afectos. A través de un enfoque etnográfico y analítico, se propone una comprensión ampliada de la reproducción, donde lo reproductivo no se reduce a la capacidad biológica de engendrar, sino que se inscribe en los entramados culturales, históricos y políticos que regulan la vida, los cuerpos y los futuros posibles.

Concepción. Creencias, tecnologías y disputas morales

La concepción, entendida como el inicio potencial del proceso reproductivo, ha sido históricamente un fenómeno cargado de significados simbólicos, religiosos y políticos. En muchas culturas, representa la continuidad de la vida, la realización de la maternidad y el cumplimiento de expectativas familiares y sociales. Sin embargo, en las últimas décadas, la aparición y desarrollo de las Tecnologías de Reproducción Asistida (TRAs) han transformado radicalmente esta experiencia, desplazándola de los espacios íntimos y privados hacia el ámbito biomédico y comercial.

De acuerdo con el informe más reciente de la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2023), la infertilidad afecta aproximadamente al 17.5% de los adultos en el mundo, es decir, alrededor de uno de cada seis personas. Este dato evidencia la magnitud del problema y la urgente necesidad de ampliar el acceso a servicios de atención para la infertilidad que sean asequibles, accesibles y de calidad. La prevalencia de esta condición muestra pocas variaciones entre regiones geográficas o niveles de ingreso, afectando por igual a países de altos, medios y bajos recursos, lo que la convierte en un asunto global de salud pública.

El director general de la OMS, Tedros Adhanom Ghebreyesus ha destacado que “la infertilidad no hace distinciones”, subrayando la importancia de incluir esta problemática en las políticas de salud y en los estudios que orientan el diseño de intervenciones efectivas. La infertilidad, definida como la incapacidad para lograr un embarazo después de 12 meses o más de relaciones sexuales regulares sin protección, genera no sólo angustia emocional y social sino también consecuencias económicas y psicosociales significativas (OMS, 2023).

No obstante, pese a la gravedad y prevalencia del problema, los tratamientos disponibles para su diagnóstico, prevención y atención —entre ellos las técnicas de reproducción asistida como la fecundación *in vitro*— siguen siendo poco financiados y escasamente accesibles para la mayoría, debido a sus altos costos, al estigma asociado y a la insuficiente disponibilidad en muchos contextos. En numerosos países, los gastos recaen principalmente en las personas afectadas, lo que en muchos casos representa una carga económica desproporcionada, sobre todo en países de bajos ingresos, donde el costo relativo de estos tratamientos puede empujar a las familias a la pobreza (Martínez et al, 2012; Bourrion, 2022).

Pascale Allotey, directora del Departamento de Salud Sexual y Reproductiva e Investigaciones Conexas de la OMS, enfatiza que millones de personas enfrentan gastos catastróficos para tratar su infertilidad, lo que configura un problema de equidad y justicia social (OMS, 2023). Mejorar las políticas públicas y la financiación permitiría, además de facilitar el acceso a tratamientos, la protección a las familias más vulnerables de caer en situaciones de pobreza.

Por otro lado, el informe destaca también la persistente falta de datos desglosados y confiables sobre infertilidad en diversas regiones, lo que dificulta una comprensión integral del problema y limita la formulación de estrategias adecuadas para su mitigación. Se hace un llamado a los países para mejorar la recolección y análisis de datos que permitan identificar quiénes requieren atención y cómo disminuir los riesgos asociados. Desde una perspectiva socioantropológica, Rayna Rapp (1999) ha señalado que, lejos de democratizar la reproducción, las Tecnologías de Reproducción Asistida reproducen y profundizan desigualdades sociales vinculadas a clase, raza y nacionalidad. Mientras sectores privilegiados pueden acceder a procedimientos como la fecundación *in vitro* o el diagnóstico genético preimplantacional, muchas mujeres, en particular indígenas, pobres o migrantes, son excluidas o incluso sujetas a presiones para no reproducirse. Ejemplos claros de esta violencia reproductiva se observan en América Latina, con casos de esterilizaciones forzadas en Perú y México que evidencian prácticas eugenésicas y de control reproductivo encubierto.

La capacidad reproductiva está influenciada no solo por factores simbólicos y sociales, sino también por múltiples determinantes biológicos, ambientales y del estilo de vida. En este sentido, diversos estudios científicos han identificado que la nutrición, el peso corporal, la actividad física, las exposiciones ambientales, y el consumo de sustancias impactan significativamente en la fertilidad tanto de mujeres como de hombres (CDC, 2023; ASRM, 2015).

En América Latina, donde coexisten profundos problemas de desigualdad social y de acceso a la salud, estas condiciones adquieren particular relevancia. Por ejemplo, la obesidad y el

sobrepeso son problemas crecientes en la región. Según la Organización Panamericana de la Salud (OPS, 2022), cerca del 60% de la población adulta en América Latina presenta sobrepeso u obesidad, condiciones que se vinculan con disfunciones reproductivas como el síndrome de ovarios poliquísticos (SOP) en mujeres y la disminución de la calidad espermática en hombres. La obesidad femenina relacionada con SOP puede ser reversible en parte con una reducción del 5% del peso corporal, mejorando la ovulación y la fertilidad (ASRM, 2015). Por otro lado, tanto el bajo peso como la malnutrición —todavía presentes en sectores vulnerables— afectan negativamente la función ovárica y la capacidad reproductiva femenina (FAO, 2019).

En México, las disparidades en salud reproductiva también se reflejan en las desigualdades regionales y socioeconómicas. Mujeres indígenas, rurales o en situación de pobreza enfrentan barreras para acceder a servicios de salud y tratamientos de fertilidad, mientras que las condiciones ambientales como la contaminación y la exposición a pesticidas agrícolas son preocupaciones emergentes que afectan la fecundidad. Estudios realizados en zonas agrícolas mexicanas han encontrado que la exposición a plaguicidas organoclorados y otros contaminantes persistentes altera los parámetros reproductivos tanto en mujeres como en hombres (Sánchez-Peña et al., 2018; Calderón-Aranda et al., 2021). Estos resultados están en línea con investigaciones internacionales que señalan cómo los contaminantes orgánicos persistentes y las sustancias disruptoras endocrinas (EDC) están asociados con prolongación del tiempo para concebir, abortos espontáneos y alteraciones hormonales (Buck Louis et al., 2014; Diamanti-Kandarakis et al., 2009).

El consumo de tabaco, alcohol y drogas ilícitas, otro factor global que reduce la fertilidad, también representa un problema significativo en América Latina y México, donde los patrones de consumo están influenciados por determinantes sociales, económicos y culturales. En México, aunque las tasas de consumo de tabaco han disminuido en años recientes, persiste su uso en poblaciones jóvenes y vulnerables, con evidencias que relacionan el tabaquismo con reducción en la calidad seminal y alteraciones en la ovulación (CONADIC, 2020; Rivera et al., 2019). La ingesta excesiva de alcohol y el consumo de drogas ilícitas, como la marihuana y cocaína, han sido documentados también como factores que afectan negativamente la fertilidad masculina y femenina en diversos estudios latinoamericanos (Rojas et al., 2017).

En cuanto al acceso a tratamientos de fertilidad, América Latina enfrenta una profunda desigualdad (Bladilo et al., 2017). Las Tecnologías de Reproducción Asistida (TRAs), como la fertilización *in vitro*, están disponibles principalmente para sectores socioeconómicos altos, debido a su alto costo y baja cobertura en los sistemas públicos de salud. En México, por ejemplo, la mayoría de estas técnicas se realizan en clínicas privadas, accesibles para quienes cuentan con recursos económicos suficientes o seguridad social con cobertura especializada (Murguía et al., 2015). Esta situación acentúa la inequidad reproductiva y obliga a muchas parejas a recurrir a métodos no regulados o a tratamientos tradicionales, cuando existen (Rapp, 1999; Morales, 2021).

A pesar de la creciente atención que han recibido algunos aspectos de la salud reproductiva en América Latina, los estudios sobre infertilidad siguen siendo escasos, especialmente en lo que respecta a poblaciones vulnerables como las mujeres indígenas

y rurales. Esta omisión responde en parte a una visión sesgada que asume que en contextos rurales o indígenas la alta fecundidad es la norma, lo que lleva a desestimar la posibilidad de infertilidad entre estas mujeres. En consecuencia, el fenómeno reproductivo es abordado de forma homogénea, ignorando las experiencias de quienes, por diversas razones, enfrentan dificultades para concebir. Esta invisibilización está estrechamente vinculada a estereotipos culturales y raciales que suponen una supuesta “hiperfertilidad” de las mujeres indígenas, y refuerzan jerarquías dentro del campo biomédico, donde las preocupaciones reproductivas de las mujeres urbanas de clase media reciben más atención y legitimidad (González-López, 2020; Inhorn & Patrizio, 2015). Esta ausencia de investigaciones también limita la implementación de políticas públicas inclusivas que reconozcan la infertilidad como un problema de salud reproductiva con consecuencias psicosociales, familiares y comunitarias, sobre todo en contextos donde la maternidad es un valor social central. Abordar la infertilidad en estos grupos requiere visibilizar el problema, y romper con las narrativas hegemónicas que reducen la reproducción a la fecundidad biológica, excluyendo otras vivencias y trayectorias marcadas por el deseo frustrado de tener hijos/as.

Testimonio etnográfico. Fertilización

El caso de *Cielo* —una mujer que, a sus 33 años, decidió embarcarse en un proceso para lograr un embarazo— revela las múltiples capas de desigualdad, violencia simbólica y medicalización que acompañan la búsqueda de la concepción en contextos

contemporáneos. Su historia ilustra las tensiones entre los saberes tradicionales y las prácticas biomédicas, así como las desigualdades de género que marcan el deseo de ser madre.

Inicialmente, Cielo no consideraba necesario acudir a un médico. Confiaba en su salud, usaba infusiones de plantas y creía que concebir era un proceso natural que no requería intervención externa. Sin embargo, tras un año sin lograr embarazo, y en un contexto donde el mandato de la maternidad pesaba, buscó ayuda ginecológica.

Este paso implicó para ella una serie de desafíos como someterse a procedimientos invasivos como la histerosalpingografía, enfrentar el juicio implícito de los especialistas sobre su cuerpo y su peso, y asumir los altos costos de tratamientos hormonales en clínicas privadas. Además, vivió una constante desvalorización de su voz y experiencia. Las ginecólogas priorizaban enfoques tecnocráticos y centrados en la eficiencia biomédica, sin tomar en cuenta sus emociones, su cansancio o sus dudas.

La medicalización del cuerpo de Cielo fue intensa. Combinó fármacos como *omifin*, *metformina*, *bravelle*, *progestal* y *valdecasas*, con dietas y ultrasonidos que exigían una estricta sincronización con su ciclo menstrual. Todo ello ocurrió en un contexto donde debía equilibrar su trabajo, sus emociones y el escepticismo creciente de su pareja. Como ella misma señala:

Me decían que tenía que bajar de peso, pero me estaban llenando de hormonas. No quería dejar de comer, pero me sentía mal cada vez que me decían que no había bajado ni un kilo. Me veía bien, pero ellas no veían lo mismo.

Su pareja, Juan, si bien inicialmente la acompañaba, progresivamente se mostró menos involucrado. Se negó a realizarse estudios, aduciendo que ya tenía hijos y por tanto no era “el del problema”, lo que reproduce la lógica patriarcal que coloca la responsabilidad reproductiva en las mujeres y descarta la posibilidad de infertilidad masculina. A la par, la familia de Cielo —tradicionalista y crítica del rol pasivo de su pareja— presionaba a la joven para que reconsiderara su relación. Todo ello acentuó su desgaste emocional y su soledad en el proceso.

Este testimonio no sólo da cuenta de las barreras económicas y médicas que enfrentan las mujeres que desean embarazarse, sino también de las violencias simbólicas que se manifiestan en la patologización del cuerpo femenino, la desconfianza hacia sus saberes y la omisión de sus afectos. La experiencia de Cielo, lejos de ser una excepción, representa un patrón que viven muchas mujeres en contextos neoliberales, donde la reproducción se convierte en una mercancía costosa, condicionada al cumplimiento de normas biomédicas, estéticas y morales.

Saberes tradicionales, violencia simbólica y resistencias. Entre parteras y ginecólogos

La trayectoria de Cielo para lograr la concepción no sólo se limitó al sistema biomédico. En un momento de agotamiento emocional, económico y afectivo, comenzó a recurrir a saberes tradicionales que circulaban en su entorno familiar y comunitario. Su madre y hermana le recomendaron visitar a parteras, quienes interpretaron su dificultad para concebir a través de nociones

como “frialidad de matriz” o “cadera muy abierta”, y le aplicaron masajes, baños de hierbas y rituales de calentamiento.

Este giro hacia la medicina tradicional no fue improvisado, respondía a una larga historia de conocimientos populares y de género sobre el cuerpo femenino, el útero y la fertilidad. Cielo accedió a estas prácticas desde el deseo y la desesperanza, pero también como una forma de reconfigurar su búsqueda en un espacio menos tecnocrático y más vinculado a lo afectivo y lo espiritual. Su esposo, aunque reacio a los tratamientos médicos, no se opuso a la presencia de las parteras en su hogar, aunque tampoco participó activamente.

La coexistencia entre saberes tradicionales y biomedicina revela los escenarios híbridos de atención a la salud reproductiva. Como muestran diversos estudios antropológicos, las mujeres no siguen caminos lineales de atención, sino que ensayan múltiples opciones, negocian con distintos actores y reformulan constantemente sus decisiones (Menéndez, 1998; Gutiérrez, 2005; Freyermuth, 2009). Cielo no dejó de buscar alternativas, aunque ninguna trajo resultados. Su frustración aumentaba con cada intento fallido.

Género, control del cuerpo y autonomía relativa

La experiencia de Cielo también evidencia los múltiples dispositivos de control que operan sobre los cuerpos femeninos en contextos de reproducción, desde los discursos médicos que patologizan el sobrepeso, hasta las actitudes de su pareja. Juan, sistemáticamente se resistió a que fuera atendida por un

ginecólogo hombre, bajo la idea de que “vería con morbo su vagina”. Esta visión no sólo sexualiza la práctica médica, sino que reinstala el mandato de propiedad del varón sobre el cuerpo femenino.

Sin embargo, Cielo ejerció autonomía relativa. Decidió pagar por su cuenta un tratamiento con un ginecólogo recomendado por amigas, a pesar de las críticas de su esposo. Lo hizo en secreto, sabiendo que habría conflicto. Como ella misma relata: “Me vale un reverendo cacahuete. Siempre le decía: Ultimadamente es mi cuerpo y yo decido.”

Este gesto de agencia no se limita a una acción individual, sino forma parte de un proceso de subjetivación y empoderamiento parcial, que se da incluso en condiciones materiales y afectivas adversas. La autonomía de las mujeres en temas reproductivos es fragmentada y constantemente tensionada por normas sociales, mandatos familiares y restricciones económicas. A lo largo del proceso, Cielo fue diagnosticada con infecciones, sometida a nuevos tratamientos y obligada a modificar su estilo de vida: inició una dieta estricta, se ejercitó a diario y se sometió a un régimen farmacológico exigente, con la expectativa de “mejorar sus condiciones reproductivas”. En ese proceso, recibió críticas por su peso, incluso por parte de su pareja, quien le decía que los medicamentos no surtían efecto porque “su cuerpo era muy gordito”. Tales discursos de control corporal fueron naturalizados incluso por ella misma, quien llegó a justificar: “Para el doctor fue casi una condición. Bajas de peso e iniciamos el tratamiento, no bajas y no iniciamos hasta que vea resultados.”

Aquí se hace visible cómo los mandatos de género y los discursos biomédicos sobre el cuerpo ideal operan como formas

de violencia simbólica (Bourdieu, 1999), que culpabilizan a las mujeres por no ajustarse a parámetros normativos, sin considerar las condiciones sociales que configuran sus vidas.

Redes de apoyo, soledad y resignificación

En medio del desgaste emocional, Cielo se sostuvo en redes informales de apoyo. Su hermana y sus amigas la acompañaban a las consultas, la animaban a continuar, le daban fuerza para no desistir. En contraste, la presencia de su esposo fue irregular y ambigua. Aunque en ocasiones aceptó someterse a estudios, su actitud fue reticente, distante e incluso, violenta: “Siempre tenía que estar negociando con él. Le decía: si lo pudiera hacer sola, ni te molesto.”

El proceso médico incluyó inyecciones de gonadotropinas, ácido fólico, metformina, colposcopías, ultrasonidos y coitos programados. Todo ello exigía planificación, disciplina, recursos económicos y contención emocional. Cielo invirtió tiempo, dinero y energía, aunque muchas veces se sintió sola en esa travesía. La actitud de su familia hacia Juan oscilaba entre el reproche y el deseo de que lo abandonara. Ella misma reconoce: “Mi familia se molestaba porque no lograban entender su comportamiento.”

Pese a ello, Cielo persistió. Decidió seguir adelante con sus tratamientos, asumió los costos simbólicos y materiales, y logró que su esposo finalmente se hiciera los estudios —dos años después de que ella iniciara el proceso—, los cuales resultaron normales. Ese resultado fue un alivio, no sólo por la información médica, sino porque evitaba un conflicto mayor con su familia, que lo responsabilizaba de todo.

Intentos fallidos de inseminación artificial

Para Cielo, la decisión de bajar de peso y cambiar a un ginecólogo hombre reactivó el procedimiento de inseminación artificial, lo que implicó una nueva etapa de tensión emocional y física. La necesidad de convencer a su esposo para que la acompañara a Tuxtla a realizar estudios y a él mismo para que participara en el procedimiento —que incluía la extracción de semen en un laboratorio— fue una fuente constante de conflicto. Juan mostraba una fuerte resistencia basada en ideas tradicionales sobre la masculinidad, manifestadas en frases como: ¿Cómo el hombrecito iba a ir a poner su semen en quién sabe qué?

Este rechazo evidenciaba su negativa a tener otro hijo, y un intento de preservar su identidad masculina, negando “exhibirse” en un contexto clínico. El proceso médico en sí mismo, que implicaba viajes, bloqueos en las carreteras, ayunos, y procedimientos incómodos, se entrelazaba con un ambiente de estrés que aumentaba la carga emocional sobre Cielo.

El procedimiento aplicado fue inseminación artificial con estimulación ovárica guiada por ecografías —aunque Cielo inicialmente confundió este tratamiento con la fertilización *in vitro*—. Esta técnica no resultó exitosa y desencadenó en Cielo sentimientos de fracaso y desánimo, acentuados por la falta de apoyo emocional y la distancia de su pareja. En este contexto, la mujer se enfrentó a la incertidumbre médica, además de la desintegración afectiva de su relación que sufrió múltiples separaciones temporales.

El desgaste económico fue también considerable, pues el tratamiento y medicamentos ascendieron aproximadamente

de 12,000 a 15,000 pesos, además de otros gastos personales. Cielo contó con el respaldo de amigas para sobrellevar la depresión y la frustración, pero el agotamiento físico y emocional la llevó a suspender temporalmente los intentos de embarazo.

Síndrome adherencial. Un nuevo diagnóstico y la estrategia para sortear la vigilancia masculina

En 2016, la esperanza volvió con la recomendación de realizarse una histerosalpingografía en Tapachula, un estudio para detectar problemas en las trompas de Falopio. Cielo optó por hacer este estudio sin informar a su esposo, buscando evitar conflictos, y contó con la ayuda de su hermana y hermano para el traslado. Este acto representa un ejercicio de autonomía parcial, condicionado por la necesidad de ocultar su tratamiento y decisiones a su pareja.

El diagnóstico reveló un síndrome adherencial. Las trompas de falopio estaban bloqueadas por adherencias que impedían la fertilización natural. La única opción era una intervención quirúrgica para liberar esas adherencias, lo que implicó un procedimiento doloroso y un alto costo económico (alrededor de 15,000 pesos). Cielo tuvo que pedir el apoyo de su jefa para acompañarla a la intervención, bajo el pretexto de un viaje de trabajo para ocultar la verdadera naturaleza del procedimiento.

Durante la cirugía, el médico le propuso colocar “fierros” para evitar la reaparición de adherencias, pero Cielo rechazó esta opción por temor a la reacción de su esposo. El postoperatorio fue difícil, restricciones en la actividad sexual, malestares físicos y un sentimiento profundo de soledad, pues no contó con el acompañamiento ni emocional ni familiar. La tensión por ocultar

detalles del tratamiento, sumada a las molestias posquirúrgicas, afectaron negativamente su relación de pareja. Juan le reprochaba sus quejas y malestares sin conocer su causa, lo que generó conflictos y episodios de distanciamiento.

La llegada del embarazo. Esperanza, dudas y tensiones

Pasado unos meses, Cielo comenzó a percibir síntomas que le indicaban un posible embarazo. Sin embargo, la incertidumbre la acompañó durante meses, ya que esperaba la menstruación para finales de agosto y ésta no llegó. Los malestares que sentía —dolor intenso en los pezones, náuseas, sensibilidad extrema y dolor en la cintura— la confundían, pues ella los interpretaba como un posible inicio del ciclo menstrual. Su esposo, Juan, a pesar de bromear sarcásticamente sobre la posibilidad de que estuviera embarazada, no parecía tomar en serio ni compartir la esperanza de Cielo.

La incredulidad y el desconocimiento sobre los signos de embarazo hicieron que Cielo no confiara del todo en las pruebas que ella misma se había realizado, varias de las cuales habían dado negativo en intentos anteriores. Fue gracias al seguimiento de una amiga de su hermana que finalmente se animó a hacerse una prueba de embarazo en laboratorio, la cual dio positivo. Esta confirmación le generó una mezcla de alegría y angustia, ya que el cuerpo aún le generaba dudas y temor sobre lo que estaba experimentando.

El apoyo familiar se hizo evidente en este momento. Su madre y hermana asumieron la responsabilidad de ayudarla

con las tareas domésticas para que evitara esfuerzos físicos, siguiendo las recomendaciones médicas relacionadas con el embarazo. Sin embargo, el mayor reto para Cielo fue comunicar esta noticia a su esposo, cuya reacción fue nuevamente de sospecha y desconfianza. Juan cuestionó la paternidad y acusó a Cielo de haberse sometido a un procedimiento de fertilización *in vitro* sin su conocimiento, lo cual no era cierto. Este cuestionamiento persistente profundizó el conflicto y el distanciamiento en la pareja.

Para corroborar el embarazo y atender sus síntomas, Cielo acudió a consultas médicas particulares, acompañada a veces por familiares para evitar confrontaciones con su esposo. En la revisión con su ginecóloga, Juan estuvo presente y pudo constatar la viabilidad del embarazo, aunque continuaba con dudas sobre las fechas y el origen de la concepción. Esta falta de confianza provocó episodios de enojo y silencio prolongado, llegando a separarse temporalmente de Cielo.

Durante los meses siguientes, la relación siguió siendo tensa, marcada por la desconfianza de Juan y la preocupación y desgaste físico y emocional de Cielo. La mujer enfrentó sola los malestares del embarazo, incluidos vómitos, dolor y dificultades para alimentarse, sin contar con apoyo ni seguridad social, y afrontando los costos de atención médica particular. La ausencia de respaldo afectivo y económico evidenció nuevamente la desigualdad en la pareja y la sobrecarga que implica para la mujer el proceso reproductivo.

Este relato evidencia que la autonomía de Cielo para decidir y sostener su embarazo estuvo estrechamente condicionada por su capacidad económica y por las dinámicas de poder presentes en su relación. La posibilidad de acceder a servicios de salud,

exámenes médicos o intervenciones necesarias dependía de recursos propios, mientras que la falta de apoyo y la resistencia de su esposo limitaron aún más su margen de acción. Su prioridad y deseo de ser madre contrastaron con el desinterés, los prejuicios y la desinformación de su pareja, quien se negaba a involucrarse activamente en el proceso reproductivo. Esta situación refleja cómo la reproducción no sólo se configura en términos biológicos o afectivos, sino que también está atravesada por factores económicos y relaciones de poder que determinan quién puede ejercer control sobre su cuerpo y decisiones. Asimismo, ilustra la doble carga que enfrentan muchas mujeres, cumplir con las expectativas sociales de maternidad mientras negocian su autonomía frente a contextos de desconfianza, violencia simbólica y limitaciones estructurales que restringen el acceso a cuidados, información y apoyo efectivo.

2. El embarazo. Cuerpo gestante y subjetividades en transición

El embarazo constituye una etapa de intensas transformaciones fisiológicas, pero también emocionales, simbólicas y relacionales. Lejos de vivirse como una experiencia homogénea, la gestación está profundamente mediada por factores estructurales como el acceso a servicios de salud, la clase social, la etnicidad, el género,

la edad y el contexto de violencia o exclusión en que se encuentre la persona gestante. En consecuencia, los significados atribuidos al embarazo —como realización, esperanza o temor— varían considerablemente y revelan la pluralidad de experiencias que coexisten en la región.

