

Violencia moral en la atención prenatal: experiencias de mujeres embarazadas en contexto rural

Moral violence in prenatal care: experiences of pregnant women in a rural context

MELISA PERALTA CONTRERAS¹

Estancia COMECYT, México
mperaltac199@gmail.com

CARLOS ALBERTO LEAL REYES²

Universidad Intercultural del Estado de México, México
carlosalberto.leal@uiem.edu.mx

Recibido: 11 de marzo de 2026

Aceptado: 01 de abril de 2026

Resumen

La investigación realizada en el Centro de Salud de San Pedro el Alto, zona norte del Estado de México, México, considerada zona mazahua, tuvo como objetivo conocer cómo se configura la relación entre profesionales de la salud y mujeres embarazadas que acuden a atención prenatal al centro de salud de la comunidad. Se abordaron diversos aspectos de la relación, por lo que, para este artículo, nos centramos en analizar las formas sutiles de poder y control que se manifiestan en la relación entre profesionales de la salud y mujeres embarazadas. A través del enfoque cualitativo, se realizaron entrevistas semiestructuradas: en el caso de las mujeres embarazadas se obtuvieron las trayectorias reproductivas, y en los profesionales de la salud sus trayectorias profesionales. Los hallazgos muestran que la violencia moral se encuentra profundamente arraigada en el campo médico y en las mujeres embarazadas, por lo que resulta difícil de identificar. Y es que es a través de las “recomendaciones médicas”, las indicaciones por parte de los profesionales de la salud, miradas y gestos, justificadas en los saberes médicos, ciencia y “buenas intenciones” que se va naturalizando esta forma de violencia que afectan la salud emocional, desapego a la atención prenatal y agencia de las mujeres.

Palabras clave: contexto rural, violencia obstétrica, campo médico, medicina hegemónica, violencia moral.

Abstract

The research carried out at the San Pedro el Alto Health Center, in the northern zone of the State of Mexico, Mexico, considered a Mazahua area, aimed to understand how the relationship between health professionals and pregnant women who attend prenatal care at the community health center is configured. Various aspects of the relationship were addressed, so for this article, we focus on analyzing the subtle forms of power and control that manifest in the relationship between health professionals and pregnant women. Through a qualitative approach, semi-structured interviews were conducted: in the case of pregnant women, reproductive trajectories were obtained, and in health professionals, their professional trajectories. The findings show that moral violence is deeply rooted in the medical field and in pregnant women, making it difficult to identify. And it is through “medical recommendations,” the indications from health professionals, looks and ges-

1 Actualmente realizando una estancia de investigación por el Consejo Mexiquense de Ciencia y Tecnología (COMECYT). Licenciada en Salud Intercultural y maestra en Interculturalidad para la Paz y los Conflictos Escolares por la Universidad Intercultural del Estado de México. . <https://orcid.org/0009-0003-3875-7770>

2 Docente-investigador en la Universidad Intercultural del Estado de México. Licenciado en Antropología Social, maestro y doctor en Humanidades: Estudios Latinoamericanos por la Universidad Autónoma del Estado de México. <https://orcid.org/0000-0001-6303-8274>

tures, justified in medical knowledge, science, and “good intentions,” that this form of violence, which affects emotional health, detachment from prenatal care, and women’s agency, becomes normalized.

Keywords: rural context, obstetric violence, medical field, hegemonic medicine, moral violence.

Introducción

De acuerdo al Diario Oficial de la Federación (2016) en su Norma Oficial Mexicana NOM-007-SSA2-2016, Para la atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio, y de la persona recién nacida:

La salud materna-infantil constituye un objetivo básico de los pueblos porque en ella descansan la reproducción biológica y social del ser humano; es condición esencial del bienestar de las familias, y constituye un elemento clave para reducir las desigualdades y la pobreza (p.3)

Así mismo, reafirma que la salud sexual y reproductiva es un derecho universal, donde las mujeres deben decidir de forma libre e informada, respetando su integridad física, así como el derecho a no sufrir discriminación ni coerción. Así mismo establece, que las mujeres deben recibir un trato digno y respetuoso en el marco de los derechos humanos y con perspectiva de género, lo que supone un embarazo más seguro y protegido (p.4). En este sentido, aborda el impacto de la violencia en todas sus formas, en la salud de la mujer, haciendo énfasis en la salud emocional, física, sexual y reproductiva, por lo que propone realizar acciones de prevención en el marco de la violencia familiar y de género. (p. 5). Con respecto a esto, la norma establece solo en su apartado de *Atención al parto* que “ninguna persona que preste servicios de ginecología y obstetricia, discriminará o ejercerá algún tipo de violencia hacia la mujer en trabajo de parto. (p. 16)

Con base en lo anterior, la Comisión Nacional de Arbitraje Médico (CONAMED) en su Anuario Estadístico 2024, refiere que recibieron 1141 quejas a nivel nacional, siendo la Ginecología y Obstetricia la segunda especialidad con mayor número de inconformidades, donde de manera general los motivos de las quejas son las irregularidades y la negativa en los servicios, lo que sugiere que estas quejas no solo se refieren a resultados clínicos, sino que también al trato en los servicios de salud. Por lo que, los datos de la CONAMED muestran que, en la ginecología y obstetricia, se concentran uno de los mayores porcentajes de quejas médicas en el país (CONAMED, 2025). A partir de esto, se sugiere existe una discrepancia entre lo que establece la norma y los resultados obtenidos por la CONAMED.