En América Latina, el embarazo sigue siendo regulado por una intersección de discursos médicos, morales y legales. Judith Leavitt (2009) y Cecilia Ballesteros (2012) han mostrado cómo el embarazo activa emociones ambivalentes —desde la ilusión hasta la ansiedad o la culpa— que no son únicamente individuales, sino que emergen en contextos de expectativas sociales, mandatos de género y experiencias previas de exclusión o violencia. En regiones como Chiapas o Centroamérica, por ejemplo, muchas mujeres embarazadas viven procesos de desplazamiento forzado, inseguridad alimentaria o violencia obstétrica, lo que convierte la gestación en una experiencia marcada por el miedo al abandono institucional, la muerte materna o el rechazo familiar (Morales, 2025).

En ese contexto, el discurso biomédico ha contribuido a una fuerte *medicalización del embarazo*, tratándolo como un estado de constante riesgo que debe ser vigilado, intervenido y corregido. Esta concepción del cuerpo gestante como objeto de control ha generado un modelo de atención prenatal centrado en la hipervigilancia médica: la repetición de ultrasonidos, el consumo obligatorio de suplementos, las restricciones alimenticias y conductuales, entre otras prácticas. Tal como advierten Barbara Duden (1993) y Barbara Katz Rothman (1989), esta lógica refuerza la idea de que la mujer embarazada debe anteponer el bienestar fetal a sus propias necesidades, perpetuando la figura de la “buena madre” que cuida, obedece y se sacrifica.

El informe *Estado de la Población Mundial 2022*, publicado por el UNFPA, revela que casi la mitad de todos los embarazos en el mundo —121 millones— son no intencionales, lo que pone de manifiesto una crisis global en materia de derechos reproductivos. Para millones de mujeres y niñas, la decisión de quedar embarazadas no es una elección, sino una imposición derivada de contextos de desigualdad, falta de acceso a anticonceptivos, violencia sexual o control social y religioso sobre sus cuerpos. Esta problemática tiene consecuencias profundas a nivel individual y colectivo, ya que más del 60% de estos embarazos termina en aborto, y se estima que el 45% de todos los abortos son inseguros, provocando el 13% de las muertes maternas en el mundo (UNFPA, 2022). Lejos de ser una cuestión privada, el embarazo no intencional debe entenderse como una falla estructural de los sistemas de salud, educación y justicia, que reproduce y profundiza las desigualdades de género. Esta situación también limita seriamente los avances hacia el cumplimiento de los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS), al vulnerar el derecho a la salud, a la autonomía corporal y a una vida libre de violencia. Por ello, visibilizar lo invisible —como propone el propio informe— requiere tanto de acciones decididas e intersectoriales y del reconocimiento de la reproducción como un terreno político central en la lucha por la equidad.

En México, este modelo biomédico coexiste con múltiples desigualdades en el acceso a servicios de salud. Aunque en teoría el seguimiento del embarazo forma parte del paquete garantizado por instituciones como el IMSS, el ISSSTE o los servicios estatales de salud, en la práctica, muchas mujeres —sobre todo indígenas, rurales o sin seguridad social— deben recurrir a la atención privada para realizarse estudios básicos

como el ultrasonido. Esto refuerza la segmentación del sistema de salud, y además obliga a las mujeres a asumir los costos de su propia medicalización. Las empresas farmacéuticas, por su parte, han desarrollado estrategias para ofrecer servicios diferenciados de acuerdo con el poder adquisitivo, ampliando su mercado a costa de las necesidades y ansiedades de las gestantes.

A la medicalización del embarazo se suma el auge de las Tecnologías de Reproducción Asistida (TRAs), cuyo uso ha aumentado ante la creciente incidencia de infertilidad relacionada con factores psicosociales y ambientales. La obesidad, el síndrome de ovarios poliquísticos (SOP), los miomas o incluso los estilos de vida basados en dietas extremas y sedentarismo han impactado la fertilidad femenina y masculina. En países como México, donde muchas personas carecen de seguridad social, acceder a estos tratamientos representa un gasto catastrófico que debe asumirse de manera individual o familiar. Como ha mostrado Rayna Rapp (1999), las TRAs reproducen profundas desigualdades de clase, raza y nacionalidad, pues mientras las mujeres urbanas de clase media pueden pagar por estos procedimientos, las mujeres pobres o indígenas enfrentan barreras estructurales, cuando no presiones explícitas para evitar la reproducción.

Por otra parte, el embarazo adolescente sigue siendo un fenómeno estructural en América Latina, con implicaciones sociales, sanitarias y económicas. Según el UNFPA (2024), la región registra 1.6 millones de nacimientos anuales entre adolescentes, lo que representa la segunda tasa más alta del mundo, sólo por detrás del África Subsahariana. Las jóvenes afrodescendientes o indígenas tienen más probabilidades de embarazarse tempranamente debido a la pobreza, la falta de acceso a educación sexual integral y a métodos anticonceptivos. En México, estas brechas se

acentúan en estados como Chiapas, Oaxaca y Guerrero. A pesar de que el Estado asume una parte del gasto en salud asociado a estos embarazos, el 88.2% del costo recae directamente en las adolescentes y sus familias, lo que contribuye a perpetuar ciclos de pobreza y exclusión.

Los impactos de la maternidad temprana no se limitan al ámbito económico. El informe *El precio de la desigualdad* (UNFPA, 2024) advierte que el embarazo adolescente afecta de forma crítica la trayectoria educativa, el desarrollo psicosocial y las oportunidades laborales de las jóvenes, truncando sus proyectos de vida. En muchos casos, se trata de embarazos no planeados, en contextos de coerción sexual o con escasa autonomía reproductiva. La medicalización de estos embarazos adolescentes no soluciona el problema de fondo, sino que frecuentemente invisibiliza las condiciones de violencia y desigualdad en que ocurren (Morales, 2021).

Finalmente, es importante destacar que las experiencias gestacionales se inscriben en trayectorias vitales y relacionales. Las narrativas recogidas en este estudio, a través de mujeres primigestas y multigestas, permiten observar cómo las mujeres negocian su embarazo en medio de tensiones, entre el cuidado de sí y el mandato del sacrificio, entre la tradición y la medicina institucional, entre la autonomía y la medicalización. Sus relatos permiten pensar el embarazo como una condición médica, como un proceso profundamente social que revela las múltiples formas en que el género, la clase, la etnicidad y el territorio modelan las corporalidades gestantes y sus subjetividades.

La institucionalización del embarazo y la medicalización como política de control

La medicalización del embarazo en México tiene una larga trayectoria histórica que comenzó a institucionalizarse en la década de 1930, en un contexto marcado por altas tasas de mortalidad materna y neonatal. A partir de las políticas sanitarias dirigidas a la población rural, el Estado mexicano promovió la formación de *enfermeras visitadoras* —mujeres con formación obstétrica encargadas de vigilar a las embarazadas en sus propios hogares—, con el objetivo de prevenir abortos, partos complicados y muertes neonatales (Vieira, 2003; Agostoni, 2004; Villasís et al., 2014). Desde sus orígenes, la política de salud maternal se constituyó en un proyecto biomédico, como un dispositivo de vigilancia y control moral y poblacional profundamente atravesado por nociones de riesgo, vulnerabilidad y maternidad “adecuada”.

La fundación de la Secretaría de Salubridad y Asistencia (SSA) y del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) en 1943 marcó un punto de inflexión, se amplió la infraestructura de salud y se consolidó un modelo de atención médica reglamentado por normas y protocolos, en el que el embarazo pasó a ser tratado como una condición de alto riesgo que debía ser supervisada por profesionales certificados. A lo largo del siglo XX y hasta nuestros días, esta institucionalización de la salud materna se ha combinado con políticas asistencialistas como *Pronasol* (1990), *Progresas* (1998), *Oportunidades* (2002), *Prospera* (2012-2018) y el *Seguro Popular* (2001-2020), cuyo enfoque —aunque ampliaba el acceso— reforzaba una lógica de vigilancia sobre los cuerpos gestantes a través de consultas mensuales, suplementación obligatoria y controles biomédicos estandarizados (Flamand et al., 2015).

A partir de la década de 2000, el programa “Embarazo Saludable” permitió la afiliación inmediata de mujeres embarazadas al Seguro Popular, lo que garantizaba la atención gratuita en unidades de salud pública. No obstante, este tipo de políticas, aunque fundamentales se creó para reducir muertes maternas, reforzaron la noción de la mujer embarazada como “paciente de riesgo” y como sujeto receptor de controles institucionales, sin necesariamente fortalecer su autonomía, su agencia reproductiva o el respeto por sus saberes y decisiones.

En este marco, la Norma Oficial Mexicana NOM-007 estableció una secuencia de controles prenatales, vacunas, estudios clínicos, ultrasonidos y seguimiento sistemático que, si bien busca detectar complicaciones como preeclampsia, diabetes gestacional o malformaciones congénitas, reproduce una lógica biomédica que prioriza el diagnóstico técnico por encima de los contextos emocionales, sociales o culturales del embarazo. El costo económico de estas prácticas, cuando no son cubiertas por los servicios públicos —saturados o insuficientes—, recae en las mujeres y sus familias, evidenciando el carácter desigual y segmentado del sistema de salud.

Experiencia de Lluvia. Medicalización asistencialista y desigualdad estructural

El caso de Lluvia, mujer tzeltal de 32 años, ilustra con claridad cómo operan los mecanismos de medicalización del embarazo en contextos de pobreza, violencia y exclusión. Lluvia forma parte de una comunidad periférica en San Cristóbal de Las Casas, Chiapas, beneficiaria del programa Prospera (2016-2018), el cual le permitió

acceder a controles prenatales regulares, suplementación alimentaria y seguimiento biomédico. Sin embargo, esta atención —formalmente gratuita— estuvo atravesada por una profunda desigualdad estructural que condicionó su experiencia gestacional.

Su historia de vida da cuenta de múltiples formas de vulnerabilidad: matrimonio forzado a los 16 años, violencia de pareja, abandono institucional y pobreza persistente. A pesar de que encontró una segunda pareja comprensiva, Lluvia enfrentó estigmas familiares y comunitarios por ser “una mujer mayor y ya casada”. La construcción precaria de su vivienda, la informalidad laboral de su esposo y la escasez de ingresos refuerzan el carácter estructural de la desigualdad que atraviesa su proceso de maternidad. Aunque Lluvia contaba con el apoyo institucional de Prospera, la atención médica no fue suficiente para cubrir todas sus necesidades. Su pareja, por temor a complicaciones, decidió que no debía ser atendida por una partera, lo que implicó gastos en transporte y consultas privadas en la ciudad de San Cristóbal. Así, la medicalización institucional se combinó con una mercantilización de la atención obstétrica, obligando a la familia a asumir costos que evidencian la fragmentación del sistema público. Lluvia misma señala: “Mi esposo no quería que me atendiera con partera, decía que era peligroso [...] así que tuvimos que pagar para ir hasta San Cristóbal de Las Casas.”

El relato también revela cómo la lógica del control médico se entrelaza con mandatos de género. El esposo, aunque afectuoso, no participa en los cuidados domésticos, reforzando la feminización del trabajo reproductivo. Además, Lluvia debe generar ingresos vendiendo empanadas desde su casa, incluso durante el embarazo, sin descanso ni garantías laborales, lo que

evidencia la sobrecarga de responsabilidades que recae sobre las mujeres gestantes en condiciones de pobreza.

Su narrativa permite visibilizar la medicalización del embarazo como un proceso complejo, donde intervienen el aparato biomédico, y también las estructuras familiares, económicas y culturales. La historia de Lluvia muestra que los programas asistencialistas, si bien necesarios, no transforman las condiciones de vida de fondo, ni cuestionan las relaciones de poder que afectan la autonomía y bienestar de las mujeres embarazadas. En lugar de eso, terminan regulando su gestación bajo criterios técnicos y burocráticos que no siempre responden a sus contextos y deseos.

Experiencia de Mar. Autonomía, precariedad y redes frágiles en el embarazo

El caso de Mar, una mujer indígena originaria de Chiapas, huérfana desde niña y con una historia marcada por la violencia estructural y el abandono, ilustra de manera cruda cómo las condiciones de vulnerabilidad inciden en el ejercicio de la autonomía durante la experiencia del embarazo. A diferencia de otras mujeres con redes familiares estables o acceso a servicios institucionales, Mar ha tenido que enfrentar su maternidad prácticamente en solitario, recurriendo a múltiples estrategias para sostener su salud y la de su futuro hijo.

El embarazo de Mar no fue planeado y diagnosticado de alto riesgo. Su narrativa revela un contexto de precariedad laboral —perdió su empleo en el DIF municipal de Palenque por reestructuras administrativas— y una relación de pareja deteriorada,

lo que la llevó a enfrentar el inicio de la gestación en completa soledad. Como ocurre en muchos otros casos documentados en México y América Latina (UNFPA, 2024), el embarazo no deseado se experimenta en condiciones de desprotección social y emocional, lo que incrementa la incertidumbre y la carga sobre las mujeres.

La desconfianza hacia el diagnóstico inicial, su irregularidad menstrual, la historia previa de quistes ováricos y la necesidad de confirmar el embarazo con una médica particular antes de asumirlo plenamente, muestran cómo la subjetividad frente a la gestación está mediada por el acceso restringido a información, salud y certezas biomédicas. Tal como señalan Menéndez y Navas (2012), el inicio del embarazo no es un acontecimiento meramente biológico, sino un proceso cargado de significados que se construyen en diálogo con las trayectorias previas de salud, relaciones de pareja y condiciones socioeconómicas.

A nivel estructural, la experiencia de Mar refleja las limitaciones del sistema público de salud para garantizar atención oportuna y continua en contextos de alta movilidad. Su intento de trasladar su afiliación al Seguro Popular desde Palenque a San Cristóbal de Las Casas fue infructuoso, lo que la obligó a cubrir consultas y estudios por su cuenta, a pesar de vivir en condiciones de pobreza. Como evidencian diversos informes (CONAPO, 2018; Flamand et al., 2015), estas barreras administrativas reproducen la desigualdad en el acceso a la salud reproductiva, especialmente para mujeres indígenas y migrantes internas.

El control prenatal de Mar fue fragmentado entre servicios privados y consultas informales. A pesar de contar con una doctora comprensiva que no le cobraba, la mayoría de los medicamentos y estudios no estaban cubiertos, incluyendo

análisis esenciales como el urocultivo. La medicalización del embarazo —expresada aquí en la exigencia institucional de pruebas, reposo y medicación— entra en tensión con la realidad económica de muchas mujeres, que no pueden dejar de trabajar ni acceder a los estándares biomédicos de una gestación “adecuadamente monitoreada” (Duden, 1993; Rothman, 1989).

En el caso de Mar, la imposición de reposo por parte de su ginecóloga es recibida con ambivalencia. Reconoce su necesidad, pero no cuenta con una red de apoyo para asumir la inactividad. Ella misma cuestiona con ironía las indicaciones médicas: “¿Y quién me va a hacer de comer?”. Esta frase revela su precariedad concreta, la sobrecarga emocional y práctica que enfrentan las mujeres embarazadas sin redes familiares o comunitarias, una situación agravada por el desmantelamiento de políticas de cuidado público en los últimos años.

Ante estas carencias, Mar busca alternativas. Se acerca a un hogar comunitario donde parteras ofrecen talleres de preparación al parto y alojamiento antes y después del nacimiento, a cambio de recibir la atención de las parteras durante el evento obstétrico. Esta estrategia no sólo permite a Mar planificar su parto sin hospitalización, sino que representa un acto de reapropiación de su experiencia reproductiva desde una perspectiva culturalmente más cercana, humana y menos medicalizada, en sintonía con las propuestas de desmedicalización y autonomías promovidas desde la salud colectiva.

Finalmente, Mar representa a muchas mujeres que no encajan en el modelo hegemónico de maternidad. No tiene pareja estable, ni familia cercana, ni empleo formal, ni recursos constantes. Pero su relato muestra agencia, decisión, resistencia y construcción de caminos propios. Si bien su embarazo estuvo

mediado por incertidumbre y obstáculos, también puso en práctica estrategias de resiliencia, desde la movilidad geográfica hasta la construcción de redes de apoyo frágiles pero efectivas.

En contextos como el mexicano, donde las políticas públicas suelen reproducir modelos de maternidad heteronormativa, nuclear y asistencialista, casos como el de Mar nos obligan a repensar las formas en que se garantiza —o se niega— el derecho a una maternidad digna, autónoma y acompañada. Su historia interpela a los sistemas de salud, a las políticas sociales y a los discursos biomédicos que, muchas veces, desconocen la diversidad de trayectorias, decisiones y cuerpos que atraviesan la experiencia del embarazo.

Experiencia de Luna

El caso de Luna, una joven de 18 años originaria del Soconusco, ilustra con claridad los efectos diferenciales de la medicalización del embarazo adolescente en contextos de control familiar, expectativas sociales y desigualdad de género. Su historia permite observar cómo, en nombre del cuidado y la salud, se despliegan mecanismos de vigilancia, culpa y control sobre los cuerpos femeninos jóvenes, al tiempo que se abren espacios para ejercer agencia en condiciones limitadas.

Luna vivía con sus padres, mientras sus hermanos ya estaban casados. Practica ballet y artes marciales. Estaba por concluir la preparatoria y planeaba concursar por una beca en Monterrey para estudiar danza de manera profesional. El descubrimiento de su embarazo ocurre en este momento bisagra: “[...] estaba a punto de conseguir una beca [...] y de repente, el retraso.”

El embarazo no fue planeado. La relación de noviazgo había terminado poco antes. Según cuenta, usaban preservativos, pero en el último encuentro no se protegieron. Tras realizarse dos pruebas de embarazo, Luna decide abandonar sus entrenamientos y mantenerse en silencio. Durante semanas no sabe cómo hablar del tema con sus padres, especialmente con su padre. Sólo después de hablar con una psicóloga, animada por el temor a que el estrés afectara al feto, logra contarles la noticia.

Su madre reacciona con apoyo inmediato y la acompaña a su primera consulta con una ginecóloga privada. Su padre, aunque inicialmente molesto, también decide respaldarla. Sin embargo, este “apoyo” no es incondicional, Luna se encuentra emocionalmente presionada, moralmente juzgada y socialmente vigilada. En las entrevistas que realizamos, su madre se mantuvo presente en varias ocasiones y, únicamente cuando se retiraba, Luna se atrevía a hablar con más libertad sobre su situación. Su pareja, de la misma edad, no asumió ninguna responsabilidad ni acompañamiento pese a que inicialmente pareció sorprendido y preocupado. La familia de él también la acosó y culpabilizó por continuar con el embarazo siendo tan joven y “prometedora”.

Una escena clave en la narrativa de Luna es la escucha del latido fetal durante una consulta con la doctora Sofía: “[...] me sentí muy triste porque el papá de mi hijo no me quería apoyar. Pero lo que más recuerdo de las consultas fue cuando me dejó escuchar el corazón del bebé [...] ahí le dije a mi mamá que sí lo iba a tener, que ya lo había escuchado”. Esta escena representa un punto de inflexión, la tecnología médica no sólo confirma un diagnóstico, sino que produce un vínculo afectivo que resignifica su decisión reproductiva. Como han mostrado estudios feministas sobre el uso de la ecografía (Haraway, 1991; Rapp, 1999),

estos dispositivos visuales y sonoros operan también como tecnologías de subjetivación.

A partir de ese momento, Luna se convierte en una gestante responsable, disciplinada y vigilada. Adopta una dieta estricta, deja de consumir chatarra, se apega a las recomendaciones médicas y renuncia temporalmente a sus planes académicos y artísticos. Su deseo de convertirse en bailarina profesional queda suspendido, pero no cancelado. Decide tomarse un semestre para estar con su hija recién nacida y retomar la universidad en el siguiente ciclo escolar. Su madre se encargará de cuidar a la bebé mientras ella estudia.

Durante todo el embarazo, Luna sigue viendo a la psicóloga, quien le ayuda a enfrentar la presión emocional y el juicio social. Las consultas ginecológicas continúan de forma periódica, y su parto está programado en un sanatorio privado, decisión tomada por sus padres quienes también asumen los costos económicos. A pesar del respaldo familiar, su autonomía se encuentra reducida. No puede decidir sobre su relación con el padre de su hija, ni sobre el tipo de parto que desea. Participa en el negocio familiar y cumple tareas domésticas. La tensión entre apoyo y control es constante. Luna es simultáneamente protegida y domesticada. La maternidad joven, en este caso, se convierte en un campo de disputa entre la responsabilidad que se le exige y la independencia que se le niega.

En su narrativa aparece también la dimensión del estigma. Luna fue objeto de juicios sociales por haber quedado embarazada siendo estudiante, por ser madre soltera, por “haber tirado su futuro”. El embarazo, visto por otros como error, como fracaso, se convierte para ella en una reafirmación afectiva y moral. No habla de arrepentimiento, sino de aprendizaje. No idealiza

la maternidad, pero sí la defiende como decisión propia. Este caso pone en evidencia los múltiples niveles en los que opera la medicalización del embarazo adolescente, como dispositivo técnico, como proceso moralizador, como estructura de control familiar, pero también como espacio de contención emocional y de construcción de sentido. Luna negocia, resignifica y resiste estas estructuras, aunque no siempre de forma consciente o explícita.

Su historia nos invita a problematizar la forma en que los embarazos adolescentes son socialmente construidos como “desviaciones” que deben ser corregidas mediante disciplina corporal, vigilancia emocional y control institucional. También nos recuerda que incluso en estos contextos, las jóvenes no son simplemente víctimas, sino sujetas que toman decisiones complejas, que articulan saberes médicos con afectos, y que luchan con los recursos disponibles, por mantener proyectos de vida propios en condiciones desiguales.

3. El parto. Entre la medicalización y la resistencia

El parto es un hecho biológico esencial, pero también un proceso social y cultural cuya forma de atención ha sido profundamente modificada por la medicalización, la cual condiciona a las mujeres en el ejercicio de su autonomía reproductiva de acuerdo con su contexto. Durante la segunda mitad del siglo XVII y el

siglo XVIII, el parto empezó a ser concebido como un evento que requería la intervención del saber médico para evitar muertes maternas y neonatales, y para comprender y mitigar el dolor experimentado por las mujeres (Rodríguez, 2018).

En México, la intervención médica en el parto se documenta desde el siglo XIX, cuando en septiembre de 1877 se practicó la primera cesárea exitosa en una mujer viva en Monterrey, Nuevo León. Aunque el feto estaba muerto, la madre se recuperó y caminó a los 25 días (Villanueva, 2004). Estas intervenciones médicas se hicieron cada vez más frecuentes para contrarrestar las elevadas tasas de mortalidad materna y neonatal en el país. Paralelamente, aumentó el uso de antibióticos y analgésicos, que fueron incorporados a la atención del parto vaginal para aliviar el dolor y facilitar procedimientos como la episiotomía.

A finales del siglo XX, la asistencia al parto sufrió un proceso acelerado de tecnificación que implicó una mayor intervención médica y la mercantilización del proceso fisiológico del parto. El objetivo dejó de ser exclusivamente salvar vidas para orientarse hacia el control del parto dentro de un sistema médico-comercial. Así, la cesárea empezó a realizarse no sólo por indicaciones clínicas, sino también por la elección de médicos y mujeres para evitar el dolor del parto, el cual pasó a ser considerado opcional gracias a nuevas terapias, aunque con costos adicionales que muchas mujeres, especialmente en regiones como Chiapas, no pueden asumir.

El derecho a la salud y la introducción de nuevas terapias obligan al sistema nacional de salud a garantizar la atención del parto a todas las mujeres mediante protocolos establecidos (véase capítulo sobre NOM-007). Esto ha incrementado la atención institucional del parto, particularmente en mujeres

afiliadas al Seguro Popular, al ofrecer servicios sin costo. Sin embargo, persisten situaciones de negligencia médica en las que mujeres son atendidas tardíamente o dan a luz en pasillos hospitalarios, lo que las lleva a exigir el respeto de sus derechos y una atención digna.

La Norma Oficial Mexicana NOM-007 establece que el parto debe atenderse preferentemente sin medicalización, especialmente en primigestas, aunque siempre considerando la situación individual y siguiendo las guías clínicas nacionales e internacionales, incluyendo las recomendaciones de la OMS. No obstante, la aplicación práctica de estas normativas varía según los recursos disponibles, el contexto socioeconómico y el criterio médico, factores que condicionan las opciones reales de las mujeres para aceptar o rechazar intervenciones.

Intervención alópata

En Chiapas, la analgesia epidural es común en hospitales privados como parte de la mercantilización del parto sin dolor. En los hospitales públicos, su uso está restringido principalmente a cesáreas o casos excepcionales, a diferencia de países europeos donde es una práctica habitual y un derecho para el 60% de las mujeres que dan a luz (Zafra, 2008). Sin embargo, la epidural conlleva riesgos como hipotensión materna, fiebre intraparto y retención urinaria (Herrera, 2013).

Medicamentos como oxitocina, prostaglandinas y misoprostol son los más usados para inducir el parto, con la oxitocina siendo la más difundida desde los años 50 (Borre, 2000). Las prostaglandinas maduran el cuello uterino pero su costo y dosi-

ficación limitan su uso en hospitales públicos. El misoprostol, análogo sintético de prostaglandina, también es común (Guía de Práctica Clínica, 2018). Aunque su uso está regulado, la oxitocina ha sido empleada por parteras sin supervisión, lo que ha causado consecuencias graves. Para el manejo del dolor, anestésicos locales se usan para episiotomías o reparaciones perineales. Otros fármacos como paracetamol, lorazepam o diazepam se emplean para aliviar dolor leve o moderado (Zafra, 2008). A pesar de los protocolos, existen casos de sobremedicalización por el uso excesivo o inapropiado de medicamentos, tanto en servicios públicos como privados.

Intervención desmedicalizada o tradicional

El parto humanizado incluye terapias y prácticas ancestrales que buscan acompañar a la mujer para sobrellevar el trabajo de parto de manera natural, con base en el conocimiento del cuerpo y métodos que generan bienestar emocional y físico. Estas prácticas son realizadas por parteras profesionales, técnicas tradicionales y doulas, aunque suelen implicar costos que limitan su acceso en contextos vulnerables como Chiapas, donde muchas de estas intervenciones sólo están disponibles en casas de parto o clínicas privadas.

Entre las terapias identificadas en el trabajo de campo se encuentran:

- **Hidroterapia.** Inmersión en agua caliente para reducir ansiedad y dolor, mejorar la relajación y la eficiencia de las contracciones. Esta terapia sólo está disponible

en casas de parto privadas, aunque algunas parteras tradicionales utilizan baños de hierbas en tinas rústicas (Mazoni, 2009).

- **Termoterapia.** Aplicación de compresas calientes en el periné para disminuir el riesgo de trauma y el dolor. Las compresas pueden contener hierbas medicinales, agua pura, o ser calentadas mediante planchas o microondas.
- **Masaje perineal.** Realizado con aceites herbales para relajar y desinflamar la zona perineal, reduciendo desgarros y dolor postparto. También se aplican masajes lumbares para aliviar el dolor durante la dilatación, aunque su eficacia en el expulsivo es controvertida.
- **Pelota de parto.** Utilizada para mejorar la movilidad pélvica y relajar músculos, esta herramienta proviene de Suiza y es común en casas maternas privadas.
- **Acupuntura.** Aplicada por parteras capacitadas, es una técnica tradicional china que alivia el dolor lumbar mediante la inserción de agujas en puntos específicos (Sanz, 2017).
- **Reflexología.** Basada en la estimulación de zonas reflejas en pies y manos para aliviar el dolor y mejorar la experiencia emocional del parto (Caballo, 2000).
- **Aromaterapia.** Uso de aceites esenciales para promover la relajación mediante masajes, baños o difusión ambiental (Villegas, 2009).
- **Libertad de movimiento.** Recomendada en la NOM-007, permite a la mujer adoptar posiciones que

facilitan el parto y liberan endorfinas, mejorando el bienestar materno-fetal (Villegas, 2009).

- **Musicoterapia.** Reduce ansiedad materna y estrés neonatal, contribuyendo a disminuir la percepción del dolor (Cortés, 2015).
- **Ejercicios de respiración.** Favorecen la oxigenación y el manejo del dolor durante el trabajo de parto (Villegas, 2009).
- **Flores de Bach.** Esencias naturales empleadas para calmar emociones negativas durante el parto, utilizadas por parteras y doulas.

Los grupos de preparación para el parto enseñan técnicas de relajación y respiración, pero su acceso está condicionado por el poder adquisitivo, ya que estos cursos suelen tener costo. La difusión digital ha ampliado el acceso, aunque permanece limitado a quienes cuentan con acceso a internet y están interesadas en estas terapias.

Estas prácticas desmedicalizadas, aunque consideradas no invasivas y basadas en el autocuidado, también forman parte de un sistema mercantil, ya que su acceso depende de costos que no todas las mujeres pueden afrontar. En Chiapas, la atención de parteras tradicionales, como las que laboran en la Casa Materna de San Cristóbal, implica cobros por sus servicios debido a la falta de remuneración estatal.

El relato de Sol, Brisa y Jade ilustra la diversidad de experiencias en el proceso de parto, desde la atención en un servicio privado con intervención médica al uso de prácticas tradicionales y casas de parto, poniendo en evidencia las tensiones entre medicalización, autonomía y el ideal del parto humanizado.

Parto humanizado en domicilio. Espera, dolor prolongado y riesgo

Brisa optó por un parto domiciliario acompañado por una partera tradicional, siguiendo un protocolo de acompañamiento gradual y respetuoso. La experiencia muestra un proceso prolongado, con episodios de “falso dolor de parto” y espera paciente, basada en la confianza hacia la partera y la elección de permanecer en el hogar. Sin embargo, cuando la placenta no sale tras el nacimiento, la emergencia obliga a trasladarla a un hospital, poniendo en riesgo su vida. Este caso ejemplifica cómo el parto humanizado puede ofrecer un acompañamiento emocional, autonomía y uso de técnicas no medicalizadas, pero también muestra las limitaciones ante emergencias obstétricas que requieren intervención hospitalaria.

Parto en casa de parto. Planeación, preparación y la imprevisibilidad del proceso

Jade buscó un parto humanizado en una casa de parto en San Cristóbal, con preparación previa (yoga, cursos de parto, rituales como el temazcal) y apoyo de parteras profesionales. Aunque su intención era un parto en agua, las condiciones no fueron las ideales y el parto ocurrió fuera de la tina, pero bajo un ambiente de respeto, libertad de movimiento, y acompañamiento. Un punto importante fue la ausencia de su esposo y madre en el momento exacto del nacimiento, un detalle no previsto y que evidenció la naturaleza impredecible del parto y las dificultades para controlar todos los factores externos. Jade describió el dolor

y el parto como una experiencia intensa, que combinó sensaciones de vida y muerte, y valoró profundamente la contención emocional y física que le brindaron las parteras.

Sol. Autonomía limitada por el contexto familiar y la falta de apoyo

En contraste, la experiencia de Sol, una joven de 18 años migrante en San Cristóbal, refleja una autonomía más restringida por la falta de redes de apoyo, el desarraigo y la imposición familiar. Sol quedó embarazada en un contexto de precariedad laboral y emocional, con un padre que se desentendió del embarazo y una madre que ejercía control autoritario, intentando que Sol abortara y luego buscando llevarse al bebé para criarle otra familia.

Su falta de conocimiento sobre su cuerpo, la ausencia de control prenatal institucional y el miedo a ser juzgada la colocan en una situación de vulnerabilidad y dependencia. La insistencia de su madre para que Sol se atendiera en un hospital y la falta de acompañamiento emocional durante el parto prolongaron el trabajo de parto y dificultaron su ejercicio de decisión.

Sólo cuando la partera intervino para mediar entre Sol y su madre, reconociendo el derecho de la joven a decidir sobre su cuerpo, pudo Sol comenzar a ejercer cierto grado de autonomía. Esta experiencia pone en evidencia cómo la autonomía reproductiva está estrechamente vinculada a las dinámicas de poder en el núcleo familiar y cómo las mujeres pueden estar sujetas a la sobreprotección o control coercitivo de sus parientes, en un contexto donde la ausencia de apoyo social y conocimiento obstaculizan la toma de decisiones informadas.

La falta de afecto y el rechazo inicial hacia la hija recién nacida también reflejan las múltiples capas de dificultad en la construcción de vínculos maternos en contextos de vulnerabilidad social, migración y ausencia de redes de apoyo.

4. Posparto y lactancia. Prácticas, tensiones y saberes locales

La lactancia materna ha sido promovida globalmente como una práctica fundamental para la salud del binomio madre-hija(o), y es reconocida por organismos internacionales como la OMS y UNICEF como un derecho humano y un componente esencial del bienestar materno infantil. Sin embargo, su implementación está atravesada por tensiones culturales, condiciones materiales desiguales y relaciones de poder, que complejizan su ejercicio en distintos contextos sociales.

En las sociedades urbano-industrializadas, la promoción de la lactancia muchas veces ignora las condiciones estructurales que enfrentan las mujeres, empleos precarios sin derechos laborales, ausencia de licencias de maternidad adecuadas, medicalización del posparto y, sobre todo, la falta de redes de apoyo comunitario. Paradójicamente, las mujeres que no lactan son estigmatizadas, mientras que aquellas que sí lo hacen enfrentan expectativas contradictorias, presiones para

responder a estándares ideales y una carga de cuidados no reconocida ni redistribuida (UNICEF, 2020; OMS, 2020).

Estas tensiones se agudizan particularmente en el posparto, una etapa crítica que suele ser desatendida tanto en las políticas públicas como en los servicios de salud. El posparto requiere un acompañamiento integral que no se limite al monitoreo clínico de la madre y el recién nacido, sino que considere las necesidades emocionales, físicas y sociales de la mujer, así como el sostenimiento de la lactancia. Sin embargo, en muchos contextos, las mujeres enfrentan este periodo en soledad o bajo una alta carga de responsabilidades domésticas, sin apoyos institucionales ni comunitarios. La falta de seguimiento posnatal, la medicalización sin contención afectiva, y la invisibilización de los cuidados que las mujeres brindan y necesitan, reproducen una visión instrumental de la maternidad que desconoce el esfuerzo cotidiano de criar y sostener la vida en condiciones adversas.

En contraste, en muchas comunidades rurales e indígenas, la lactancia y los cuidados posnatales se inscriben en un sistema de cuidados colectivos, sostenido por saberes locales y prácticas intergeneracionales. Investigadoras como Mariana Mora y Gabriela Merlinsky (2023) han documentado cómo, en estos contextos, la lactancia es una práctica nutricional, un espacio de transmisión cultural, afectiva y política. En estos escenarios, la decisión de amamantar no se concibe únicamente como una responsabilidad individual, sino como parte de un entramado comunitario de crianza, donde las abuelas, parteras y otras mujeres de la comunidad cumplen un papel fundamental en el cuidado de la madre en el posparto.

La pandemia por COVID-19 profundizó estas desigualdades. En México, entre marzo y octubre de 2020, se notificaron 6,534

casos confirmados de COVID-19 en mujeres embarazadas o en puerperio, con 150 defunciones (OPS y OMS, 2020). Para finales de ese año, la Razón de Mortalidad Materna (RMM) alcanzó 46.6, superando incluso los registros de la epidemia de influenza en 2009 (RMM=44.1) (OMM, 2021). El embarazo y el posparto, lejos de ser resguardados, se convirtieron en momentos de alta vulnerabilidad sanitaria y social.

Diversos estudios alertaron sobre el impacto de la pandemia en la atención materna, señalando que no sólo las condiciones clínicas del embarazo aumentaban el riesgo de complicaciones, sino también los determinantes sociales como pobreza, enfermedades crónicas y acceso desigual a servicios de salud (Panahi et al., 2020; Timothy et al., 2020). En regiones con alto grado de marginación, como Chiapas, la pandemia afectó gravemente la atención sanitaria y las estrategias de promoción de la lactancia materna, así como los cuidados necesarios en el puerperio.

La interrupción de servicios rutinarios, la desinformación entre el personal médico y las usuarias, y el miedo a la transmisión del virus contribuyeron a una disminución en la práctica de la lactancia materna exclusiva (LME). A pesar de que la OMS recomendó mantener la lactancia incluso en casos sospechosos o confirmados de COVID-19 —siempre que se implementaran medidas de higiene y protección respiratoria—, la falta de protocolos claros en muchos establecimientos de salud generó confusión y contradicciones (OMS, 2020; The Lancet, 2020).

Además, este contexto de emergencia intensificó las tensiones históricas entre mujeres indígenas y el personal de salud institucional. Diversas investigaciones en los Altos de Chiapas han documentado cómo la relación médico-usuaria está marcada por desconfianza, racismo institucional y violencia

obstétrica (Erivit, 2004; Castro, 2016; Valdez et al., 2018). En este escenario, las prácticas tradicionales como la lactancia, los cuidados posparto y el acompañamiento de parteras se vieron aún más deslegitimadas, a pesar de su efectividad y pertinencia cultural.

El uso de los servicios de salud entre mujeres chiapanecas ha sido promovido principalmente a través de programas condicionados, como Prospera, que ligaban el acceso a apoyos económicos al control biomédico del cuerpo femenino (CEDAW, 2018). Esta medicalización ha desplazado progresivamente prácticas tradicionales como la partería, aunque en Chiapas, la atención del parto por parteras sigue siendo significativa. Hasta el 9% de los partos son atendidos por ellas, frente al 91% institucionalizados (DGE, 2017).

Las brechas en salud materna reflejan con claridad las desigualdades estructurales. En México, la RMM en municipios con más del 40% de población en pobreza extrema es de 98, mientras que en municipios con menos del 20% es de 35. Entre las mujeres que viven en municipios indígenas, la RMM alcanza 94, frente a 44 en aquellos con menos del 40% de hablantes de lengua indígena (Freymuth, 2014). La doble vulnerabilidad de ser mujer e indígena incrementa sustancialmente el riesgo de muerte materna y dificulta el ejercicio de prácticas saludables como la lactancia, el descanso, el acompañamiento emocional y otros cuidados necesarios en el posparto.

A pesar de sus beneficios ampliamente demostrados, México presenta bajos índices de lactancia materna exclusiva. La Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT, 2018) señala que el 28.4% de los lactantes reciben leche materna de forma exclusiva durante sus primeros seis meses de vida, aunque el 95% de las mujeres inician la lactancia. Esta discontinuidad responde

a múltiples obstáculos como la separación temprana del bebé tras el parto, introducción precoz de fórmula, escasa preparación del personal de salud, falta de espacios para amamantar en los trabajos y condiciones laborales adversas para las mujeres.

La lactancia materna es un acto biológico, pero a su vez una práctica atravesada por políticas públicas, relaciones de género, intereses comerciales y condiciones socioeconómicas. La industria de sucedáneos de leche materna ha desplegado estrategias de *marketing* agresivas que socavan la confianza en la lactancia, promoviendo la fórmula como equivalente o incluso superior a la leche materna. Estas tácticas han influido incluso en la formación del personal médico, debilitando la promoción institucional de la lactancia (NCD Alliance, 2022; Naciones Unidas, 2022).

Las mujeres trabajadoras enfrentan dificultades adicionales. Jornadas extensas, espacios laborales no adaptados y escasa infraestructura para la extracción y conservación de leche materna. Aunque existen mecanismos como las licencias de maternidad o los espacios de lactancia en algunos centros de trabajo, su cobertura es limitada y su implementación, deficiente. La ausencia de políticas de corresponsabilidad —como permisos de paternidad efectivos— también limita el sostenimiento de la lactancia en contextos familiares (UNICEF, 2020).

Garantizar el derecho a la lactancia requiere una acción gubernamental decidida y sostenida, a través de la implementación de hospitales prolactancia, regulación efectiva de la industria de fórmulas, formación del personal médico con enfoque intercultural, políticas laborales que protejan a las madres, y acompañamiento respetuoso durante el posparto, tanto desde el ámbito institucional como desde las redes comunitarias. La

lactancia materna es un acto político, una forma de cuidado que no puede comprenderse fuera de sus condiciones estructurales.

En este sentido, no basta con conmemorar la Semana Mundial de la Lactancia Materna cada agosto. Es necesario entender que se trata de un derecho humano que debe ser protegido todos los días, con acciones concretas, articuladas y sensibles a las múltiples realidades que enfrentan las mujeres, especialmente aquellas en contextos de exclusión, violencia y desplazamiento.

Experiencias y representaciones sociales entorno a la lactancia materna en contextos indígenas y rurales

La lactancia materna es reconocida a nivel global como una práctica fundamental para la supervivencia, crecimiento y desarrollo saludable de los recién nacidos. En contextos indígenas y rurales, sin embargo, esta práctica se enmarca en recomendaciones biomédicas, profundamente articulada con saberes tradicionales, condiciones materiales de vida y representaciones culturales del cuerpo, la salud y la maternidad. Este capítulo explora las experiencias de mujeres indígenas tzotziles, parteras tradicionales y personal de salud en torno a la lactancia materna y los cuidados del recién nacido, especialmente durante la pandemia por COVID-19, a partir de una serie de testimonios reunidos en procesos de capacitación y entrevistas realizadas en Chiapas.

a). El valor simbólico y protector de la leche materna

En el discurso de las mujeres y en materiales en lengua tzotzil, la leche materna es concebida como el alimento ideal, un “milagro” que protege al bebé y le da fuerza y felicidad.

La leche materna tiene vitaminas, ayuda a proteger de las enfermedades, ayuda a que crezcan sanos, felices y fuertes. Tiene células madre, por eso es importante que el bebé siga mamando hasta los dos años. (Video en tzotzil, traducido, 2021).

Este conocimiento empírico, transmitido por generaciones, se refuerza también en las decisiones prácticas de las mujeres entrevistadas: “Sí, pura leche materna. Ahorita con el dinero que no alcanza, es lo mejor que le puedo dar a mi hija.” (Mujer multigesta, 29 años, 2021).

b). Saberes tradicionales y cuidados del cuerpo

Las parteras desempeñan un papel crucial en la transmisión de saberes sobre la producción de leche, sus bloqueos y sus formas de recuperación. Según estos conocimientos, el cuerpo materno es sensible al frío, al estado emocional y a la alimentación.

Cuando tienen cesárea se enfrían, y por eso no sale la leche. Les calentamos los pechos con alcohol caliente, los envolvemos y al otro día ya están llenos. (Partera tradicional, región Altos, 2022).

Si la mujer está enojada o asustada, no debe de dar pecho. Eso le puede dar cólicos al bebé. (Partera, Chiapas, 2022).

Además, se aconseja consumir atoles, caldo de pollo o chocolate caliente para estimular la producción de leche, una lógica alimentaria ancestral basada en el equilibrio térmico del cuerpo.

c). Lactancia materna exclusiva. Confusión y adaptación cultural

A pesar de las campañas institucionales sobre la lactancia materna exclusiva (LME), persisten confusiones entre las mujeres, parteras y el personal de salud. Algunas mujeres entienden la exclusividad como evitar fórmulas, pero permiten “probaditas” desde los 4 o 5 meses: “Sí, un año, pero desde los cinco meses se le puede dar probaditas.” (Mujer primigesta, 22 años, 2021).

Entre las parteras, la conciencia sobre la LME se combina con la empatía hacia las condiciones económicas: “Seis meses, sí, pero a veces no entienden, o la abuelita le da atolito. Y hay casos donde no pueden comprar fórmula, entonces es por necesidad.” (Partera, región Sierra, 2023).

Incluso entre personal de salud hay contradicciones: “Exclusiva es hasta los seis meses, pero se recomienda hasta los dos años si la mamá puede. Aunque depende de si trabaja o no, si tiene banco de leche.” (Enfermera, Casa Materna, 2021).

d). El apego inmediato y sus límites institucionales

Aunque se reconoce la importancia del apego inmediato, su implementación se ve afectada por complicaciones médicas o

protocolos hospitalarios. Algunas mujeres relatan una buena experiencia inicial: “Sí, me lo pusieron en el pecho pero no me salía nada, me decían que tenía que estimular y poco a poco fue saliendo.” (Mujer, 25 años, 2021).

Pero otras enfrentan barreras: “No, porque me puse mal, sangré mucho y no pude tener rápido a mi bebé.” (Mujer, 30 años, parto hospitalario, 2020).

Las parteras expresan su frustración cuando no pueden acompañar el proceso: “Las mujeres que tienen sus hijos en el hospital nos piden ayuda con la lactancia, pero no nos dejan entrar, sólo la familia.” (Partera tradicional, Chiapas, 2022).

e). Cuidados del recién nacido en tiempos de pandemia

La pandemia por COVID-19 modificó profundamente las prácticas de cuidado y aislamiento. Muchas mujeres optaron por limitar las visitas, evitar salir y reforzar la higiene:

Nos pasábamos encerradas, a lo mucho que la sacaba era a la ventana y otra vez, de ahí no salíamos para nada. (Mujer puerpera, 27 años, 2021).

Que no me visiten, es bonito que te vayan a visitar, pero ahora es delicado, el bebé es muy pequeño, si alguno tiene síntomas le puede contagiar. (Mujer embarazada, 24 años, 2021).

Las parteras también adaptaron sus consejos y formas de atención: “Sí, les decimos que no reciban mucha gente, que no salgan, que no lo besen. Si pueden, que el pediatra venga a casa.” (Partera, zona Norte, 2022).

f). Entre el cuerpo y la pobreza como obstáculos estructurales

La imposibilidad de dar leche materna al recién nacido, también se asocia a factores de salud y materiales. Algunas mujeres enfrentaron dificultades físicas: “No me salía leche, tres días no comió mi bebé. Le tuve que dar fórmula. Ya después me salió, pero fue difícil.” (Mujer multigesta, 2021).

Otras fueron diagnosticadas con enfermedades que las obligaron a suspender temporalmente la lactancia: “Con mi hija me estuvo dando dolor de cabeza, tenía temperatura, me dijeron que podía transferirle a mi bebé, entonces me prohibieron dar pecho una semana.” (Mujer, 30 años, 2021).

Asimismo, persisten mitos que desincentivan la lactancia: “Dicen que se caen los pechos por dar leche, y por eso algunas ya no quieren.” (Partera, 2022).

Las experiencias relatadas muestran la riqueza y complejidad de los saberes que rodean la lactancia materna en contextos indígenas. Lejos de constituir un obstáculo, estos conocimientos tradicionales son formas de resistencia, adaptación y cuidado ante condiciones de precariedad, violencia estructural y crisis sanitaria. Sin embargo, persisten tensiones entre los discursos institucionales y las prácticas locales. Para avanzar hacia una promoción efectiva de la lactancia materna, es necesario reconocer los saberes comunitarios, las condiciones estructurales de vida de las mujeres, y la necesidad de políticas culturalmente sensibles que no sólo informen, sino escuchen, acompañen y respeten.

5. Decidir no reproducirse. Autonomía, estigma y biopolítica

La decisión de no tener hijas o hijos continúa siendo una de las elecciones más cuestionadas y estigmatizadas, en especial para las mujeres. En sociedades determinadas por mandatos patriarcales, discursos religiosos y dispositivos médicos, la maternidad sigue apareciendo como una condición esencial del ser mujer. En este contexto, la negativa a reproducirse constituye un acto de autonomía y una forma de resistencia frente a las tecnologías de control del cuerpo y la sexualidad.

Este texto propone un análisis multidimensional sobre la decisión de no reproducirse, articulando los aportes del pensamiento feminista, la teoría de Foucault y la teoría de la estructuración. A partir del cruce entre discurso, subjetividad y poder, se interroga cómo operan las normas sociales, jurídicas y médicas sobre los cuerpos femeninos, y cómo ciertos sujetos –en este caso mujeres que optan por no ser madres– desafían las formas naturalizadas del orden social reproductivo.

La maternidad como mandato y como dispositivo

Desde los estudios feministas, autoras como Donna Haraway, Adrienne Rich y Gilles Deleuze han problematizado la maternidad

como una institución cultural que produce cuerpos dóciles y subjetividades normadas. En este sentido, la maternidad se constituye como un dispositivo de gubernamentalidad, es decir, como una forma de regular la vida y controlar la población mediante tecnologías del cuerpo.

La decisión de no reproducirse, en este marco, puede ser leída como un gesto disruptivo, una negativa a seguir los guiones impuestos por el orden sociosexual dominante. Sin embargo, esta decisión no está exenta de tensiones. Las mujeres que optan por no tener hijos enfrentan presiones familiares, interrogatorios médicos, exclusión social y estigmas morales. La autonomía corporal, en estos casos, se convierte en una batalla política y simbólica.

Derechos sexuales como territorio de disputa

Los derechos sexuales, tal como los definen la Sexual Rights Initiative (SRI) y la International Planned Parenthood Federation (IPPF), comprenden una amplia gama de libertades fundamentales: la no discriminación por identidad de género u orientación sexual, la autonomía corporal, el acceso a servicios de salud, la libertad para expresar la sexualidad y el derecho a decidir si se desea formar una familia. Estos derechos desafían los discursos que restringen la sexualidad al mandato reproductivo, y proponen formas más amplias de vivir y ejercer la sexualidad.

No obstante, su ejercicio no es universal ni equitativo. Mientras algunas mujeres acceden a métodos anticonceptivos, interrupción legal del embarazo o ligadura tubárica de manera informada y voluntaria, otras enfrentan barreras médicas,

jurídicas y culturales. Aún hoy, en algunos centros de salud, las mujeres deben justificar su decisión de no ser madres frente a profesionales que invalidan su autonomía.

Subjetividad y poder. El aporte de Foucault

Desde la perspectiva foucaultiana, los discursos no son meros reflejos de la realidad, sino prácticas que constituyen sujetos. Los discursos sobre la maternidad, el género, la salud y la sexualidad producen normas de verdad que moldean la manera en que las mujeres se piensan a sí mismas, se relacionan con sus cuerpos y toman decisiones.

Foucault denomina “subjetivación” a este proceso mediante el cual los individuos se constituyen como sujetos al interior de regímenes discursivos. En este sentido, la mujer que decide no reproducirse desafía un mandato social, reconfigura su subjetividad desde una ética del cuidado de sí, que implica desaprender lo que se ha dicho que “debe ser” una mujer.

Los derechos sexuales, desde esta perspectiva, pueden leerse como dispositivos de poder que habilitan nuevos juegos de verdad, nuevas posibilidades de ser y de decirse. Como afirma Larrauri (1999), estos derechos instauran otras reglas del discurso, modificando los regímenes de verdad sobre el cuerpo, el deseo y la identidad.

Estructura, agencia y resistencia

La teoría de la estructuración de Anthony Giddens permite entender cómo las prácticas sociales reproducen –y a la vez transforman– las estructuras que organizan la vida social. Desde esta perspectiva, los sujetos no son meros receptores pasivos de normas, sino agentes con capacidad de reflexividad, es decir, de pensar críticamente sus acciones, dotarlas de sentido y, eventualmente, modificarlas.

La estructura –entendida como conjunto de reglas y recursos– delimita, pero no determina por completo la acción. Las mujeres que deciden no tener hijos ejercen esta agencia cuando desafían las prácticas institucionalizadas del género, la reproducción y la familia. En palabras de Touraine (1995), es en esta capacidad de mirarse a sí mismas con libertad donde emerge el sujeto, como actor capaz de romper fronteras simbólicas y crear nuevas categorías para pensar el mundo social.

Performatividad de género y crítica al binarismo

Judith Butler ha sido clave para desmontar la idea de que el género es una expresión natural del sexo biológico. Desde su teoría de la performatividad, sostiene que el género es un acto repetido, una puesta en escena que produce los efectos de lo que nombra. En este sentido, las normas de género regulan los comportamientos, además de que configuran las identidades.

Butler pone en cuestión la categoría de “mujer” como sujeto político unificado y advierte sobre los riesgos de homogeneizar las experiencias. Su crítica al imperativo heterosexual y al

binarismo sexo/género revela cómo ciertas vidas son excluidas del marco de inteligibilidad social. Desde esta mirada, las mujeres que deciden no reproducirse –o que transitan formas disidentes de género– cuestionan las normas sociales, las categorías mismas desde las que estas normas se piensan.

Violencia obstétrica y derechos reproductivos

La violencia obstétrica es una forma de violencia de género ejercida por el personal de salud sobre los cuerpos y procesos reproductivos de las mujeres. Se manifiesta a través de prácticas deshumanizantes, abuso de medicalización, negación de información, coacción o trato degradante durante el embarazo, parto o puerperio.

Esta violencia evidencia cómo el control sobre el cuerpo de las mujeres persiste incluso en el momento en que deciden reproducirse, mostrando que ni siquiera la maternidad deseada garantiza un trato respetuoso. En este sentido, los derechos reproductivos también incluyen el derecho a vivir un parto digno, libre de violencia, y a recibir atención adecuada, segura y con perspectiva de género.

Los derechos reproductivos reconocidos por el Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo (El Cairo, 1994), incluyen:

- El derecho a decidir libre y responsablemente si tener hijos, cuántos y cuándo.
- El acceso a servicios de salud sexual y reproductiva sin discriminación ni coerción.

- La libertad de ejercer la sexualidad independientemente de la reproducción.
- El derecho a vivir libre de violencia en todas sus formas, incluida la violencia obstétrica.

Decidir no reproducirse es, en muchos contextos, un acto profundamente político. Implica desafiar dispositivos normativos que asocian la feminidad con la maternidad, resignificar los derechos sexuales como formas de autodeterminación y resistir discursos médicos y familiares que pretenden delimitar lo que una mujer “debe” ser. Al mismo tiempo, esta decisión está situada en relaciones de poder, marcadas por desigualdades materiales, condiciones estructurales y marcos culturales.

Los aportes teóricos de Foucault, Giddens, Butler y Touraine permiten comprender la manera como operan los discursos, las estructuras y las prácticas que constituyen a las mujeres como sujetos. Pero también permiten identificar espacios de agencia, de ruptura, de transformación. Las mujeres que deciden no tener hijos, las que desafían los moldes del género y las que reconfiguran sus vidas desde el deseo y no desde la norma, están inventando otras formas de existir. En esa invención, también están ampliando los horizontes de lo posible.

Experiencias en torno a no reproducirse. Autonomía, desigualdad y resistencias

En un contexto social donde la maternidad continúa siendo una expectativa normativa impuesta sobre los cuerpos feminizados, la decisión de no reproducirse puede interpretarse como una

forma de resistencia individual y colectiva frente a los dispositivos de gubernamentalidad sexual y reproductiva. Esta elección, sin embargo, no se da en el vacío, está profundamente marcada por condiciones estructurales de clase, género, orientación sexual, desplazamiento forzado, acceso diferenciado a servicios de salud y violencia sistemática.

Violencia estructural y renuncia a la maternidad

Me cuido porque no quiero traer un hijo al mundo con tanta violencia, de hecho, ya está platicado con mi pareja (mujer de 34 años, 2023).

Deseaba tener un hijo, pero no para verlo morir en un lugar que ni es el mío. Por eso ya no quiero tener hijos (mujer de 40 años, 2023).

Estos dos testimonios condensan un argumento que aparece reiteradamente en contextos de desplazamiento y violencia armada. La maternidad se convierte en una carga de riesgo emocional y material, más que en una experiencia deseable. Aquí, el deseo reproductivo es desplazado por la conciencia de un entorno hostil. La decisión de no reproducirse se convierte en una estrategia de autoprotección ante lo que Achille Mbembe llamaría una forma de necropolítica. Una gestión de la vida en territorios donde algunos cuerpos —y sus descendencias— son más prescindibles que otros.

Desde una perspectiva foucaultiana, podemos leer estas frases como respuestas a un régimen biopolítico que ha fallado en garantizar las condiciones mínimas de existencia para de-

terminados grupos. Ante esto, negar la reproducción se transforma en una acción de resistencia que además de interrumpir el mandato biológico, también lo hace con el mandato político de contribuir al sostenimiento de un orden desigual.

Precariedad económica y agencia condicionada

Deseo operarme, quitarme la matriz, porque no deseo tener hijos. No tengo ni un trabajo estable para mantenerlo (mujer de 25 años, 2023).

Esta declaración expresa de manera cruda el cruce entre deseo, autonomía y restricción estructural. La decisión de no reproducirse no surge de falta de afecto ni de voluntad, sino de condiciones materiales precarias que limitan la posibilidad de ejercer la maternidad de manera segura y digna. La agencia de esta mujer está claramente condicionada por la precariedad económica y laboral, pero aun así se manifiesta con una voz firme de autodeterminación sobre su cuerpo. Siguiendo a Giddens (2006), la estructura condiciona, pero no determina totalmente, la frase refleja una reflexividad activa y una práctica situada que interpela al orden social: “No deseo traer hijos al mundo sin condiciones para cuidarlos.”

Este tipo de decisiones tensiona el discurso médico, que frecuentemente patologiza la elección de no ser madre, interpretándola como carencia, frustración o desviación, y pone en el centro los determinantes sociales de la reproducción. La precariedad económica se convierte en un factor que delimita el acceso a métodos de control reproductivo, tratamientos mé-

dicos o intervenciones quirúrgicas, lo que evidencia cómo solo personas con recursos suficientes pueden ejercer plenamente este tipo de decisiones sobre su cuerpo.

En este tema, también tuve la oportunidad de conversar con otras tres mujeres, de 24, 37 y 42 años, que se encuentran en proceso de someterse a la histerectomía por razones similares. No desean tener hijos y buscan evitar el sufrimiento relacionado con los periodos menstruales. Estas narrativas permiten visibilizar cómo la autonomía reproductiva se encuentra siempre mediada por condiciones socioeconómicas, acceso a la atención médica y construcciones culturales sobre la maternidad.

Infertilidad y resignificación subjetiva

No he podido tener hijos. Intenté muchas veces, pero no pude, así que ya no me voy a arriesgar. Así me quedaré y ya decidí no volverlo a intentar (mujer de 42 años, 2024).

En este testimonio se expresa otra dimensión de la no maternidad, la que se produce no por decisión directa, sino por un proceso corporal que escapa al control. Sin embargo, lejos de asumirlo como tragedia, esta mujer elabora una postura de aceptación y cierre de ciclo. La reflexividad con la que se posiciona (“ya decidí”) evidencia una resignificación subjetiva que escapa al victimismo y cuestiona el lugar central de la maternidad como elemento constitutivo de la identidad femenina.

Desde la teoría de la performatividad de Judith Butler, este testimonio desestabiliza el vínculo naturalizado entre cuerpo, deseo y maternidad, y permite pensar en la capacidad de los

sujetos para redefinir sus trayectorias vitales fuera de la matriz heterosexual y reproductiva.

Diversidad sexual y nuevos proyectos de vida

Con mi pareja, que tiene el mismo sexo, hemos decidido no tener familia, cuidar de los sobrinos. No hemos pensado ni en adoptar porque todavía aquí no se puede, pero estamos bien (mujer, 45 años, 2024).

Con mi pareja, no sé, no hemos tenido esa plática. Los dos decidimos no tener hijos, mi esposo se hizo la vasectomía, ya tenemos 15 años juntos (mujer, 46 años, 2024).

Estos relatos muestran nuevas configuraciones de vínculos afectivos que no necesariamente transitan por la parentalidad. En el primer caso, se reconoce la imposibilidad legal de adoptar como una barrera estructural (homofobia institucional). A pesar de ello, la pareja genera otros circuitos de cuidado, como el de los sobrinos. En el segundo, se reafirma una decisión conjunta de no tener hijos, sostenida por una relación estable y comunicativa.

Ambos casos desafían el modelo de familia tradicional y amplían los márgenes de lo posible. En línea con los Principios de Yogyakarta, estas decisiones reivindican el derecho a formar (o no) una familia sin que medie coerción, juicio moral o impedimentos legales. Al mismo tiempo, revelan cómo los derechos sexuales no están garantizados de forma equitativa, dependen del lugar que se ocupa en la estructura social.

Proyecto de vida y disidencia frente al mandato maternal

Nuestra forma de vida no nos lo permite. A los dos nos gusta viajar y no creo que con hijos pudiéramos haber hecho lo que hemos hecho (mujer, 43 años, 2024).

Como mujer es lo que se espera, embarazarse y ser madre. Pero no es el estereotipo con el que yo me identifico (mujer, 38 años, 2024).

Estas voces expresan una decisión más ligada a estilos de vida y a la identidad. El primer testimonio desmonta el ideal de “tenerlo todo” (viajar, crecer profesionalmente, y además ser madre). Plantea que la maternidad puede representar una renuncia a otros proyectos personales. El segundo cuestiona directamente el mandato de género que asocia ser mujer con ser madre, y reivindica el derecho a construirse desde otros referentes identitarios.

Desde la sociología de la acción de Giddens, estos relatos muestran cómo los sujetos pueden ejercer una agencia transformadora incluso en contextos de normatividad intensa. Para Butler, implican una crítica performativa al género como dispositivo de poder. Al negarse a encarnar el rol materno, estas mujeres desafían el régimen de verdad que define lo que “es” una mujer.

Estos testimonios destacan las elecciones individuales, además de sus trayectorias vitales situadas, profundamente atravesadas por relaciones de poder, contextos de violencia, condiciones materiales y regímenes discursivos sobre el cuerpo. Al recuperar sus voces, visibilizamos las prácticas que resisten al mandato reproductivo y a la diversidad de motivaciones,

afectos y condiciones que las sostienen. Como propone Foucault, todo discurso produce subjetividad; y en estos relatos se está produciendo una subjetividad femenina que no se define exclusivamente desde la maternidad, sino desde la dignidad, el deseo y la libertad.

Capítulo 3

Trascendencia de lo normativo en la atención del embarazo, parto y puerperio

La atención materna en México está normativamente regulada por instrumentos como la Norma Oficial Mexicana NOM-007-SSA2-2016, cuyo propósito es establecer los criterios mínimos para la vigilancia, atención médica y prevención de complicaciones durante el embarazo, parto y puerperio. Esta norma constituye un marco institucional que busca garantizar una atención médica segura, con enfoque de derechos y pertinencia cultural. En teoría, representa un avance hacia el reconocimiento de la diversidad de prácticas y necesidades de las mujeres gestantes, e incluso abre espacios a alternativas como el parto vertical o el acompañamiento por parteras.

Sin embargo, en la práctica, existen importantes tensiones entre lo que establecen los marcos normativos y la realidad de los servicios de salud, especialmente en contextos de desigualdad, como los que predominan en el estado de Chiapas. En este capítulo

se analiza críticamente la normatividad que rige la atención materna, considerando su potencial como instrumento de protección, pero también sus limitaciones cuando se convierte en un dispositivo de control, exclusión o medicalización excesiva. Para ello se revisa tanto el diseño de la NOM-007 como su aplicación concreta en contextos locales.

Normatividad sanitaria y atención materna. Entre la protección y el control

Desde la perspectiva de Foucault (1976), los marcos normativos en salud pueden entenderse como dispositivos de gubernamentalidad. No se limitan a prescribir protocolos técnicos, sino que configuran formas de intervención sobre los cuerpos y las poblaciones. A través de criterios como eficiencia, riesgo, seguridad y control, estas normativas regulan la vida, especialmente la vida reproductiva, al definir qué prácticas son legítimas, qué saberes son válidos y quién puede ejercer autoridad sobre los procesos reproductivos.

La Norma Oficial Mexicana NOM-007-SSA2-2016, que establece los criterios mínimos para la atención médica a la mujer durante el embarazo, parto y puerperio fisiológicos, así como a la persona recién nacida, es un ejemplo claro de esta racionalidad médica. Aunque la norma incluye principios como la interculturalidad, el consentimiento informado y la atención respetuosa, en la práctica su aplicación sigue reflejando formas de verticalidad médica, despojo de agencia a las mujeres gestantes, y exclusión sistemática de saberes no biomédicos.

En muchos contextos, la atención médica se ofrece bajo una lógica de cumplimiento normativo más que de garantía de derechos, en la que las mujeres son vistas como receptoras pasivas de servicios institucionales, y no como sujetos activos con capacidad de decisión sobre su cuerpo y su reproducción. Esta tensión se agrava en contextos de diversidad cultural, donde la imposición de un modelo biomédico excluye o deslegitima prácticas tradicionales como el acompañamiento de parteras o la atención comunitaria del embarazo y el parto.

Un aparato normativo amplio y centralizado

La NOM-007 no opera de manera aislada. Forma parte de un conjunto de normas oficiales que articulan un sistema técnico-jurídico extenso, que regula todos los aspectos de la atención en salud. Algunas de las normas complementarias que refuerzan esta lógica son:

- NOM-004-SSA3-2012 sobre el expediente clínico, que estandariza el registro y seguimiento biomédico.
- NOM-005-SSA2-1993 de servicios de planificación familiar, centrada en el control de la fecundidad.
- NOM-014-SSA2-1994 para la prevención del cáncer cérvico uterino.
- NOM-046-SSA2-2005, que establece criterios para la atención de la violencia familiar, sexual y contra las mujeres.
- Entre muchas otras normas que se articulan para conformar un aparato de regulación sanitaria totalizante,

que abarca desde el diagnóstico de enfermedades hasta la promoción alimentaria o la regulación de fórmulas lácteas infantiles.

Si bien este entramado normativo responde a la necesidad de estandarizar y garantizar ciertos mínimos de calidad y acceso, también actúa como un dispositivo de control que reduce la complejidad de la experiencia reproductiva a un conjunto de indicadores y protocolos. Esta lógica puede ser particularmente excluyente para mujeres indígenas, rurales o desplazadas, cuyas realidades no se ajustan a los supuestos homogéneos de la normatividad oficial.

Atención prenatal. Vigilancia, prevención y medicalización

La NOM-007 establece un esquema específico de atención prenatal, que sugiere al menos ocho consultas durante el embarazo, iniciando preferentemente antes de las ocho semanas. Las consultas están organizadas en un calendario que va desde las 6-8 semanas hasta las 38-41 semanas de gestación. Asimismo, enfatiza la importancia del tamizaje prenatal y del ultrasonido como herramientas fundamentales de vigilancia biomédica, destacando el uso de estos dispositivos en las semanas 11 a 13.6, y entre las semanas 16 y 22.

Aunque estas recomendaciones buscan anticipar riesgos y mejorar resultados maternos y perinatales, también refuerzan la idea de que el embarazo debe ser vigilado continuamente por el aparato médico, reduciendo el margen de acción autónoma de las

mujeres y excluyendo otras formas de seguimiento y acompañamiento que no se ajustan a la lógica tecnológica.

Este modelo normativo no siempre considera las barreras estructurales que enfrentan muchas mujeres para acceder a una atención prenatal continua, como la distancia a los servicios, la discriminación institucional, los costos indirectos o la incompatibilidad cultural. Tampoco reconoce que, en muchos casos, las mujeres recurren a una combinación de saberes tradicionales y atención biomédica, configurando itinerarios terapéuticos complejos y situados.

Ultrasonido obstétrico. Entre la vigilancia y la exclusión

La NOM-007-SSA2-2016 recomienda que durante el embarazo se realicen tres estudios de ultrasonido obstétrico, uno por trimestre. El primero entre las semanas 11 y 13.6 para confirmar la vitalidad fetal, edad gestacional y número de fetos. El segundo entre las semanas 18 y 22. El tercero entre las 29 y 30 semanas. Esta práctica, inscrita en la lógica de la vigilancia biomédica, pretende detectar de forma oportuna alteraciones fetales y riesgos obstétricos.

Sin embargo, la norma no establece la obligatoriedad de que las instituciones públicas garanticen efectivamente el acceso al estudio. En muchos establecimientos de salud, los ultrasonidos no están disponibles, no funcionan, o las citas se otorgan con fechas posteriores a la probable fecha de parto, lo que genera una exclusión indirecta. Esta situación empuja a

muchas mujeres a optar por servicios privados, aun a costa de su economía, como lo evidencia el siguiente testimonio:

Me dieron cita de aquí a un mes para el ultrasonido, porque hay que sacar cita para que nos lo realicen en la clínica, pero ahí no nos dan nada. En cambio, si vamos a otro consultorio pues nos cobran, pero nos dan la fotografía y sabemos cómo está nuestro bebé (mujer, 28 años, 2019).

Este ejemplo revela una forma de inequidad estructural. Aunque la NOM establece estándares clínicos, su cumplimiento depende de la infraestructura, disponibilidad tecnológica y gestión institucional, dejando fuera a quienes no tienen recursos para costear alternativas privadas.

La atención del parto en la NOM-007. Entre e discurso intercultural y la práctica vertical

La NOM-007 establece que la atención del parto debe ser respetuosa y con pertinencia cultural, permitiendo la elección de la posición del parto por parte de la mujer, y adecuando los espacios y procedimientos a las condiciones clínicas y la infraestructura del segundo nivel de atención. No obstante, esta disposición queda sujeta a interpretaciones institucionales que, en la práctica, restringen el ejercicio efectivo de estas decisiones, sobre todo en contextos rurales e indígenas.

Investigaciones como la de Ibáñez-Cuevas et al. (2015), en San Andrés Larráinzar, Chiapas, documentan que, a pesar de la presencia de hospitales comunitarios y casas maternas, las

barreras culturales, lingüísticas y geográficas siguen siendo factores determinantes para que las mujeres eviten la atención institucional. Las experiencias de maltrato, desprecio por su vestimenta, idioma o tradiciones, y una atención despersonalizada provocan una desconfianza generalizada hacia el sistema de salud.

Oxitocina. Regulación ambigua y uso no estandarizado

La oxitocina es uno de los medicamentos más comúnmente empleados durante el parto. La NOM-007 la menciona en el manejo activo del tercer periodo del parto, recomendando 10 UI por vía intramuscular o intravenosa, pero no establece lineamientos claros para su uso en la inducción del trabajo de parto, a pesar de que la Guía de Práctica Clínica lo menciona como procedimiento en caso de que no haya progreso cervical en dos horas.

Esta ambigüedad normativa deja la decisión al criterio médico, lo cual puede dar lugar a usos inadecuados, excesivos o sin consentimiento informado, especialmente en instituciones con poca supervisión. A nivel internacional, estudios clínicos han demostrado que el uso de oxitocina reduce el riesgo de hemorragia posparto severa (≥ 1000 ml), con un riesgo relativo (RR) de 0.61 (IC 95%: 0.44 a 0.87) comparado con placebo o ningún uterotónico (Abalos, 2006). No obstante, su uso no está exento de efectos adversos si no se administra con vigilancia adecuada.

Atención del puerperio. Un eslabón débil en la cadena de cuidados

Uno de los aspectos más desatendidos en la atención materna es el seguimiento del puerperio. La NOM-007 establece que deben realizarse al menos dos controles médicos, uno dentro de los primeros 15 días y otro al final del puerperio (alrededor de las seis semanas). Sin embargo, los datos disponibles revelan una grave omisión en esta etapa crítica. El informe del CONEVAL (2010) y boletines de la Secretaría de Salud (2017) indican que en promedio las mujeres reciben apenas 1.8 consultas posparto.

Este descuido es preocupante, considerando que el puerperio inmediato es una de las fases con mayor riesgo de muerte materna. A diferencia del control prenatal, socialmente más interiorizado y promovido, la consulta posparto no se percibe como necesaria, lo que contribuye a una vigilancia deficiente de complicaciones potencialmente mortales como infecciones, hemorragias o trastornos de salud mental.

Planificación familiar posparto. Promoción o prescripción

La NOM-007 también enfatiza la necesidad de ofrecer información completa sobre métodos anticonceptivos antes del alta hospitalaria, especialmente si la mujer expresó interés en utilizarlos durante su atención prenatal o en el parto. Aunque este enfoque busca garantizar el derecho a la planificación reproductiva, es crucial vigilar cómo se implementa esta recomendación en la práctica.

Diversas investigaciones han advertido que, en algunos contextos, el personal de salud no solo “ofrece” anticonceptivos, sino que presiona o decide por las mujeres, sin respetar el principio del consentimiento informado. Además, la disponibilidad real de métodos, especialmente los de larga duración, suele estar condicionada por la infraestructura o la política interna de cada institución.

Desigualdades estructurales en la atención materna en Chiapas

Chiapas presenta algunas de las condiciones más desfavorables para la salud materna en México. A pesar de los avances legislativos y normativos, persisten múltiples barreras que impiden el acceso equitativo, oportuno y respetuoso a los servicios de salud. Entre estas barreras destacan:

- **Desigualdades territoriales.** En zonas rurales o de difícil acceso, las unidades de salud son escasas, están mal equipadas o carecen de personal calificado, lo que obliga a muchas mujeres a desplazarse largas distancias o a parir en condiciones precarias.
- **Barreras lingüísticas y culturales.** Muchas mujeres indígenas no hablan español o enfrentan estigmatización por sus prácticas culturales, lo que genera experiencias de discriminación y violencia institucional.
- **Medicalización excesiva y violencia obstétrica.** El parto se convierte en un procedimiento controlado por tecnologías, protocolos y jerarquías que muchas

veces ignoran los tiempos, deseos y necesidades de las mujeres. Esto se expresa en el uso rutinario de cesáreas, la administración sin consentimiento de oxitocina, la separación madre-hijo, y otras prácticas que vulneran los derechos reproductivos.

- **Débil reconocimiento del rol de las parteras tradicionales.** Aunque la NOM-007 reconoce el valor de los saberes locales, en la práctica, las parteras son frecuentemente desplazadas, criminalizadas o subordinadas a esquemas institucionales que no reconocen sus conocimientos como válidos.

Subjetividad, normas y agencia en la atención institucional

La normatividad organiza los procedimientos médicos, produce subjetividades, define qué es una “buena madre”, cómo debe comportarse una mujer embarazada, y cuál es el modelo ideal de atención. En este marco, las mujeres que no encajan en ese modelo (por edad, etnicidad, preferencia sexual, estado civil o decisión de no maternar) suelen ser objeto de desconfianza, control o castigo simbólico.

A pesar de este panorama, muchas mujeres ejercen agencia dentro y fuera de los espacios institucionales. Algunas negocian las condiciones de su atención, buscan acompañamiento de parteras, o rechazan ciertas intervenciones médicas. Otras optan por partos en casa o recurren a redes de apoyo comunitario para sobrellevar un puerperio sin violencia ni medicalización innecesaria. Estas estrategias muestran que las mujeres no son

simplemente receptoras pasivas de la atención, sino actoras capaces de resistir, redefinir y resignificar su experiencia reproductiva.

Testimonios y experiencias desde el sur de México

Los siguientes fragmentos testimoniales ilustran la distancia entre las normas y la experiencia vivida:

Me dijeron que si no quería oxitocina tenía que firmar algo, pero no me explicaron bien. Sentí que, si no aceptaba, me iban a dejar sola.

— Mujer de 28 años, zona periurbana de San Cristóbal

La doctora me gritó porque no hablaba bien español, decía que no entendía lo que me decía y que por eso tenía complicaciones. Me dio miedo volver al hospital.

— Mujer tzeltal, 32 años

Mi parto fue con partera porque en la clínica nos dijeron que ya no había lugar, que me regresara. Mi suegra fue por la partera de la comunidad y me acompañó en todo. Ella sí me escuchó.

— Mujer desplazada, 24 años

Estos testimonios evidencian prácticas institucionales que contradicen los principios normativos, y muestran cómo las mujeres construyen sentidos y estrategias para afrontar procesos de atención muchas veces marcados por la deshumanización, el racismo y la exclusión.

Hacia una atención materna intercultural, feminista y justa

Reconocer la trascendencia de lo normativo implica ir más allá de los documentos técnicos y preguntarse cómo se traducen en la vida cotidiana de las mujeres. Una atención verdaderamente respetuosa de los derechos humanos y reproductivos debe:

- Incorporar las voces de las usuarias en el diseño, evaluación y transformación de los servicios.
- Reconocer y articular los saberes de las parteras y otros actores comunitarios sin subordinarlos.
- Erradicar la violencia obstétrica mediante protocolos que privilegien el consentimiento informado, la escucha activa y la empatía.
- Garantizar accesibilidad, pertinencia cultural y acompañamiento integral, especialmente en contextos de vulnerabilidad como el desplazamiento, la pobreza o la discriminación.

El desafío no es sólo normativo, sino profundamente político y ético. Se trata de repensar la atención materna desde la justicia social, el pluralismo de saberes y la centralidad de las mujeres como sujetas activas de derechos. La atención materna en México, particularmente en contextos como Chiapas, se encuentra en una constante tensión entre la normatividad biomédica y las experiencias diversas, situadas y complejas de las mujeres. Si bien la NOM-007 representa un esfuerzo por regular y garantizar estándares mínimos de atención durante el embarazo, el parto y el puerperio, su aplicación en el terreno revela importantes

brechas estructurales, culturales y simbólicas que reproducen desigualdades y vulneraciones de derechos.

Las mujeres no viven la atención de manera homogénea, su acceso, su trato, su posibilidad de agencia y su seguridad están profundamente afectadas por factores como la clase social, la pertenencia étnica, la orientación sexual, la lengua, el territorio o el estado civil. A pesar de estos obstáculos, las mujeres ejercen múltiples formas de resistencia, reapropiación de saberes y organización colectiva, mostrando que la atención materna no es un proceso pasivo sino profundamente político.

Reconocer la centralidad de las mujeres como sujetas activas, respetar sus decisiones, visibilizar sus experiencias y articular los distintos saberes sobre el cuerpo y la reproducción son elementos fundamentales para avanzar hacia una atención realmente digna, inclusiva, intercultural y feminista. Esto implica reformas legales o mejoras técnicas, transformaciones profundas en la manera de entender la salud, la vida y los derechos desde el Estado, los sistemas médicos y la sociedad.

El capítulo analizó cómo la NOM-007-SSA2-2016, que regula la atención del embarazo, parto y puerperio en México, aunque establece criterios técnicos y menciona principios como la interculturalidad y el consentimiento informado, en la práctica reprodujo formas de control médico sobre los cuerpos gestantes.

Se evidenció que los servicios no siempre garantizaron los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres, particularmente el derecho a decidir sobre su cuerpo, recibir atención digna, acceder a información clara, y elegir libremente métodos anticonceptivos. Casos como los ultrasonidos tardíos, el uso no consensuado de oxitocina, la atención posparto deficiente, y la

coerción anticonceptiva, muestran una brecha entre la norma y su aplicación efectiva.

Desde una mirada crítica, el capítulo planteó que la NOM, lejos de garantizar plenamente estos derechos, funcionó como un dispositivo de gubernamentalidad, subordinando la salud reproductiva a criterios biomédicos, institucionales y de eficiencia, sin considerar suficientemente los contextos sociales, culturales y étnicos de las mujeres, especialmente las indígenas y rurales.

Capítulo 4

Atención hospitalaria en México y América Latina

La atención hospitalaria en México y América Latina puede entenderse al considerar las profundas desigualdades sociales, culturales y económicas que implican estos sistemas de salud. Aunque la expansión de la infraestructura hospitalaria y la biomedicina han representado avances en la cobertura y en la capacidad técnica para atender procesos de enfermedad, especialmente en áreas urbanas, las condiciones para acceder y recibir una atención digna y efectiva distan mucho de ser equitativas. El hospital, como espacio emblemático de la biomedicina, se convierte en un sitio donde se enfrentan saberes, prácticas y valores diversos. Por un lado, la medicina institucionalizada, universalizante y medicalizadora. Por otro, las prácticas tradicionales, las culturas indígenas y las expectativas de las mujeres y sus familias, en un contexto marcado por la desigualdad estructural, la exclusión social y la discriminación.

1. El hospital como espacio de poder y medicalización

Michel Foucault (1975) conceptualizó el hospital como un espacio donde el poder médico se materializa y regula los cuerpos, haciendo visible la medicalización de la vida. En México y América Latina, esta medicalización se expresa en la forma en que los procesos reproductivos –parto, embarazo y puerperio– han sido progresivamente institucionalizados y sometidos a protocolos biomédicos que buscan estandarizar y controlar los riesgos, pero que al mismo tiempo invisibilizan y subordinan las experiencias y saberes locales.

La medicalización implica un desplazamiento de la autonomía de las mujeres sobre sus cuerpos y procesos reproductivos. La atención hospitalaria en el parto, por ejemplo, se caracteriza por la prevalencia de intervenciones médicas –cesáreas, uso de oxitocina, episiotomías– que muchas veces no son consensuadas ni explicadas adecuadamente a las pacientes, quienes en muchos casos desconocen qué procedimientos se les realizan o por qué (Martin, 1987; Conrad, 2007). Esta situación se agrava cuando las mujeres provienen de contextos indígenas o rurales y enfrentan barreras idiomáticas y culturales.

2. Desigualdades estructurales y exclusión en la atención hospitalaria

Los sistemas hospitalarios en México y América Latina operan en contextos de desigualdad estructural, donde la distribución inequitativa de recursos, personal capacitado, tecnología y

medicamentos limita el acceso y la calidad del servicio en zonas marginadas y rurales (PAHO, 2014). En particular, las poblaciones indígenas y rurales enfrentan múltiples obstáculos, desde la falta de transporte y la precariedad económica para costear desplazamientos hasta la discriminación abierta o velada por parte del personal de salud.

Esta exclusión se expresa también en la ausencia de reconocimiento de los saberes tradicionales. El hospital, como institución, tiende a desconocer la validez y la importancia de las parteras tradicionales y otros agentes comunitarios, lo que genera tensiones y rupturas en la continuidad del cuidado. La exclusión de estos actores no sólo desconoce una parte fundamental de la cultura y el tejido social de las comunidades, sino que afecta negativamente los resultados en salud al impedir un abordaje integral y culturalmente pertinente.

3. Barreras lingüísticas y culturales. La invisibilización del otro

Una de las formas más evidentes de exclusión en la atención hospitalaria es la barrera idiomática. Muchas mujeres indígenas monolingües, que hablan lenguas como el tzeltal o el tzotzil, se ven enfrentadas a la imposibilidad de comunicarse con el personal médico, que rara vez habla su lengua. Esta falta de intérpretes profesionales o de personal capacitado en lenguas originarias implica que las pacientes no pueden expresar sus síntomas, inquietudes o necesidades, y que no comprenden los procedimientos, limitando su capacidad para participar activamente en las decisiones sobre su atención.

Desde un enfoque antropológico, esta barrera lingüística es también una barrera cultural que invisibiliza al otro y refuerza las jerarquías entre el sistema biomédico dominante y las culturas indígenas, lo que se traduce en una atención fragmentada, despersonalizada y muchas veces violenta en términos simbólicos y emocionales (Delgado et al., 2010).

4. Violencia obstétrica. Una forma de violencia institucional

La violencia obstétrica ha sido reconocida como una forma específica de violencia institucional que se manifiesta en el trato deshumanizado, el uso de procedimientos sin consentimiento, la negligencia y el abuso físico o psicológico durante la atención del parto y el puerperio (Bohren et al., 2015). En México y América Latina, esta violencia es particularmente aguda para las mujeres indígenas, quienes además de sufrir el trato irrespetuoso, enfrentan estereotipos racistas y discriminatorios.

La violencia obstétrica afecta la salud física de las mujeres, y tiene profundas consecuencias psicológicas y sociales, perpetuando la desigualdad de género y la subordinación de las mujeres en el ámbito familiar y comunitario (Mendoza, 2018).

5. Autonomía reproductiva y consentimiento informado en la atención hospitalaria

El consentimiento informado es un derecho fundamental en la atención médica, pero en la práctica hospitalaria en México y

América Latina está condicionado por las relaciones de poder y las estructuras patriarcales. Muchas veces, el consentimiento para procedimientos como la esterilización o cesáreas es firmado por los cónyuges o familiares, desplazando la autonomía de la mujer.

Este fenómeno refleja cómo las dinámicas de poder patriarcales se reproducen dentro de los espacios hospitalarios, negando a las mujeres el derecho a decidir sobre sus cuerpos y su reproducción, especialmente en comunidades indígenas donde la desigualdad de género se entrelaza con la discriminación étnica.

6. Estrategias para la atención intercultural y humanizada

Frente a las problemáticas de desigualdad, violencia institucional y exclusión cultural en los servicios de salud, diversos países han impulsado modelos de atención intercultural que buscan conciliar la biomedicina con las prácticas y valores culturales locales. En México, el **Modelo de Atención Intercultural** reconoce la importancia de incluir a parteras tradicionales, utilizar intérpretes y adaptar los espacios y protocolos hospitalarios para respetar las costumbres y necesidades de las comunidades indígenas (Secretaría de Salud, 2013).

Estas estrategias buscan mejorar los resultados en salud, **humanizar la atención**, promoviendo respeto, empatía y participación activa de las mujeres y sus familias. Esto fortalece la confianza en los servicios institucionales y contribuye a que las mujeres se sientan reconocidas en su identidad cultural,

con lo cual se reducen las barreras de acceso y se incrementa la efectividad de los cuidados médicos.

La atención hospitalaria en México y América Latina está atravesada por múltiples tensiones entre la ciencia biomédica y los saberes tradicionales, entre la institucionalidad y la diversidad cultural, y entre el control médico y la autonomía de las mujeres. Avanzar hacia sistemas de salud más justos y eficaces requiere reconocer estas tensiones, desmontar prácticas de exclusión y violencia institucional, y construir modelos de atención interculturales y sensibles al género que garanticen acceso, calidad y respeto a los derechos de todas las personas, especialmente de las mujeres indígenas y de las poblaciones más vulnerables.

Casas Maternas

Las Casas Maternas (CM) constituyen un modelo innovador diseñado para atender las necesidades específicas de las mujeres embarazadas en comunidades rurales e indígenas, donde la atención hospitalaria tradicional presenta barreras geográficas, culturales y sociales. Estos espacios proporcionan cuidados biomédicos e incorporan una perspectiva intercultural, validando los saberes y cosmovisiones ancestrales sobre la maternidad y el parto.

En contextos como los de Chiapas, donde persisten desigualdades estructurales, discriminación étnica y exclusión social, las CM representan un esfuerzo por descentralizar la atención obstétrica, haciéndola accesible, culturalmente pertinente y respetuosa de la autonomía de las mujeres. Sin embargo, este modelo enfrenta desafíos importantes, como la tensión entre

biomedicina y medicina tradicional, la distribución de recursos y la participación real de la comunidad en los procesos de salud, aspectos que requieren atención constante para garantizar su eficacia y sostenibilidad.

Además, éstas han demostrado ser espacios estratégicos para promover prácticas de salud reproductiva integral, como la lactancia materna, el acompañamiento durante el embarazo y el parto, y la educación sobre cuidado infantil. La participación de parteras tradicionales en estos espacios refuerza la transmisión de saberes ancestrales y fortalece las redes comunitarias de apoyo, evidenciando que la atención intercultural no sólo mejora la seguridad y calidad de los cuidados, sino que también empodera a las mujeres y a sus comunidades, fomentando la autonomía, la autodeterminación y la continuidad de prácticas culturales relevantes en la maternidad.

Servicios de atención reproductiva en México a través de los Consultorios Adyacentes a Farmacias (CAF)

En México, el sector farmacéutico constituye un pilar clave dentro de la economía y del sistema de salud privado, debido a su amplio desarrollo industrial que abarca desde la fabricación hasta la distribución de medicamentos e insumos médicos. Dentro de este sector, los Consultorios Adyacentes a Farmacias (CAF) representan el punto de contacto directo con la población, ofreciendo servicios de salud primaria, incluyendo atención reproductiva, en un contexto donde los servicios públicos de salud presentan limitaciones en cobertura, acceso y calidad.

Características y alcance de los CAF

Los CAF han ganado relevancia debido a varias ventajas frente a la oferta pública: precios relativamente bajos, accesibilidad geográfica, horarios extendidos y menor tiempo de espera. Esto los convierte en una alternativa atractiva, especialmente para quienes enfrentan barreras económicas y logísticas para acceder a servicios de salud formales (Torres et al., 2008; Molina et al., 2008; Moreno et al., 2011; Osorio, 2019, 2020; Gómez et al., 2020). Sin embargo, este modelo no está exento de problemáticas significativas, particularmente en términos de regulación, calidad y seguridad de los servicios.

Hasta 2023, se registraban alrededor de 9,087 CAF formales con Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES) avalados por COFEPRIS, aunque se estima que más del triple operan de manera informal sin los permisos correspondientes (AM Querétaro, 2023; DGIS, 2023). Esta informalidad genera incertidumbre sobre la calidad de la atención y representa un riesgo potencial para la salud de las personas usuarias.

Impacto económico y social en poblaciones vulnerables

El acceso a los servicios en los CAF implica gastos directos para las familias. En poblaciones más vulnerables —como comunidades indígenas, rurales y de bajos ingresos— estos costos pueden representar una carga económica significativa, contribuyendo al empobrecimiento y a los llamados gastos catastróficos en salud (Pérez-Cuevas et al., 2014; Colchero et al., 2020).

Esto evidencia las profundas desigualdades estructurales que dificultan el acceso equitativo a la atención sanitaria en México.

Dimensión social y laboral del modelo CAF

El crecimiento de los CAF ha estado acompañado de una lógica social que busca ampliar el acceso a servicios de salud y medicamentos a precios asequibles para sectores económicamente desfavorecidos. Sin embargo, esta misión social convive con condiciones laborales precarias para el personal de salud, quienes a menudo son contratados bajo esquemas informales, con baja remuneración y sin prestaciones. Estas condiciones afectan no solo la estabilidad del personal, sino también la calidad de la atención brindada (Salas y Zepeda, 2003; Díaz et al., 2015; Leyva y Pichardo, 2012; Wirtz VJ et al., 2015; Lesena, 2016; Osorio, 2019, 2020; Moran, 2020, 2021).

Relación con el sistema público y cambios recientes

Contrario a lo esperado con la expansión del Seguro Popular, los CAF no disminuyeron su presencia. Por el contrario, su demanda creció debido en parte a la insuficiencia del sistema público para cubrir las necesidades de la población, especialmente en zonas rurales o marginadas. La rapidez y conveniencia que ofrecen, junto con la disponibilidad constante de medicamentos, consolidan a los CAF como una opción viable para los sectores de bajos y medianos ingresos (Montoya et al., 2017; Moran, 2021). Esto evidencia las limitaciones del sistema público para garantizar cobertura universal y atención de calidad, particularmente en salud materna.

Atención reproductiva y salud materna

La atención obstétrica es la principal razón por la que las mujeres mexicanas recurren a servicios de salud (Torres y Knaul, 2001). Cada año, más de dos millones de mujeres experimentan el embarazo y parto, con más de la mitad atendidas en instituciones públicas (DGIS, 2018). Sin embargo, aquellas que no acceden o no confían en los servicios públicos buscan alternativas como CAF, parteras tradicionales, medicina alternativa o servicios privados.

La desigualdad social y cultural influye profundamente en el acceso a atención de calidad, afectando negativamente los resultados en salud materna. Experiencias previas de maltrato, discriminación o falta de información han llevado a que muchas mujeres eviten los servicios formales. Programas como Progres-Oportunidades-Prospera incentivaron la corresponsabilidad en controles prenatales y cuidados nutricionales, pero su eliminación en 2019 dejó a numerosas comunidades vulnerables sin apoyo, ampliando las brechas en salud reproductiva y materna (IMSS-PROSPERA, 2012; Morales, 2019).

Costos de la atención reproductiva y elección de alternativas como los CAF

Otro factor determinante en la elección de los CAF por parte de las mujeres es el alto costo de la atención reproductiva en servicios privados tradicionales. Procedimientos como cesáreas, consultas médicas, estudios de laboratorio, ultrasonidos o tratamientos de fertilidad representan gastos significativos que muchas familias no pueden afrontar. Esta realidad económica

genera que las mujeres busquen alternativas más accesibles, como los CAF, donde pueden recibir atención ambulatoria, prescripción de medicamentos y algunos estudios diagnósticos a menor costo. De manera similar, las parteras tradicionales, al brindar acompañamiento durante el embarazo y parto, suelen recomendar el uso de ciertos medicamentos o derivar a los servicios de ultrasonido únicamente cuando es estrictamente necesario, con el objetivo de reducir los gastos de bolsillo de las mujeres y sus familias. Esta estrategia refleja que, en contextos de exclusión económica, las decisiones sobre salud reproductiva no dependen de la biomedicina, sino también de las consideraciones prácticas, culturales y económicas que buscan garantizar el cuidado sin comprometer la estabilidad financiera del hogar.

El caso de la cesárea

Además de los servicios públicos y los Consultorios Adyacentes a Farmacias (CAF), una proporción significativa de mujeres en México opta por la atención en hospitales privados durante el embarazo y el parto. Esta elección, frecuentemente vinculada a la percepción de una atención más personalizada y mejores condiciones, implica costos elevados que representan una barrera importante para el acceso equitativo a la salud reproductiva.

El procedimiento de cesárea es uno de los más comunes y económicamente gravosos en el sector privado. Estudios recientes reportan que el costo promedio de una cesárea en hospitales privados mexicanos oscila entre 30,000 y 70,000

pesos mexicanos (aproximadamente 1,500 a 3,500 dólares americanos), dependiendo de la clínica, la región y los servicios incluidos —honorarios médicos, anestesia, estancia hospitalaria y medicamentos— aunque gastos adicionales suelen pagarse por separado (González et al., 2019; Sánchez y Martínez, 2021). En algunas clínicas de alto nivel, estos costos pueden ser aún mayores, superando los 100,000 pesos (más de 5,000 USD) (INEGI, 2022).

Este alto costo tiene un impacto directo en la economía familiar, pues muchas mujeres y sus familias deben recurrir a préstamos, ahorros o reducir gastos básicos para cubrir la atención obstétrica privada (Pérez-Cuevas et al., 2014). El endeudamiento relacionado con gastos médicos contribuye al empobrecimiento, especialmente en poblaciones vulnerables como mujeres en zonas rurales e indígenas, quienes enfrentan además barreras geográficas y culturales para acceder a servicios de salud adecuados (Colchero et al., 2020; Morales, 2019).

México tiene una de las tasas de cesáreas más elevadas a nivel mundial, con un porcentaje superior al 45% de todos los partos, muy por encima del rango recomendado por la Organización Mundial de la Salud (OMS), que sugiere no superar el 15% (OMS, 2015). Esta sobrerrepresentación de cesáreas, en muchos casos no médicamente justificadas, implica costos adicionales para el sistema de salud y las familias, además de riesgos clínicos incrementados para las madres y recién nacidos (Villar et al., 2006; Gutiérrez et al., 2017).

La prevalencia de cesáreas innecesarias en el sector privado responde, en parte, a incentivos económicos y a prácticas médicas que favorecen la intervención quirúrgica como rutina, así como a factores culturales y sociales que configuran la demanda y oferta

de estos procedimientos (De la O et al., 2020). El costo elevado y la frecuencia de las cesáreas evidencian la necesidad urgente de fortalecer la regulación, la transparencia en los precios y la promoción de prácticas obstétricas basadas en evidencia científica y en el respeto a los derechos sexuales y reproductivos.

La ausencia de un control efectivo sobre los costos y la calidad en el sector privado dificulta garantizar la accesibilidad y la atención digna para todas las mujeres. Por ello, se requieren políticas públicas integrales que incluyan subsidios, regulaciones estrictas y campañas de educación para informar a las mujeres sobre sus opciones de parto, fomentando la toma de decisiones libres. Conocer y aplicar la Norma Oficial Mexicana NOM-007-SSA2-2016 para la atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio es esencial para garantizar la vigilancia del acceso a servicios de salud reproductiva y asegurar la calidad y seguridad de la atención. Sin embargo, los espacios de atención médica reflejan la medicalización de los procesos reproductivos, fenómeno que responde en gran medida a los altos costos de los servicios, especialmente en hospitales privados, y a las limitaciones impuestas por las condiciones sociodemográficas de las mujeres. Estas barreras explican por qué muchas recurren a los Consultorios Adyacentes a Farmacias o a parteras tradicionales que, además de ofrecer atención más accesible, pueden recetar medicamentos o brindar estudios complementarios a menor costo. En este contexto, resulta crucial visibilizar cómo las mujeres negocian su autonomía y bienestar, y cómo se requieren modelos de atención interculturales, accesibles y respetuosos de los derechos reproductivos, que integren perspectiva de género, equidad y pertinencia cultural, informadas y respetuosas (OPS, 2021; Secretaría de Salud, 2020).

En conclusión, el alto costo de la cesárea en hospitales privados y su excesiva utilización representan un obstáculo económico y un riesgo para la salud materna, especialmente para las mujeres de bajos ingresos. Es indispensable trabajar en la equidad del acceso, la calidad de la atención y la promoción de partos seguros y respetuosos, en todos los sectores.

Capítulo 5

Caso de investigación. Promoción de la lactancia materna por parteras en México durante la pandemia de COVID-19

La mortalidad infantil en México ha experimentado un aumento, pasando de 34.2 por cada 1,000 nacidos vivos en 2019 a 44.2 en 2020 (INEGI, 2022). Uno de los principales problemas asociados con esta tendencia es la alimentación deficiente en los primeros años de vida. En este contexto, la lactancia materna se ha convertido en una práctica fundamental, ya que ha demostrado tener múltiples beneficios para la salud y supervivencia de los recién nacidos (OMS, 2019; Galindo-Sevilla et al., 2021, Sankar et al., 2015; Kan et al., 2015). Además, tiene beneficios económicos, ya que puede ayudar a las madres a ahorrar dinero en la compra de fórmulas infantiles y gastos médicos asociados con enfermedades infantiles prevenibles. A nivel de salud materna, se ha demostrado que la lactancia materna reduce el riesgo de sobrepeso,

obesidad, diabetes, hipertensión, enfermedades cardiovasculares, cáncer de mama y ovario (Tomori et al., 2022).

Sin embargo, a pesar de los numerosos beneficios de la lactancia materna, en México su duración promedio es de sólo 10 meses, según las encuestas realizadas desde 1999 hasta 2018. La lactancia materna exclusiva en 2006 fue del 22.3%, pero ha disminuido al 14.5% en 2012, aunque ha vuelto a aumentar a 28.3% posteriormente. Se ha observado una disminución, especialmente en el medio rural, pasando del 36.9% al 18.5% (INSP, 2006, 2012, 2018). En comparación, en América Latina, la población indígena tiene un mayor porcentaje de lactancia materna exclusiva de 6 meses a 1 año en comparación con la población no indígena (Gonzales et al., 2013).

Estos datos indican que, a pesar de los beneficios ampliamente conocidos de la lactancia materna, aún hay desafíos en su promoción y práctica en México, especialmente en las comunidades indígenas y rurales. En este contexto, la pandemia de COVID-19 ha presentado nuevos desafíos para la promoción y consejería de la lactancia materna, ya que hubo cambios en las prácticas de atención médica y restricciones en la movilidad de las madres y los servicios de salud.

Este artículo se centrará en las experiencias de las parteras de tres estados indígenas de México (Chiapas, Guerrero y Yucatán) en la promoción y consejería de la lactancia materna durante la pandemia de COVID-19. Las parteras, como proveedoras de atención médica en las comunidades indígenas, desempeñan un papel crucial en la promoción de la lactancia materna y en la atención prenatal y posnatal de las madres y los recién nacidos. En dicho contexto, las parteras han tenido que adaptar sus prácticas y brindar apoyo a las madres de manera virtual o mediante

medidas de distanciamiento social, lo cual ha sido un desafío. Además, la falta de recursos y capacitación adecuada ha limitado su capacidad para brindar el mejor apoyo posible a las madres y los recién nacidos durante esta pandemia. Es importante reconocer la importancia del papel de las parteras en la promoción de la lactancia materna durante la pandemia de COVID-19, así como abordar las dificultades que enfrentan, incluyendo la adaptación de sus prácticas, la falta de recursos y la necesidad de capacitación adecuada.

Contexto de la lactancia materna y parteras

Existen múltiples razones a nivel individual, social, comunitario, institucional y político que contribuyen a esta disminución en la práctica de la lactancia materna. A nivel individual, se reportan problemas como la falta de confianza y capacidad de la madre para nutrir a su bebé, enfermedades maternas, malestares y requerimientos asociados con la lactancia materna, así como el trabajo fuera del hogar de las madres. A nivel social, puede haber dificultades debido a la falta de apoyo del entorno social de la madre, ausencia de una cultura favorable a la lactancia materna, así como la falta de políticas sociales, laborales y económicas que apoyen esta práctica (Gonzales y Hernández, 2016).

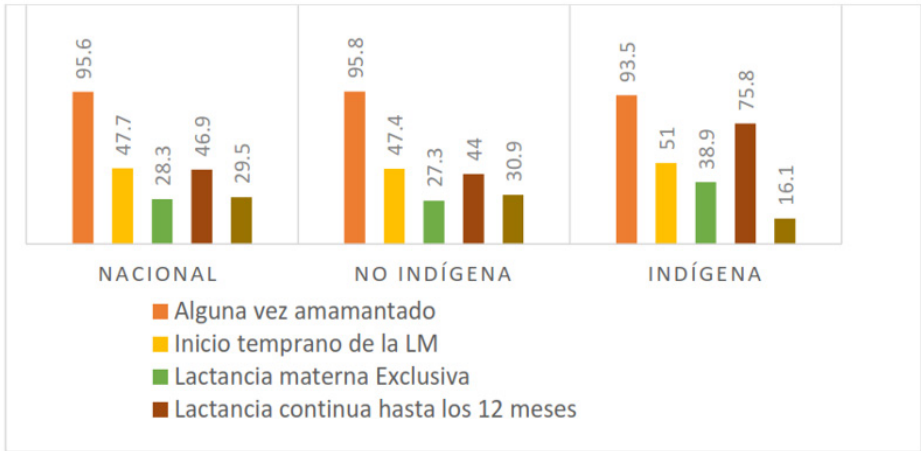
Dentro de las causas interpersonales se encuentran las recomendaciones inapropiadas sobre el cuidado al bebé, el destete, las prácticas de ablactación y los remedios de malestares dados por el entorno cercano a la madre, como familiares, pareja, parteras o personal de salud. A nivel comunitario, se ha observado la aceptación del uso de leches de fórmula como

un medio para demostrar capacidad adquisitiva de las madres o como una forma de "brindar mayor estatus". Por parte de las instituciones, se ha reportado como una barrera para la lactancia el brindar una consejería deficiente y poco efectiva por parte de los proveedores de servicios de salud a las madres. A nivel de políticas, la falta de apoyo del sistema de salud, además del poco o nulo cumplimiento al código internacional de sucedáneos de leche materna (CISLM), así como la falta de regularización del marketing de alimentos y bebidas dirigidos a niños menores de 6 meses y políticas en ambientes laborales que impiden una lactancia exitosa (Gonzales y Hernández, 2016; Flores, 2006; Delgado-Becerra et al., 2006).

Con lo mencionado anteriormente, es evidente que en México existen diversos factores que influyen en el abandono de la lactancia materna exclusiva y en la introducción temprana de alimentos o bebidas distintos a la leche materna. Algunos de estos factores incluyen la falta de acceso a leche materna, la percepción de las madres de que sus bebés no se llenan con la leche materna, la publicidad de alimentos infantiles, los cambios en el estilo de vida de las madres y la falta de apoyo del entorno para una lactancia materna exitosa (Bonvecchio et al., 2019).

Además, las mujeres en áreas rurales, en la región sur del país, con un nivel socioeconómico bajo, educación menor a la primaria, sin acceso a servicios de salud o sin un empleo remunerado, enfrentan mayores dificultades en términos de prácticas de lactancia materna (Gonzales y Hernández, 2016; Rodríguez y Tapia, 2019). Estos factores socioeconómicos y culturales pueden limitar el acceso a la información y el apoyo necesario para establecer una lactancia materna exitosa. En este sentido, se observa que a pesar de estos factores sociales que

prevalecen en la población rural e indígena la prevalencia de lactancia materna exclusiva es mayor en esta población, como la continuidad de la lactancia después del año (Ver gráfica 1).



Fuente: elaboración propia con base en González-Castell, Unar, Quezada, Bonvecchio & Rivera. Situación de las prácticas de lactancia materna y alimentación complementaria en México: resultados de la ENSANUT 2018. Salud Pública de México, 2020.

Gráfica 1. Tendencia a nivel nacional de población indígena y no indígena, 2018

Es importante destacar el papel crucial que desempeñan las parteras en la promoción de la lactancia materna en comunidades vulnerables, especialmente en estados como Chiapas, Yucatán y Guerrero, donde las parteras tradicionales son una parte integral del sistema de atención de la salud materna y neonatal. Sin embargo, es necesario tener en cuenta que estas parteras a menudo enfrentan limitaciones en términos de nivel educativo y acceso a fuentes de información basadas en evidencia (Morales, 2020; Sesia y Lina, 2021; Araya, 2011).

Se ha demostrado que un apoyo adecuado en las primeras 48 horas y las primeras 2 semanas después del nacimiento, incluyendo el asesoramiento sobre lactancia materna proporcionado por las parteras, puede ser fundamental para establecer una lactancia materna exitosa (Kramer, 2009). Por lo tanto, es importante fortalecer el papel de las parteras y mejorar su acceso a capacitación y fuentes de información actualizada para que puedan brindar un apoyo efectivo a las madres en la promoción de la lactancia materna exclusiva.

Parteras

En México, existen dos tipos de parteras, las tradicionales y las técnicas. La partería tradicional tiene una presencia significativa en México, con presencia en 26 de las 31 entidades federativas del país, según la Secretaría de Salud. En el año 2020, se registraron un total de 15,835 parteras tradicionales, de las cuales el 91% continúa trabajando (SSA- CNEGSR, 2020b: 33). Por otro lado, las parteras tradicionales son personas que han heredado el conocimiento y la práctica de la partería a través de generaciones, sin una formación formal. Son reconocidas por sus comunidades y suelen brindar atención en el ámbito comunitario, en las casas de las mujeres embarazadas y en el parto en el hogar (Sesia y Lina, 2021; Freyermuth, 2009; Araya, 2011).

Sin embargo, es importante reconocer que las parteras tradicionales a menudo enfrentan barreras para acceder a capacitación formal, recursos y fuentes de información actualizada basada en evidencia (UNFAPA, 2011; Araya, 2011). Las parteras tradicionales pueden tener un papel importante en la promoción de la lactancia materna en sus comunidades, al

brindar información culturalmente relevante y apoyo emocional a las madres durante el proceso de amamantamiento.

Las parteras técnicas han recibido una preparación formal en instituciones de salud y están registradas y reguladas por las autoridades de salud. Generalmente brindan atención en instalaciones de salud y pueden tener un rol importante en la promoción de la lactancia materna en el ámbito clínico, proporcionando información y apoyo a las madres sobre los beneficios de la lactancia materna exclusiva y ayudándolas con la técnica de amamantamiento.

Promoción y consejería

La consejería, según Troian-Zen (2001), implica proporcionar información, dar consejos, criticar, alentar, dar sugerencias e interpretar el significado del comportamiento del paciente. A lo largo de la historia, la consejería ha evolucionado desde el castigo y la coerción hasta una relación más permisiva que facilita el desarrollo emocional de las personas. La definición de consejería también ha evolucionado, respaldada por diferentes paradigmas teóricos como el psicoanálisis, el conductismo, el humanismo y enfoques contemporáneos como el feminismo, lo cual le da un espacio holístico contextualizado en la práctica, como en el caso de la consejería y promoción de la lactancia materna.

La Organización Mundial de la Salud (OMS, 1993) señala que la consejería a una madre no consiste únicamente en indicarle lo que debe hacer, sino en apoyarla para tomar decisiones informadas y mantener el control de su situación. En el ámbito de la lactancia materna, resulta fundamental identificar los roles

de todos los actores involucrados —tanto quienes transmiten la información como quienes la reciben— para garantizar que la consejería sea efectiva y contextualizada. Entre los transmisores de la consejería se encuentran el personal de salud, asesores de lactancia, parteras y la familia, sin embargo, la persuasión que ejercen sobre las mujeres está determinada por el contexto social, cultural y económico en el que se encuentran.

Por su parte, las mujeres durante la maternidad son influidas por su experiencia previa, así como por su posición de vulnerabilidad, la cual está determinada por su salud física y emocional, su entorno social, su situación económica y sus creencias e ideologías. Todos estos factores impactan directamente en su autonomía para tomar decisiones sobre la práctica de la lactancia materna (Morales, 2019). Además, la intencionalidad de la mujer y de los demás actores presentes en el contexto materno también condiciona la manera en que se vive y se experimenta la lactancia, evidenciando que este proceso es tanto biológico como social y relacional.

Lactancia materna y COVID 19

Al comienzo de la pandemia de COVID-19, había desinformación y temor a transmitir el virus a través de la leche materna. de madres con SARS-CoV-2 a sus bebés, lo que podría haber afectado negativamente la promoción y práctica de la lactancia materna (Vilar et al., 2021). Algunos estudios mencionan que al evitar la lactancia materna directa se reducen las posibilidades de que los recién nacidos se infecten por gotitas de la madre (Arnez et al., 2020; Liu W., 2020). La recomendación no consideró el

impacto a largo plazo de la separación que resulta en la pérdida de protección que la leche materna brinda al recién nacido. Además, representó un desafío para la promoción de la lactancia materna entre las mujeres, ya que no tenían claro si su leche materna podría infectar a sus bebés (Stuebe, 2020; Tomori, 2020).

Con base en lo expuesto y ante este panorama, se generaron las siguientes interrogantes que guiaron este trabajo: ¿Cómo fue la experiencia para la promoción de lactancia materna en parteras en los tres estados indígenas en el contexto de COVID-19? y ¿Cuáles son las barreras y facilitadores para la promoción de lactancia materna en parteras de los tres estados indígenas en el contexto de COVID-19?

Materiales y métodos

Esta investigación se planteó desde un abordaje cualitativo transversal, enmarcado dentro de una metodología exploratoria y descriptiva, con el objetivo de profundizar en las experiencias de las parteras en la promoción y consejería de lactancia materna durante la pandemia de COVID-19 en los estados de Chiapas, Guerrero y Yucatán. A través de este análisis se buscó identificar las percepciones, prácticas y representaciones de las parteras, así como las barreras y facilitadores que encontraron para promover la lactancia materna en este contexto.

Diseño del estudio

Se trata de un estudio cualitativo fenomenológico, que permite explorar la experiencia subjetiva en el mundo de la vida cotidiana, donde prevalece el sentido común (Schutz, 1970). Desde

este enfoque, se considera que las personas son capaces de atribuir sentido a sus experiencias, por lo que el significado subjetivo de estas vivencias se convierte en el objeto de estudio (Braun y Clarke, 2006).

Reclutamiento y proceso de aplicación

Las parteras participantes fueron seleccionadas mediante la estrategia de bola de nieve, priorizando aquellas que se encontraban activamente atendiendo durante la pandemia. Se realizaron entrevistas semiestructuradas individuales, de manera virtual, en español, aunque algunas participantes utilizaron su lengua indígena con apoyo de intérprete. El contacto inicial se realizó por vía telefónica, en la que se invitó a las parteras a participar en el estudio y se acordó la fecha y modalidad de la entrevista (MEET, WhatsApp o Zoom), según la disponibilidad y acceso de cada participante.

Previo a la entrevista, se recopilaron datos sociodemográficos, incluyendo edad, escolaridad y lugar de origen. La guía de entrevistas incluyó preguntas abiertas basadas en la revisión de literatura y en información obtenida en estudios previos con mujeres embarazadas. Las preguntas específicas sobre COVID-19, abordaron:

- El impacto de la pandemia en la atención materna y el posparto.
- La disponibilidad de capacitación y equipo de protección para atender a mujeres durante la pandemia.
- El efecto de la pandemia sobre el apoyo a la lactancia materna.

- Las repercusiones personales en la salud y bienestar de las parteras.

Las entrevistas tuvieron una duración aproximada de 60 a 120 minutos y se realizaron entre septiembre de 2021 y enero de 2022.

Análisis de datos

Antes de iniciar el análisis, se procedió a la anonimización de los datos, reemplazando los nombres de las participantes por códigos alfanuméricos para garantizar su confidencialidad. El análisis se llevó a cabo mediante un enfoque de análisis de contenido de discurso, siguiendo la propuesta de Souza-Minayo et al., 2004, para estudiar representaciones sociales, lo que contempla tres etapas: ordenar, clasificar y analizar la información.

Tras la transcripción literal de las entrevistas, se realizó una lectura minuciosa y reiterada de los discursos para identificar los temas recurrentes y patrones emergentes. A cada percepción, práctica o representación identificada se le asignó una etiqueta, la cual luego se organizó en categorías y subcategorías según su frecuencia y relevancia. Este proceso permitió reconocer los temas más significativos, depurarlos cuando fue necesario, recategorizarlos, clarificarlos y sintetizarlos, manteniendo la riqueza y complejidad de los testimonios.

El análisis se centró en identificar similitudes, diferencias y tensiones presentes en los discursos de las parteras, considerando dimensiones ideológicas, religiosas, culturales y políticas (Bhandari, 2022). De esta manera, se logró comprender cómo las parteras construyen, negocian y transmiten significados en torno a la promoción de la lactancia materna, así como las

estrategias que emplean para enfrentar las barreras generadas por la pandemia de COVID-19 y las condiciones estructurales del sistema de salud.

Este estudio se desarrolló bajo principios éticos que garantizan la confidencialidad, el consentimiento informado y el respeto a la autonomía de las participantes, asegurando que la participación fuera voluntaria y sin riesgos para su integridad. La combinación de entrevistas semiestructuradas, análisis fenomenológico y análisis de contenido permitió capturar la riqueza de las experiencias subjetivas de las parteras, integrando tanto las dimensiones personales como las estructurales que influyen en la promoción de la lactancia materna durante la pandemia. De este modo, la metodología no solo asegura la validez y confiabilidad de los hallazgos, sino que también aporta herramientas de comprensión para políticas de salud más sensibles, interculturales y centradas en la experiencia de las mujeres y los actores comunitarios, destacando la importancia de visibilizar prácticas de cuidado que suelen permanecer fuera del radar institucional.

Consideraciones éticas

De esta manera, fue aprobado por los comités de ética, investigación y bioseguridad del Instituto Nacional de Salud Pública de México. Se obtuvo consentimiento informado previo a las entrevistas y se explicó a todos los participantes el objetivo del estudio.

Características de las parteras entrevistadas

La muestra estuvo conformada por un total de 41 parteras, de las cuales la mayoría provenía de Chiapas y Yucatán ($n=33$), mientras que ocho eran originarias de Guerrero. Predominaban las parteras tradicionales dentro del grupo estudiado. En cuanto a la edad, 17 participantes se ubicaban en el rango de 50 a 59 años. Además, 26 de las parteras entrevistadas hablaban alguna lengua indígena, lo que evidencia la diversidad cultural y lingüística presente en la muestra (Ver tabla 1).

Tabla 1

Condiciones de las parteras entrevistadas

Estados	No. Parteras	Condición		Edad				Sabe una lengua indígena
		Técnicas	Tradicional	30-39	40-49	50-59	60 y más	
Chiapas	15	5	10	1	3	7	4	10
Guerrero	8	6	2	3	3	1	1	3
Yucatán	18	0	18	1	3	9	5	13
	41	11	30	5	9	17	10	26

El análisis de los motivos por los cuales las parteras iniciaron su labor muestra que la mayoría adquirió esta práctica por herencia familiar, siguiendo la transmisión de saberes de generación en generación. Sin embargo, un grupo significativo de parteras comenzó su actividad motivada por experiencias de violencia obstétrica vividas en unidades médicas. Este segundo motivo es más frecuente entre las parteras con formación técnica

quienes, tras enfrentar limitaciones o maltrato en el sistema de salud formal, optaron por brindar atención en espacios alternativos y culturalmente sensibles.

Tabla 2
Condiciones de las parteras entrevistadas

Estados	Herencia	Por la necesidad de atender	Por la violencia obstétrica que se ejerce en los hospitales
Chiapas	8	2	5
Guerrero	4	0	4
Yucatán	11	4	3
	23	6	12

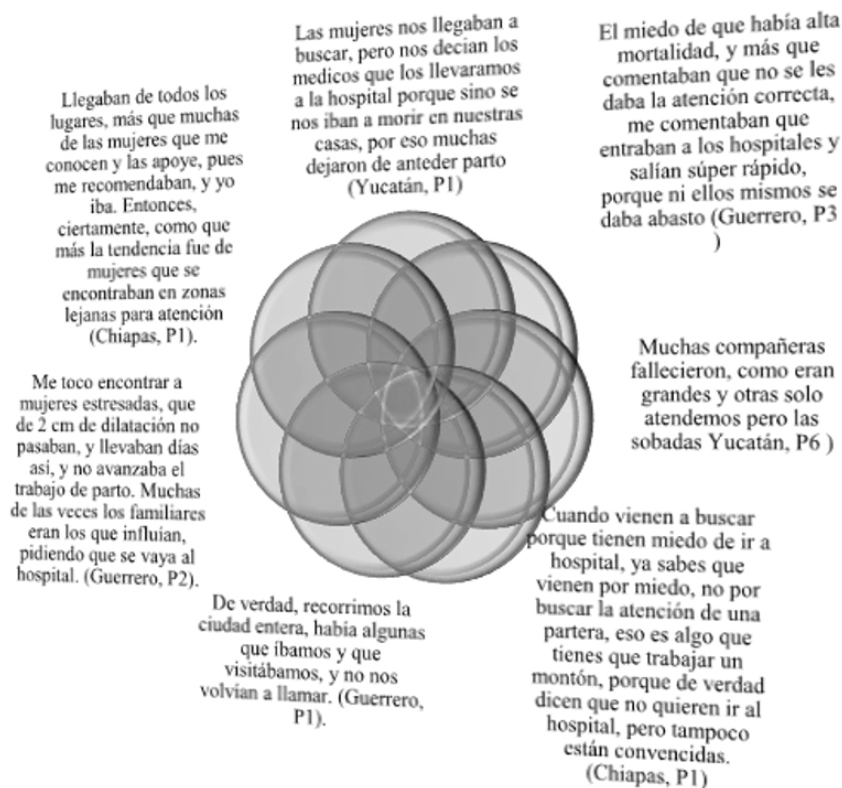
Atención durante la pandemia y problemáticas enfrentadas

Todas las parteras entrevistadas continuaron brindando atención durante la pandemia y reportaron un aumento en la demanda de sus servicios. No obstante, señalaron diversas problemáticas, entre las que destacan el limitado acceso a certificados de nacimiento y la falta de capacitación formal. Sólo tres parteras profesionales de Guerrero indicaron haber recibido algún tipo de capacitación, proveniente de la escuela estatal de partería o de la unidad médica donde laboraban, lo cual evidenció desigualdades en el acceso a formación y actualización profesional.

Percepciones sobre los cambios en la atención de la mujer embarazada

Las restricciones en los servicios de salud generaron factores que afectaron la atención de las mujeres embarazadas por parte de las parteras. Por ejemplo, algunas mujeres solicitaron asistencia para el parto, pero no continuaron el contacto durante el posparto. Otras expresaron preocupación o estrés ante la idea de dar a luz en casa. Además, se observó un incremento en el número de partos domiciliarios, con un apoyo limitado en comparación con las necesidades y expectativas de las mujeres.

A continuación, se presentan algunos testimonios seleccionados que reflejan estas experiencias y la percepción de las parteras sobre la atención a las mujeres durante la pandemia, destacando los procesos que implementaron para garantizar cuidados seguros y culturalmente pertinentes (Ver esquema 1).



Esquema 1. Experiencias de cambios de la atención durante la Covid-19

Pérdida de apoyo informal

Uno de los elementos característicos del parto en casa o con parteras tradicionales era la participación cercana de la familia en la atención materna, especialmente durante el parto. Sin embargo, durante la pandemia, este apoyo informal se vio gravemente limitado. Algunas parteras mencionaron que solicitaban la presencia de un número reducido de familiares para mantener medidas de seguridad, mientras que en otros casos la

familia imponía sus propias formas de participar en la atención. Además, surgieron situaciones en las que no se pudo utilizar cubrebocas, ya que algunas familias no creían en la existencia del COVID-19. Por otro lado, muchas familias se alejaron por temor a contagiarse o a contagiar a otros, lo que provocó que algunas mujeres perdieran apoyo en el posparto, justo cuando más lo necesitaban para la alimentación y cuidado del recién nacido.

En los hospitales, la prohibición de visitas afectó negativamente a las mujeres en las primeras horas de lactancia materna, sobre todo si eran primerizas y tenían muchas dudas sobre la alimentación y el cuidado del bebé. En las familias donde la atención institucional estaba más arraigada, fue necesario trabajar arduamente para que aceptaran no sólo la asistencia de las parteras, sino también el seguimiento durante el posparto.

Los testimonios de las parteras reflejan estas dificultades:

- Las mujeres tuvieron menos visitas, lo cual estuvo bien, pero muchas de ellas pidieron ayuda para amamantar, ya que eran primerizas y se encontraban solas con sus esposos (Guerrero, P7).
- Se les informó a las mujeres que necesitarían apoyo no sólo durante el parto, sino también en el posparto (Yucatán, P12).
- Ha habido bastante problema con la lactancia debido a la falta de visitas. Como las abuelitas y tías no están viniendo, muchas mujeres tienen los pezones lastimados. Por lo tanto, están esperando las visitas posparto para obtener ayuda (Chiapas, P2).

Estos relatos muestran cómo la pandemia impactó la red de apoyo informal, generando mayores desafíos para la maternidad, la lactancia y el cuidado del recién nacido, y subrayan la importancia del acompañamiento comunitario y familiar en la salud materna. La pérdida de apoyo informal durante la pandemia evidenció la vulnerabilidad de las mujeres embarazadas y en el posparto, especialmente aquellas primerizas o sin redes de contención sólidas. Frente a estas limitaciones, la labor de las parteras tradicionales se volvió aún más crucial, tanto como proveedoras de atención biomédica básica, como mediadoras culturales y acompañantes emocionales. Su intervención permitió garantizar cuidados esenciales, orientar en la lactancia materna y fortalecer la autonomía de las mujeres en contextos de aislamiento y restricciones sanitarias. Este escenario resalta la importancia de consolidar modelos de atención intercultural y humanizada, que reconozcan el valor de los saberes locales y las redes comunitarias como elementos fundamentales para una atención reproductiva integral, accesible y respetuosa de los derechos y necesidades de las mujeres.

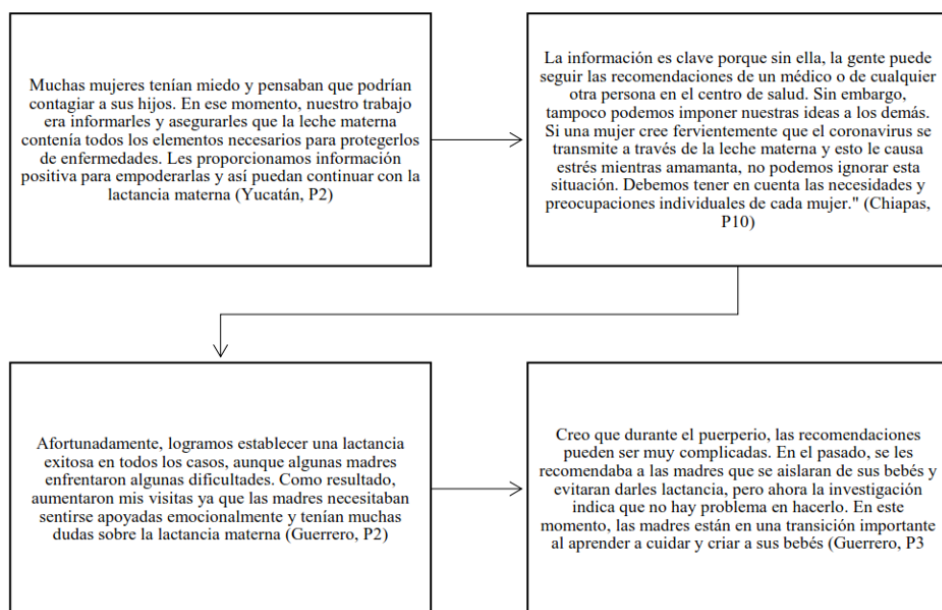
Desinformación con relación de la LME

Durante la pandemia de COVID-19, las parteras identificaron que muchas mujeres presentaban temor de contagiar a sus recién nacidos al practicar la lactancia materna. Este miedo se vinculaba con la escasa información confiable disponible en sus comunidades y con la circulación de mitos o interpretaciones erróneas sobre la transmisión del virus a través de la leche materna. Para contrarrestar esta desinformación, las parteras

brindaron orientación y acompañamiento en el posparto, explicando las medidas de precaución necesarias —como higiene de manos, uso de cubrebocas y limpieza de superficies— que permitían continuar con la lactancia sin interrumpir el vínculo nutricional y afectivo.

En los casos en que las madres resultaron positivas a COVID-19, las parteras instruyeron sobre cómo mantener la lactancia de forma segura, evitando la separación innecesaria madre-hijo y minimizando riesgos de contagio. Sin embargo, algunas mujeres continuaron experimentando ansiedad o incertidumbre, reflejando cómo los determinantes sociales, culturales y económicos afectan la interpretación y adopción de la información sanitaria. En otras situaciones, algunas madres no aplicaban las medidas de protección adecuadas, lo que evidencia la complejidad de garantizar prácticas seguras de lactancia en contextos de emergencia sanitaria.

Estos hallazgos subrayan la importancia de la labor de las parteras no sólo como proveedoras de cuidados, sino también como agentes de educación y mediación cultural en salud, capaces de adaptar las recomendaciones biomédicas a la realidad cotidiana de las familias. Su intervención contribuye a preservar la lactancia materna como derecho y práctica esencial, incluso en situaciones de crisis, y demuestra que la información accesible y contextualizada es un componente clave para la autonomía de las mujeres en la toma de decisiones reproductivas (Esquema 2).



Esquema 2. Testimonios de parteras acerca de la información que manejaban las mujeres sobre lactancia materna y COVID-19

A partir de los testimonios recopilados, se puede concluir que la pandemia de COVID-19 ha tenido un impacto significativo en la forma en que las parteras han brindado atención a las madres y recién nacidos en el periodo de posparto. Aunque se ha observado que algunas parteras han utilizado la tecnología para brindar asesoría y apoyo emocional a las madres, incluyendo prácticas de lactancia y charlas sobre métodos anticonceptivos, se destaca que el acceso a la tecnología no ha sido igual para todas las parteras. Específicamente, las parteras tradicionales mayores de 55 años han tenido más dificultades para adaptarse a las tecnologías digitales. Se ha mencionado que, en algunas comunidades rurales donde la pandemia no fue considerada como una amenaza, las

mujeres han continuado con su atención posparto de manera normal. Es importante destacar que, en Yucatán, las parteras no han hecho tanto uso de la tecnología en comparación con otros estados, lo cual podría deberse a que en su mayoría son parteras tradicionales con bajos niveles de alfabetización. De hecho, una partera de Yucatán mencionó que sólo usaba WhatsApp para enviar audios porque no sabía leer ni escribir. Esta misma situación se mencionó en dos parteras de Chiapas, quienes encontraron en la mensajería de audio una forma de estar en contacto con las mujeres.

En este sentido, las parteras han resaltado la importancia de proporcionar información clara y precisa a las madres sobre la lactancia y el COVID-19, a fin de evitar la generación de falsas creencias acerca de la transmisión del virus a través de la leche materna. Asimismo, se ha observado que las parteras han desempeñado un papel fundamental en la contención emocional de las madres durante el periodo posparto.

Es importante proporcionar información precisa sobre la lactancia y el COVID-19, ya que algunas personas podrían pensar que la leche materna puede transmitir el virus. Durante la pandemia, algunas mujeres se aliviaron en el hospital, pero como no se permitían visitas, la asesoría se llevó a cabo a través de videollamadas (Chiapas, 10). Durante la pandemia, muchas mujeres se interesaron en la lactancia materna para proteger a sus bebés de enfermedades. En general, la lactancia no presentó mayores problemas en la comunidad. Para ayudar a las mujeres, se ofreció asesoría por teléfono o se visitó a las mujeres en sus casas (Guerrero, 3).

En mi caso, brindé toda la atención necesaria a las mujeres, incluyendo prácticas de lactancia, pláticas de alimentación y una charla sobre métodos anticonceptivos. También les mostré los diferentes tipos de pezones que pueden tener las mujeres para que estuvieran bien capacitadas. Para llevar a cabo las pláticas, se utilizaron herramientas en línea como Zoom o WhatsApp (Chiapas, 8).

Durante la pandemia, se dio seguimiento por vía telefónica y se dieron indicaciones para que los bebés no recibieran visitas y se mantuviera la lactancia materna exclusiva (Guerrero, 2).

En mi caso, la pandemia no ha sido tan frustrante, ya que pude seguir trabajando y ofreciendo clases de preparación y asesoramiento de lactancia materna en línea (Chiapas, 11).

El paquete de posparto incluye la atención en el parto y las visitas a los 8, 20 y 40 días. Sin embargo, durante la pandemia, muchas mujeres necesitaban más apoyo emocional por parte de sus parteras, especialmente en lo que se refiere a la lactancia. A menudo, las madres se sentían cansadas después del parto y pensaban en abandonar la lactancia. Mi trabajo consistía en ayudarlas a superar esas dificultades emocionales y animarlas, tanto en persona como en línea, a continuar amamantando (Guerrero, 4). En el posparto, casi siempre evaluaba a las mujeres al día siguiente del nacimiento de su bebé y les entregaba su certificado de nacimiento. Después de eso, el seguimiento era opcional y podíamos comunicarnos por teléfono para evaluar cómo iba la lactancia, si se había caído el cordón umbilical, etc. (Chiapas, P6).

Es importante abordar las desigualdades en el acceso a la tecnología y la educación para las parteras tradicionales, a fin de garantizar que todas las mujeres y recién nacidos reciban atención de calidad durante el periodo posparto, independientemente de su ubicación geográfica o su condición socioeconómica.

Capacitación

De acuerdo con los testimonios, se observa que las parteras no recibieron capacitaciones específicas sobre la lactancia y el COVID-19. Sin embargo, algunas parteras trataron de mantenerse informadas a través de grupos en línea. Además, se menciona que, en algunas regiones, como en Chiapas y Yucatán, no recibieron capacitaciones debido a la imposibilidad de asistir a las unidades médicas por su edad. En contraste, en Yucatán se indica que la capacitación sobre lactancia materna se está iniciando recientemente.

A pesar de la falta de capacitación, las parteras mencionan que la estrategia de lactancia materna no ha cambiado y que siempre ha destacado que la única contraindicación para amamantar es el VIH. Se ha establecido que el hecho de ser hijo de una madre con COVID-19 no es una contraindicación para la lactancia materna. Por lo tanto, las parteras permitieron la lactancia materna en estos casos, aunque se reconoce que muchas mujeres tenían miedo de contagiar a sus hijos. En este sentido, era importante proporcionar información clara y precisa a las madres sobre la lactancia y el COVID-19, para evitar que se generaran falsas creencias acerca de la transmisión del virus a través de la leche materna.

A pesar de no haber recibido capacitación específica sobre lactancia en el contexto de COVID-19, me mantuve informada a través de grupos de parteras (Chiapas, 8). Debido a mi edad, no pude asistir a la unidad médica para recibir capacitación sobre lactancia materna en la pandemia, lo que resultó en la falta de información al respecto (Chiapas, 1).

Recientemente se nos ha informado que recibiremos capacitación (Yucatán, 4). A pesar de que muchas mujeres tenían miedo de contagiar a sus hijos, siempre permitimos la lactancia materna en casos de madres con COVID-19, ya que la estrategia de lactancia sólo contraindica el amamantamiento en casos de VIH (Guerrero, 6).

Barreras y facilitadores para la consejería y promoción de la lactancia materna

A pesar de los beneficios que ofrece la leche materna, hay mujeres que, por diversas razones, deciden no amamantar a sus hijos. En esos casos, se les aconseja reconsiderar su decisión y amamantar al bebé, ya que esto contribuye a fortalecer su sistema inmunológico y favorecer su desarrollo cognitivo y emocional. Sin embargo, en algunas comunidades, como en Yucatán, “algunas mujeres ya no quieren dar pecho, especialmente las jovencitas” (Yucatán, 5). Esto podría ser una barrera para la consejería de la lactancia materna, ya que la falta de voluntad por parte de la madre es una de las principales causas de abandono de la lactancia materna. En estos casos, los facilitadores podrían brindar información sobre los beneficios de la lactancia materna, así como apoyo emocional y práctico, como enseñar técnicas de

lactancia materna adecuadas para que la madre se sienta cómoda y segura. En comunidades indígenas las parteras son las que pueden brindar esa confianza.

Es importante mencionar que existen prácticas tradicionales en algunas comunidades que pueden ser utilizadas como facilitadoras en la consejería de la lactancia materna. En Chiapas, por ejemplo, se menciona que se prepara un atole, que funciona para producir mayor cantidad de leche. Las parteras consideran que es importante que se respeten estas tradiciones, las que se han transmitido de generación en generación y que pueden ayudar en el cuidado posparto (Chiapas, 15). Por lo tanto, es esencial que los proveedores de atención médica se familiaricen con estas prácticas culturales y que las incorporen en su consejería sobre el tema. Además, la educación nutricional podría ser un facilitador para garantizar una dieta balanceada que beneficie la salud tanto de la madre como del bebé, lo que podría ayudar a disminuir las barreras que puedan surgir en torno a esta práctica. A continuación, se presentan algunos testimonios de las experiencias de las parteras.

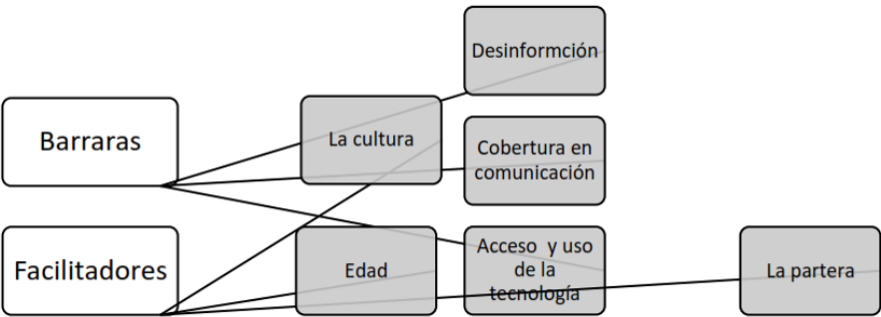
Baño de hierbas de todo el cuerpo y masaje en la espalda y cubrirla (Chiapas, 1). Lavado de pechos con alcohol caliente y cubrirlos con una franela roja para guardar el calor (Yucatán, 17).

Darle un vaso de Choco Milk con un huevo para que le salga la leche (Yucatán, 6). Baño caliente con hierbas (Guerrero, 8).

Otra barrera suscitada durante la pandemia fue el miedo de las madres a contagiar a sus hijos con COVID-19, a través de la leche

materna. En este sentido, las parteras mencionan que informar a las madres sobre las medidas de prevención y el hecho de que la leche materna no transmite el virus podría ser un facilitador para continuar con la lactancia materna (Yucatán, 18). También es importante mencionar que, esta barrera incrementó el uso de fórmulas infantiles, lo que no contribuye a la salud de los infantes.

En este sentido, podemos observar que las barreras y facilitadores de la promoción y consejería de lactancia materna pueden estar entrelazados, en momentos pueden actuar como barreras y en otros casos como facilitadores, dependiendo del contexto (Ver esquema 3).



Esquema 3. Barreras y facilitadores de la promoción y lactancia materna

Discusión

La pandemia de COVID-19 tuvo un impacto profundo en la promoción y consejería de la lactancia materna (LM), modificando la forma en que las parteras pudieron atender a las mujeres durante el posparto. Muchas madres dejaron de recibir apoyo continuo, lo que coincide con estudios internacionales que muestran

que la falta de acompañamiento profesional es un factor crítico para la interrupción de la lactancia (Brown, 2021). Las parteras reportaron situaciones en las que las mujeres sólo solicitaron asistencia para el parto y no continuaron con el seguimiento posparto, mientras que algunas familias se alejaron por miedo al contagio, disminuyendo la red de apoyo informal que tradicionalmente acompaña esta etapa de la vida.

La desinformación sobre la transmisión del SARS-CoV-2 a través de la leche materna generó ansiedad en las nuevas madres. Las parteras debieron asumir un rol educativo y de acompañamiento emocional, transmitiendo información basada en evidencia para garantizar la continuidad de la lactancia. Estudios realizados en California también reportan que la inseguridad sobre la transmisión del virus afectó la disposición de los padres primerizos a apoyar la lactancia (Bartick et al., 2021), situación que se reflejó en este estudio.

Factores como la edad y experiencia de las parteras resultaron determinantes en la efectividad de la consejería. Las parteras más experimentadas demostraron habilidades consolidadas para aconsejar y resolver dudas, mientras que las más jóvenes aprovecharon herramientas tecnológicas para mantener el contacto con las madres durante la pandemia. Asimismo, las prácticas culturales ancestrales jugaron un papel crucial, aunque en algunas comunidades indígenas la lactancia materna exclusiva se ve limitada por prácticas como la administración de "probaditas" o tés, la intervención de las parteras facilitó la promoción de la producción de leche y la adherencia a la lactancia exclusiva.

En este contexto, la pandemia evidenció tanto las limitaciones como la resiliencia del trabajo de las parteras. La pérdida

del apoyo familiar y la falta de información sobre la relación entre COVID-19 y lactancia representaron obstáculos importantes, pero también reforzaron la centralidad de la partería como recurso confiable y cercano para las madres.

Conclusión

A pesar de los desafíos derivados de la pandemia, la experiencia demuestra que las parteras, tanto técnicas como tradicionales, son un recurso valioso para la promoción y consejería de la lactancia materna en México. Sin embargo, persisten barreras significativas: la falta de apoyo institucional, la ausencia de capacitación continua y el reconocimiento limitado dentro del sistema de salud, especialmente para aquellas que no forman parte del currículo oficial.

Para fortalecer la promoción y consejería de la lactancia, es fundamental garantizar formación y acompañamiento constante a las parteras, abordar barreras socioculturales y políticas, y promover prácticas culturalmente pertinentes basadas en evidencia. La colaboración entre parteras técnicas y tradicionales puede mejorar la cobertura y calidad de la atención, beneficiando tanto a madres como a recién nacidos.

Finalmente, la lactancia materna no sólo tiene un impacto en la salud física del recién nacido, sino que está cargada de significado simbólico y emocional en la experiencia de la maternidad. La consejería efectiva requiere reconocer y abordar este entramado de factores contextuales, culturales y personales, contribuyendo a prácticas empoderadas y sostenibles que fortalezcan la autonomía de las mujeres y el bienestar de sus familias.

Reflexiones finales

Este libro propone mirar la reproducción no como un hecho exclusivamente biológico ni como una experiencia privada confinada al ámbito doméstico, sino como un proceso social complejo, profundamente imbricado en relaciones de poder, en sistemas de género y en estructuras históricas de desigualdad. A través de una perspectiva socioantropológica, se ha buscado desplazar la atención desde los indicadores y protocolos hacia los cuerpos vividos, las experiencias situadas y los saberes que se producen en la cotidianidad de las mujeres y de quienes las acompañan.

Los capítulos que conforman esta obra muestran que concebir, gestar, parir, amamantar o decidir no hacerlo nunca son actos neutros. Son prácticas cargadas de significados sociales, expectativas morales y regulaciones institucionales. En ellas se expresan mandatos de género que continúan asignando a las mujeres la responsabilidad casi absoluta de la reproducción y el cuidado, al tiempo que limitan su autonomía corporal y su capacidad de decisión. La maternidad, lejos de ser una experiencia homogénea o naturalmente deseada, aparece como una construcción social determinada por presiones, desigualdades y, en muchos casos, por experiencias de control y silenciamiento.

Desde la perspectiva foucaultiana, estos procesos pueden comprenderse como parte de un entramado más amplio de biopoder, en el que los estados y las instituciones regulan la vida, los cuerpos y la reproducción mediante saberes expertos, dispositivos normativos y prácticas disciplinarias. La atención médica del embarazo y el parto se inscribe así en una forma

específica de gubernamentalidad que busca administrar los riesgos, normalizar conductas y producir cuerpos dóciles y productivos. La medicalización de la reproducción, particularmente evidente en los contextos hospitalarios de México y América Latina, transforma los modos de atención, redefine quién puede hablar con autoridad sobre el cuerpo y bajo qué condiciones.

Esta racionalidad biomédica, aunque ha contribuido a reducir ciertos riesgos clínicos, ha instaurado formas estandarizadas de cuidado que con frecuencia desconocen las trayectorias vitales, los contextos culturales y los deseos de las mujeres. La reproducción se convierte entonces en un territorio regulado por protocolos que privilegian la eficiencia y el control por encima de la escucha, el acompañamiento y el respeto, produciendo experiencias que muchas mujeres describen como ajenas, invasivas, incluso, violentas.

No obstante, como advierte Judith Butler, el poder nunca opera de manera absoluta. Los cuerpos que son objeto de regulación también son cuerpos que actúan, que significan y que resisten. La experiencia reproductiva se configura, en este sentido, como un espacio de performatividad, donde los mandatos de género se reiteran, pero también pueden ser cuestionados, resignificados o desplazados. Decidir cómo parir, cómo alimentar, cómo cuidar o incluso cómo no maternar constituye una forma concreta de agencia que desestabiliza las narrativas dominantes sobre lo femenino, lo materno y lo normal.

Desde esta mirada, las mujeres no aparecen únicamente como receptoras de normas, sino como sujetas que, en su vida cotidiana, negocian con las expectativas sociales y producen sentidos alternativos sobre su propio cuerpo. En estos márgenes se gestan formas de resistencia que no siempre adoptan un lenguaje

explícitamente político, pero que erosionan silenciosamente los regímenes de verdad que pretenden definir qué es una “buena madre”, un “parto correcto” o una “reproducción responsable”.

En este entramado, las parteras tradicionales ocupan un lugar central. Su trabajo revela que la reproducción no se sostiene únicamente desde los hospitales o los sistemas formales de salud, sino también desde redes comunitarias de cuidado que articulan conocimientos ancestrales, vínculos afectivos y prácticas culturalmente situadas. Frente al saber médico institucionalizado —que Foucault describiría como un saber-poder—, las parteras encarnan otras formas de autoridad, construidas desde la experiencia, la cercanía y el reconocimiento comunitario.

El caso de la promoción de la lactancia materna durante la pandemia de COVID-19 permite comprender con especial claridad esta dimensión. En un contexto de crisis sanitaria, miedo e incertidumbre, cuando muchas instituciones se vieron rebasadas, las parteras sostuvieron prácticas de cuidado fundamentales para la supervivencia física y emocional de mujeres y recién nacidos. Su capacidad de adaptación y reorganización de saberes evidencia que incluso en escenarios marcados por una fuerte regulación de la vida y la muerte, existen prácticas que escapan parcialmente al control institucional y reafirman la centralidad del cuidado como relación social.

Desde una perspectiva de género, la reproducción aparece así, como un campo ambivalente. Por un lado, un espacio donde se reproduce el orden social y se inscriben con fuerza las desigualdades. Por otro, un terreno donde se producen fisuras, desplazamientos y posibilidades de transformación. En los gestos cotidianos —en la manera de acompañar un parto, de defender una forma distinta de alimentar a un hijo o de rechazar

la maternidad como destino obligatorio— se configuran prácticas que cuestionan la naturalización de los roles de género y amplían los márgenes de lo vivible y lo pensable.

Este libro no pretende ofrecer respuestas definitivas, sino contribuir a una reflexión crítica sobre la forma en que las sociedades contemporáneas gestionan la reproducción y los cuerpos. Reconocer la pluralidad de experiencias reproductivas implica también aceptar que no existe un único modelo legítimo de maternidad, familia o cuidado, y que las políticas públicas deben construirse desde esta diversidad y no contra ella.

Recomendaciones

A partir del análisis desarrollado en el presente estudio, se proponen algunas líneas de acción relevantes para el ámbito institucional, comunitario y académico:

1. Fortalecer de manera efectiva la perspectiva de género en la atención reproductiva, reconociendo a las mujeres como sujetas de derecho con capacidad de decisión sobre sus cuerpos, no sólo como pacientes o usuarias de servicios.
2. Revisar críticamente los protocolos hospitalarios desde un enfoque de derechos humanos, con el fin de erradicar prácticas de violencia obstétrica y formas sutiles de control y despojo de autonomía.
3. Otorgar reconocimiento institucional, jurídico y económico al trabajo de las parteras, garantizando

su participación en programas de salud materno-infantil y en la formulación de políticas públicas, aunque ya está considerado en la norma NOM-020.

4. Impulsar estrategias comunitarias de promoción de la lactancia materna, culturalmente situadas y sensibles a las condiciones materiales y emocionales de las mujeres.
5. Fomentar investigaciones cualitativas y etnográficas que profundicen en la reproducción como experiencia vivida, especialmente en poblaciones indígenas, rurales y en contextos de violencia o desplazamiento.
6. Incorporar la formación socioantropológica en los planes de estudio del personal de salud, para problematizar la reproducción como un campo atravesado por relaciones de poder, normatividades de género y desigualdades estructurales.

En última instancia, pensar la reproducción desde Foucault y Butler, pero también desde las voces de las mujeres y las parteras, implica reconocer que los cuerpos no son meros objetos de intervención técnica, sino territorios donde se inscriben normas, se producen subjetividades y se gestan resistencias. Escuchar estas experiencias y otorgarles centralidad es tanto un ejercicio académico como una condición necesaria para construir formas más justas, humanas y plurales de cuidar la vida.

Referencias bibliográficas

- Agostoni, C.** (2004). Preparation and handling of powdered infant formula: A commentary by the ESPGHAN Committee on Nutrition. *Journal of Pediatric Gastroenterology and Nutrition*, 39(3), 320-322.
- Araya, M. J.** (2011). Parteras indígenas: *Los conocimientos tradicionales frente al genocidio neoliberal*. Abya-Yala.
- Berrio, P., & Rosa, L.** (2013). *Entre la normatividad comunitaria y las instituciones de salud: Procesos reproductivos y salud materna en mujeres indígenas de la Costa Chica de Guerrero* [Tesis de licenciatura, Universidad Autónoma Metropolitana]. <https://bindani.izt.uam.mx/concern/tesiuams/db78tc09t>
- Bladilo, A., de la Torre, N., & Herrera, M.** (2017). Las técnicas de reproducción humana asistida desde los derechos humanos como perspectiva obligada de análisis. *Revista IUS*, 11(39). http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1870-21472017000100002
- Bourrion, B., Panjo, H., Bithorel, P. L., et al.** (2022). La carga económica del tratamiento de la infertilidad y la distribución de los gastos a lo largo del tiempo en Francia: Un estudio

- pre-post autocontrolado. *BMC Health Services Research*, 22, 512. <https://doi.org/10.1186/s12913-022-07725-9>
- Bourdieu**, P. (2002). *Capital cultural, escuela y espacio social*. Siglo XXI.
- Buck** Louis, G. M. (2014). Persistent environmental pollutants and couple fecundity: An overview. *Reproduction*, 147(4), R97-R104. <https://doi.org/10.1530/REP-13-0472>
- Buck** Louis, G. M., Barr, D. B., Kannan, K., Chen, Z., Kim, S., & Sundaram, R. (2016). Paternal exposures to environmental chemicals and time-to-pregnancy: Overview of results from the LIFE Study. *Andrology*, 4(4), 639-647. <https://doi.org/10.1111/andr.12195>
- Buck** Louis, G. M., Kannan, K., Sapra, K. J., Maisog, J., & Sundaram, R. (2014). Urinary concentrations of benzophenone-type UV filters and couple fecundity. *American Journal of Epidemiology*, 180(12), 1168-1175. <https://doi.org/10.1093/aje/kwu285>
- Buck** Louis, G. M., Sundaram, R., Sweeney, A. M., Schisterman, E. F., Maisog, J., & Kannan, K. (2014). Urinary bisphenol A, phthalates, and couple fecundity: The LIFE Study. *Fertility and Sterility*, 101(5), 1359-1366. <https://doi.org/10.1016/j.fertnstert.2014.02.002>
- Butler**, J. (2002). Los cuerpos que importan. En *Cuerpos que importan: sobre los límites materiales y discursivos del sexo* (pp. xx-xx). Paidós.
- Cabezas** Cruz, E. (2006). Evolución de la mortalidad materna en Cuba. *Revista Cubana de Salud Pública*, 32(1), 1-9. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=21432105>
- Calderón-Aranda**, E. L., Sánchez, E., & López, M. (2021). Impacto de la exposición a plaguicidas en la salud reproduc-

- tiva en comunidades agrícolas mexicanas. *Revista Mexicana de Salud Pública*, 63(3), 350-360.
- Castañeda, X.,** García, C., & Langer, A. (1996). Ethnography of fertility and menstruation in rural Mexico. *Social Science & Medicine*, 42(1), 133-140. [https://doi.org/10.1016/0277-9536\(95\)00077-1](https://doi.org/10.1016/0277-9536(95)00077-1)
- Cano** Aguilar, A., & Chávez Ortiz, G. E. (2018). Reproducción social doméstica de familias rurales en el contexto semiárido del noreste mexicano. *Región y Sociedad*. <https://www.redalyc.org/journal/122/12260700004/>
- Comisión Nacional contra las Adicciones.** (2020). *Informe nacional sobre consumo de sustancias psicoactivas en México*. Gobierno de México. <https://www.gob.mx/conadic>
- Consejo Nacional de Población.** (2018). *Indicadores demográficos y de salud reproductiva en población indígena de México*.
- Fassin, D.** (2000). *Otro mundo es posible: Antropología de la salud y crítica social*. Lugar Editorial.
- Food and Agriculture Organization of the United Nations.** (2019). *Estado de la seguridad alimentaria y nutricional en América Latina y el Caribe*.
- Food and Agriculture Organization of the United Nations.** (2022, abril). *Indicadores nutricionales adicionales de la Asamblea Mundial de la Salud*. <https://openknowledge.fao.org>
- Foucault, M.** (1979). *La vida de los hombres infames: Ensayos sobre la desviación y la dominación*. La Piqueta.
- Foucault, M.** (1990). *Tecnologías del yo*. Paidós.
- Foucault, M.** (1999). *Historia de la sexualidad*. Siglo XXI.
- Foucault, M.** (2001). El sujeto y el poder. En *Más allá del estructuralismo y la hermenéutica*. Nueva Visión.

- Freyermuth, G.** (2009). *La muerte materna: Acciones y estrategias hacia una maternidad segura*. CIESAS.
- Freyermuth, G., & Sesia, P.** (2013). *Monitoreos, diagnósticos y evoluciones en la salud materna y reproductiva: Nuevas experiencias de contraloría social*. CIESAS.
- Freyermuth, G., & Sesia, P.** (2009). *La muerte materna: Acciones y estrategias hacia una maternidad segura*. CIESAS & Comité Promotor por una Maternidad sin Riesgos en México.
- García, G. B.** (2012). *Trayectorias reproductivas y maternidad de mujeres jóvenes en situación de calle: Experiencias de desigualdad y violencia de género* [Tesis de maestría, Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social]. <https://ciesas.repositorioinstitucional.mx/jspui/handle/1015/1102>
- Ginsburg, F., & Rapp, R.** (1991). The politics of reproduction. *Annual Review of Anthropology*, 20, 311-343. <https://doi.org/10.1146/annurev.an.20.100191.001523>
- Ginsburg, F., & Rapp, R.** (Eds.). (1995). *Conceiving the new world order: The global politics of reproduction*. University of California Press.
- González Montes, S.** (2003). Adolescentes embarazadas: discursos, políticas públicas y exclusión. *Estudios Sociológicos*, 21(63), 661-685.
- Haraway, D.** (1991). *Simians, cyborgs, and women: The reinvention of nature*. Routledge. (Cap. "The biopolitics of postmodern bodies").
- Hernández, O. I.** (2015). *Maternidades flexibles: El caso de las mujeres hondureñas en frontera* [Tesis de maestría, Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social]. <https://ciesas.repositorioinstitucional.mx/jspui/handle/1015/138>

- Ibáñez**-Cuevas, M., Heredia, I., Meneses, S., Pelcastre-Villafuerte, B., & González Block, M. (2015). Labor and delivery service use: Indigenous women's preference and the health sector response in the Chiapas Highlands of Mexico. *International Journal for Equity in Health*, 14, 156. <https://doi.org/10.1186/s12939-015-0289-1>
- Infante** Blanco, A., & Martínez Licona, J. F. (2016). Concepciones sobre la crianza: El pensamiento de madres y padres de familia. *Liberabit*, 22(1), 31-41. http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1729-48272016000100003
- Instituto Nacional de Salud Pública**. (2006). *Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2006*. INSP.
- Instituto Nacional de Salud Pública**. (2012). *Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012*. INSP.
- Instituto Nacional de Salud Pública**. (2018). *Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2018*. INSP.
- Komposch**, N., & Schurr, C. (2021). *Review of A portrait of assisted reproduction in Mexico: Scientific, political, and cultural interactions*, by S. P. González-Santos. *New Genetics and Society*, 40(2), 240-241. <https://doi.org/10.1080/14636778.2020.1775564>
- Márquez** Contró, J. (2009). *El estudio de la maternidad y la violencia como parte de la salud reproductiva* [Tesis de licenciatura, Universidad Nacional Autónoma de México]. <https://tesiunamdocumentos.dgb.unam.mx/ptd2014/antecedentes/0713459/0713459.pdf>
- Martínez**-Núñez, J. M., Altagracia-Martínez, M., Kravzov-Jinich, J., Hinojosa-Cruz, J. C., Sánchez-Sánchez, B., & Díaz de León-Castañeda, C. (2012). Estudio de la carga económica de la infertilidad femenina por anovulación en un hospital público

- de México: Estudio piloto. *Revista Mexicana de Ciencias Farmacéuticas*, 43(2), 66-72. http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1870-01952012000200008
- Martin**, E. (1987). *The woman in the body: A cultural analysis of reproduction*. Beacon Press.
- Menéndez**, E. (1994). Las enfermedades y la curación: ¿Qué es la medicina tradicional? *Alteridades*, 4(7), 71-83.
- Meneses** Navarro, S., Pelcastre-Villafuerte, B. E., Becerril-Montekio, V., & Serván-Mori, E. (2022). Overcoming the health systems' segmentation to achieve universal health coverage in Mexico. *The International Journal of Health Planning and Management*, 37(6), 3357-3364. <https://doi.org/10.1002/hpm.3481>
- Morales** Domínguez, M. (2019). *La medicalización y la autonomía: Etnografía de experiencias maternas en Chiapas* [Tesis de doctorado, Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social]. <https://ciesas.repositorioinstitucional.mx/jspui/handle/1015/909>
- Morales** Domínguez, M. (2024). *La atención materna en México y COVID-19: La experiencia de las parteras en la primera línea de la atención de salud*. UNACH-UADY.
- Murguía**, S., Juárez, S. P., & Palacios, A. (2015). Acceso a tecnologías de reproducción asistida en México: Desigualdades sociales y económicas. *Salud Pública de México*, 57(4), 347-355.
- Naciones Unidas**. (2022, 23 de febrero). La industria de la leche de fórmula lleva a cabo un marketing engañoso y agresivo que menoscaba la lactancia materna. *Noticias ONU*. <https://news.un.org/es/story/2022/02/1504492>

- Navarrete, D. A. (2020).** *Sobadas, temazcales y ecografías: Una etnografía de la atención y la medicalización del embarazo, parto y puerperio en dos localidades del valle de Tlacolula, Oaxaca* [Tesis de doctorado, Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social]. <https://ciesas.repositorioinstitucional.mx/jspui/handle/1015/1432>
- NCD Alliance. (2022, 3 de agosto).** Proteger la lactancia materna, detener la interferencia de la industria. <https://ncdalliance.org/es/news-events/blog/proteger-la-lactancia-materna-de-tener-la-interferencia-de-la-industria>
- National Institute of Child Health and Human Development. (2015, March 15).** Physical labor, hypertension and multiple medications may reduce male fertility. <https://www.nichd.nih.gov/newsroom/releases/030915-male-fertility>
- Norma Oficial Mexicana NOM-007-SSA2-2016. (2016).** Atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio, y del recién nacido: Criterios y procedimientos para la prestación del servicio. Diario Oficial de la Federación. http://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5432289&fecha=07/04/2016
- Organización Mundial de la Salud. (s. f.).** Lactancia materna y alimentación complementaria. <https://www.paho.org/es/temas/lactancia-materna-alimentacion-complementaria>
- Organización Panamericana de la Salud. (2022).** *Obesidad en las Américas: Panorama regional y estrategias de intervención.* <https://www.paho.org>
- Paredes, C. P. (2009).** *La maternidad juvenil: Un espejo trizado* [Tesis de maestría, Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social]. <https://ciesas.repositorioinstitucional.mx/jspui/handle/1015/1136>

- Palomo, L. R. B.** (2017). Redes familiares y el lugar de los varones en el cuidado de la salud materna entre mujeres indígenas mexicanas. *Salud Colectiva*, 13(3), 471-487. <https://doi.org/10.18294/sc.2017.1137>
- Pérez, A. R.** (2019). *Reproducción y cambio social: Prácticas de atención del embarazo, parto y puerperio en la sierra mixe-zapoteca, Oaxaca* [Tesis de maestría, Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social]. <https://ciesas.repositorioinstitucional.mx/jspui/bitstream/1015/1025/1/TE%20R.P.%202019%20Alba%20Rocio%20Ramirez%20Perez.pdf>
- Rapp, R.** (1999). *Testing women, testing the fetus: The social impact of amniocentesis in America*. Routledge.
- Rivera, R., Rodríguez, A., & González, M.** (2019). Efectos del tabaquismo en la fertilidad femenina: Estudio en población mexicana. *Ginecología y Obstetricia de México*, 87(5), 306-314.
- Rojas, D., Gómez, J., & Salazar, L.** (2017). Consumo de drogas y su impacto en la salud reproductiva en América Latina. *Revista Latinoamericana de Salud Pública*, 45(2), 115-122.
- Sánchez-Peña, L., Pérez-Vázquez, F., & Muñoz-Barrutia, A.** (2018). Exposición a contaminantes ambientales y efectos sobre la fertilidad en México. *Ciencia y Salud*, 23(4), 547-559.
- Sánchez, B. C.** (2016). *El riesgo obstétrico y el uso de la cesárea: Prácticas y representaciones sociales de un grupo de mujeres del municipio de Zaragoza, Veracruz, que recibieron atención obstétrica en las instituciones públicas de salud* [Tesis de maestría, Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social]. <https://ciesas.repositorioinstitucional.mx/jspui/handle/1015/511>
- Sachse, M., Sesia, P., Pintado, A., & Lastra, Z.** (2012). *Calidad de la atención obstétrica desde la perspectiva de derechos*,

- equidad e interculturalidad en centros de salud en Oaxaca.*
<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4113966>
- Sesia, P., & Berrio, L. (2023).** *Situación actual de la partería indígena en seis estados de México.* CIESAS. https://pacificosur.ciesas.edu.mx/wp-content/uploads/2023/04/CIESAS-Infore-Ejecutivo-small-digital-ab-17-23_compressed.pdf
- Schütz, A. (1993).** *La construcción significativa del mundo social: Introducción a la sociología comprensiva.* Paidós. (Obra original publicada en 1932).
- Sharma, R., Biedenharn, K. R., Fedor, J. M., & Agarwal, A. (2013).** Lifestyle factors and reproductive health: Taking control of your fertility. *Reproductive Biology and Endocrinology*, 11, 66. <https://doi.org/10.1186/1477-7827-11-66>
- Smarr, M. M., Sundaram, R., Honda, M., Kannan, K., & Buck Louis, G. M. (2016).** Urinary concentrations of parabens and other antimicrobial chemicals and their association with couples' fecundity. *Environmental Health Perspectives*, 124(5), 730-736. <https://doi.org/10.1289/EHP189>
- Smith-Oka, V., Rubin, S. E., & Dixon, L. Z. (2022).** Obstetric violence in their own words: How women in Mexico and South Africa expect, experience, and respond to violence. *Violence Against Women*, 28(11), 2700-2721. <https://doi.org/10.1177/10778012211037375>
- UNICEF & Organización Mundial de la Salud. (2018, 3 de agosto).** *La lactancia materna desde la primera hora de vida: Lo que beneficia y lo que perjudica.* <https://www.unicef.org/es/historias/la-lactancia-materna-desde-la-primera-hora-de-vida-lo-que-beneficia-y-lo-que-perjudica>
- UNICEF. (2020, julio).** *Maternidad y paternidad en el lugar de trabajo en América Latina y el Caribe: Políticas para*

- la licencia de maternidad y paternidad y apoyo a la lactancia materna.* <https://www.unicef.org/lac/informes/maternidad-y-paternidad-en-el-lugar-de-trabajo-en-ALC>
- UNICEF.** (s. f.). *Lactancia materna.* <https://www.who.int/topics/breastfeeding/es/>
- Villaseñor** Farías, M. de la L. (2009). La medicalización del embarazo: ¿Una necesidad o una imposición? *Estudios de Género. La Ventana*, 3(30), 262-295.
- Villasís** Keever, M. Á., & Garduño Espinosa, J. (2014). Hacia la mejora de la calidad de la atención en recién nacidos. *Boletín Médico del Hospital Infantil de México*, 71(2), 65-67. http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1665-11462014000200001
- Vieira**, G. M. (2003). La iniciativa de humanización de cuidados neonatales. *Revista Chilena de Pediatría*, 74(2), 197-205. <https://doi.org/10.4067/S0370-41062003000200009>
- Yáñez**, S. S. (2017). Salud materna en Argentina: Un análisis de los servicios públicos desde los aportes de la etnografía institucional. *Comunidad y Salud*, 15(2), 78-83. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=375754623010>
- Zimmerman**, R. (2016, July 18). Caffeine? Boxers or briefs? Laptop use? Study seeks clues to fertility, including men's [Entrada de blog]. <http://www.wbur.org/commonhealth/2016/07/18/fertility-study>
- Zurbano** Berenguer, B. (2009). La medicalización de la reproducción y el control social de los cuerpos femeninos. *Asparkia*, 20, 113-130.

Glosario de términos

1. **Aborto espontáneo.** Pérdida natural del embarazo antes de las 20 semanas de gestación, que puede generar impactos físicos, emocionales y sociales en la mujer, y que requiere acceso a la atención médica segura y apoyo psicológico (OMS, 2021).
2. **Apoyo informal.** Asistencia proporcionada por familiares, amigos o vecinos durante el embarazo, parto y puerperio, fundamental para la lactancia y el bienestar emocional (Morales, 2019).
3. **Atención intercultural.** Modelo de salud que integra prácticas biomédicas y saberes tradicionales, respetando la diversidad cultural de pacientes y comunidades, con el fin de garantizar un cuidado más humano y efectivo (Secretaría de Salud, 2013).
4. **Atención materna.** Conjunto de servicios y cuidados ofrecidos a la mujer durante embarazo, parto y puerperio, incluyendo salud física, emocional y acompañamiento social (NOM-007-SSA2-2016).
5. **Biopolítica.** Estrategias mediante las cuales el Estado o instituciones regulan la vida, la salud y los cuerpos de la población, incluyendo la reproducción (Foucault, 2004).

6. **Cesárea innecesaria.** Intervención quirúrgica realizada sin indicación médica estricta, producto de la medicalización y de prácticas institucionales que limitan la autonomía de la mujer (Betrán et al., 2016).
7. **Comunidad.** Grupo social con normas, valores, prácticas culturales y saberes compartidos, que influye en la salud y la reproducción (Durkheim, 1997).
8. **Consejería de lactancia materna (LM).** Proceso de orientación y acompañamiento que permite a las mujeres tomar decisiones informadas sobre la lactancia, considerando factores emocionales, culturales y técnicos (OMS, 1993).
9. **Cuidado centrado en la mujer.** Modelo de atención que prioriza necesidades, decisiones, derechos y experiencias de la mujer durante embarazo, parto y puerperio (WHO, 2016).
10. **Cuidado comunitario.** Estrategias colectivas de bienestar basadas en la colaboración y recursos locales, que incluyen prácticas tradicionales de salud y maternidad (Gutiérrez, 2018).
11. **Contexto socioeconómico.** Condiciones de vida, ingresos y recursos disponibles que influyen en decisiones reproductivas y acceso a servicios de salud materna (Pérez-Cuevas et al., 2014).
12. **Determinantes sociales de la salud.** Factores sociales, económicos y culturales que influyen en la salud y en la capacidad de acceder a servicios (Solar e Irwin, 2010).
13. **Discriminación institucional.** Trato desigual o negligente hacia grupos vulnerables en instituciones de salud, limitando su acceso a la atención de calidad (Béhague et al., 2002).
14. **Diversidad cultural.** Conjunto de prácticas, valores y tradiciones que influyen en la salud, la reproducción y la crianza (UNESCO, 2001).

15. **Equidad en salud.** Garantía de acceso justo y proporcional a servicios sanitarios, sin discriminación por género, etnia o condición socioeconómica (PAHO, 2019).
16. **Exclusión estructural.** Desventaja sistemática que limita el acceso a derechos y recursos, afectando directamente la salud y reproducción (Sen, 2000).
17. **Fertilización asistida.** Técnicas médicas para lograr concepción en personas con dificultades reproductivas, con acceso limitado debido a costos elevados (WHO, 2022).
18. **Género.** Construcción social y cultural que define roles y expectativas, afectando reproducción, autonomía y atención sanitaria (Butler, 1990).
19. **Historia de la salud.** Estudio de la evolución de sistemas de salud, prácticas médicas y políticas sanitarias y su impacto en maternidad y reproducción (Porter, 1997).
20. **Hospitalización.** Proceso de atención médica en hospitales, que puede garantizar seguridad, pero limitar la autonomía de la mujer (Valladares, 2017).
21. **Inseguridad reproductiva.** Riesgos o restricciones para ejercer derechos reproductivos, influenciados por factores socioeconómicos y culturales (Gutmacher Institute, 2020).
22. **Intervención obstétrica.** Procedimiento médico aplicado durante embarazo, parto o puerperio, que puede ser necesario o producto de medicalización excesiva (WHO, 2018).
23. **Lactancia materna exclusiva (LME).** Alimentación del recién nacido únicamente con leche materna durante los primeros seis meses, fundamental para salud y desarrollo (OMS, 2021).
24. **Medicalización.** Proceso mediante el cual aspectos naturales, como el parto, se definen como problemas médicos

- que requieren intervención profesional, a veces limitando autonomía (Conrad, 2007).
25. **Maternidad.** Experiencia, práctica y significado de ser madre, que incluye aspectos biológicos, emocionales, culturales y sociales (Morales, 2019).
 26. **Métodos anticonceptivos.** Estrategias o dispositivos para prevenir embarazo, cuyo acceso y elección reflejan desigualdades económicas, culturales y sociales (WHO, 2020).
 27. **Migración.** Desplazamiento de personas que afecta acceso a servicios de salud reproductiva y continuidad del cuidado materno (UNHCR, 2021).
 28. **NOM-007-SSA2-2016.** Norma Oficial Mexicana que regula atención del embarazo, parto y puerperio, incluyendo lineamientos de seguridad, calidad y derechos de la mujer.
 29. **Parto en casa.** Nacimiento asistido por parteras o cuidadores en el hogar, priorizando autonomía, acompañamiento familiar y saberes tradicionales (Rosenblatt, 2015).
 30. **Parto institucional.** Nacimiento asistido en hospitales o clínicas bajo supervisión médica que garantiza seguridad, pero puede limitar la participación familiar (WHO, 2016).
 31. **Parteras técnicas.** Mujeres con formación formal en partería dentro del sistema de salud, integrando protocolos institucionales y evidencia científica (Secretaría de Salud, 2013).
 32. **Parteras tradicionales.** Mujeres con conocimientos ancestrales sobre embarazo, parto y puerperio, que promueven prácticas contextualizadas y culturalmente pertinentes (Belli et al., 2019).
 33. **Posparto.** Período posterior al parto que requiere cuidado físico, emocional y social de la madre y recién nacido, con especial atención a lactancia y recuperación (WHO, 2016).

34. **Privatización de la salud.** Transferencia de servicios de salud del sector público al privado, generando desigualdades en acceso y calidad (Navarro, 2007).
35. **Promoción de la salud.** Estrategias y acciones para mejorar bienestar y prevenir enfermedades, incluyendo educación sobre lactancia y cuidado materno (WHO, 2016).
36. **Protocolos de atención.** Conjunto de reglas y procedimientos que guían práctica médica y aseguran seguridad y calidad en atención sanitaria (NOM-007-SSA2-2016).
37. **Resistencia.** Prácticas mediante las cuales mujeres y comunidades negocian, reinterpretan o subvierten normas biomédicas y sociales para preservar autonomía y saberes (De Certeau, 1980).
38. **Salud comunitaria.** Enfoque que integra participación activa de la comunidad en cuidado colectivo, priorizando valores locales y colaboración social (Gutiérrez, 2018).
39. **Salud reproductiva.** Estado de bienestar físico, emocional y social relacionado con reproducción, incluyendo planificación familiar, embarazo y maternidad (WHO, 2021).
40. **Seguridad sanitaria.** Condiciones que garantizan atención médica segura, libre de riesgos y respetuosa de derechos del paciente (PAHO, 2019).
41. **Servicios de salud privados.** Atención médica ofrecida por instituciones o profesionales particulares, generalmente con costos directos para las usuarias (Osorio, 2019).
42. **Servicios de salud públicos.** Instituciones estatales que brindan atención médica accesible o gratuita, aunque con limitaciones en cobertura y recursos (DGIS, 2020).
43. **Socialización de género.** Proceso por el cual las personas aprenden roles, expectativas y normas de género, in-

fluyendo en decisiones reproductivas y cuidado infantil (Butler, 1990).

44. **Trayectorias reproductivas.** Experiencias, decisiones y eventos relacionados con reproducción a lo largo de la vida, incluyendo concepción, embarazo y maternidad (Morales, 2019).
45. **Vigilancia en salud reproductiva.** Monitoreo sistemático del acceso, cobertura y calidad de servicios de salud reproductiva, con énfasis en equidad (PAHO, 2019).
46. **Violencia obstétrica.** Maltrato, coerción, negligencia o deshumanización durante embarazo, parto o puerperio por personal médico o instituciones (Béhague et al., 2002).
47. **Violencia simbólica.** Imposición de normas, prejuicios o estereotipos que afectan autonomía y decisiones de las mujeres sobre cuerpo y reproducción (Bourdieu, 2000).
48. **COVID-19.** Enfermedad viral que afectó la atención materna y la promoción de lactancia, generando miedo y desinformación entre madres y familias (OMS, 2020).
49. **Determinantes culturales.** Creencias, prácticas y valores que influyen en la reproducción, parto y lactancia, determinando decisiones y resultados en salud (UNESCO, 2001).
50. **Cuidado emocional en maternidad.** Atención dirigida a sostener la salud mental y emocional de la madre, esencial para el éxito de la lactancia y bienestar familiar (Brown, 2021).

Abreviaturas

- CAF** - Consultorios Adyacentes a Farmacias
- CLUES** - Clave Única de Establecimientos de Salud
- COFEPRIS** - Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios
- COVID-19** - Coronavirus Disease 2019
- DGIS** - Dirección General de Información en Salud
- IMSS** - Instituto Mexicano del Seguro Social
- INSABI** - Instituto de Salud para el Bienestar
- ISSSTE** - Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado
- LME** - Lactancia Materna Exclusiva
- OMS** - Organización Mundial de la Salud
- PAPIIT** - Programa de Apoyo a Proyectos de Investigación e Innovación Tecnológica
- Progresar/Prospera/Oportunidades** - Programa de Desarrollo Humano
- WHO** - World Health Organization (Organización Mundial de la Salud)
- OCDE** - Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico
- ENVIPE** - Encuesta Nacional de Victimización y Percepción sobre Seguridad Pública
- SEDESOL** - Secretaría de Desarrollo Social
- CONEVAL** - Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social
- INEGI** - Instituto Nacional de Estadística y Geografía
- SSA** - Secretaría de Salud
- UNICEF** - Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia
- OPS** - Organización Panamericana de la Salud

OMS - Organización Mundial de la Salud

EMO - Educación Materno-Obstétrica

RH - Salud Reproductiva

SRH - Sexual and Reproductive Health (Salud Sexual y Reproductiva)

WHO - World Health Organization

IEC - Información, Educación y Comunicación

EIS - Estrategias de Intervención Sanitaria

CIE - Clasificación Internacional de Enfermedades

TTC - Tiempo hasta concebir (Time To Conceive)

PNI - Programa Nacional de Inmunizaciones

EMOC - Emergencias Obstétricas

VIF - Violencia Intrafamiliar

OIT - Organización Internacional del Trabajo

FOSIS - Fondo de Solidaridad e Inversión Social

OMS/OPS - Organización Mundial de la Salud / Organización
Panamericana de la Salud

Socioantropología de la reproducción.
Cuerpos, géneros y resistencias en contextos de exclusión y
violencia estructural, se terminó de imprimir en el año 2026,
en el Departamento de Procesos Editoriales de la
Benemérita Universidad Autónoma de Chiapas.

“Socioantropología de la reproducción. Cuerpos, géneros y resistencias en contextos de exclusión y violencia estructural” explora las experiencias de mujeres y parteras en México frente a los desafíos de la salud reproductiva y la lactancia materna. Basado en investigaciones de campo durante y posteriores a la pandemia de COVID-19, el libro muestra cómo las desigualdades sociales, culturales y económicas condicionan la autonomía de las mujeres y cómo emergen estrategias de cuidado y resistencia. Una obra clave para comprender la intersección entre medicina tradicional, derechos reproductivos y atención humanizada.