En base a esto, la violencia obstétrica hace referencia al trato deshumanizante que reciben las mujeres en el proceso de gestación, parto y puerperio. Este tipo de violencia se manifiesta a través de diversas formas de maltrato, como la medicalización excesiva o innecesaria (conversión de procesos naturales en patológicos), abuso de poder por parte del personal de salud, así como agresio-

nes físicas, verbales y psicológicas. En palabras de Ales Uría Acevedo (2025) la violencia obstétrica implica “el acceso forzado del cuerpo; el apartamiento de las regularidades de los procesos comunes de las cosas; el quebrantamiento de pactos y avasallamientos de voluntades” (p.41), lo que evidencia cómo la atención médica puede convertirse en espacios de vulnerabilidad tanto corporal como simbólica de las mujeres.

Ahora bien, este maltrato puede expresarse cuando las mujeres son “juzgadas, atemorizadas, humilladas o lastimadas física y psicológicamente” en los servicios médicos (Moreno Sánchez, 2023, p.148). Por lo que, para fines de este documento, haremos énfasis en la violencia moral, la cual es expresada mediante regaños, intimidaciones, juicios morales y descalificaciones las cuales buscan corregir conductas o imponer normas de comportamiento en sintonía con los ideales institucionales (Segato, 2023)

Sin embargo, para poder abordar la violencia moral, resulta necesario explorar las aportaciones teóricas de Michel Foucault (1975) y Pierre Bourdieu (2007) con respecto al campo y habitus médico, quienes señalan que el campo médico es un espacio con reglas propias, jerarquías y capital simbólico, que definen quien posee autoridad y legitimidad sobre el cuerpo y salud. Por lo que, la atención prenatal implica mecanismos de control y disciplinamiento de las mujeres embarazadas, donde se regulan sus conductas, saberes y experiencias.

En este contexto, las aportaciones de Castro (2014), Castro y Erviti (2015) amplían el análisis al reflexionar en como desde la perspectiva médica, la violencia obstétrica es atribuida a un problema ético y atención de calidad de los profesionales de la salud, como consecuencia de las cargas laborales (número excesivo de pacientes atendidos) deficiencias estructurales en las unidades de trabajo, así como las cargas administrativas (expedientes clínicos, relación de pacientes atendidos, seguimiento a pacientes crónico-degenerativos, mujeres embarazadas, así como la actualización contante de la información en plataformas de la Secretaria de Salud). Castro y Erviti (2015) reconocen que la violencia hacia las mujeres embarazadas, se encuentra instaurada en la estructura del campo médico, donde las relaciones de poder y el habitus, reproducen prácticas de dominación y deshumanización, determinando muchas veces el actuar, sentir y pensar de los profesionales de la salud.

Investigaciones como la compilación de Castro y Frías (2022) que abordan no solo la violencia obstétrica, estructural, institucional, simbólica y física, sino que además reflexionan sobre los ejercicios de poder en torno a la atención de mujeres embarazadas, los estereotipos de género y la legitimación de un modelo de atención a la salud, lo que desencadena una violación a los derechos humanos y reproductivos de las mujeres en los servicios de salud.

Uno de los grandes impulsores de la legitimación del saber médico, que permitieron justificar el maltrato de profesionales de la salud hacia los pacientes, (específicamente las mujeres) en nombre la salud y el bienestar de los pueblos, fue la implementación de los llamados Programas de Transferencia Condicio-

nada³. Estos programas, llevados a cabo por diferentes sexenios, consistían en la entrega monetaria a las mujeres madres de familia de cierta cantidad de dinero (dependiendo el número de hijos), la cual estaba condicionada por ciertos requerimientos como: asistencia regular de los hijos a la escuela, asistencia a revisiones médicas al centro de salud por parte de las madres y los hijos, así como la capacitación constante de las mujeres en temas como prevención de enfermedades, alimentación, higiene, violencia.

Los programas de transferencia condicionada, tuvieron como objetivo según la Secretaría del Bienestar (2016):

articular y coordinar la oferta institucional de programas y acciones de política social, incluyendo aquellas relacionadas con el fenómeno productivo, generación de ingresos, bienestar económico, inclusión financiera y laboral, educación, alimentación, salud, dirigida a la población que se encontrara en situación de pobreza. (parr. 1)

Esto resuena con los análisis de Foucault (1975, 1976), donde reflexiona sobre como el poder opera a través de las instituciones, las cuales regulan la vida, en este caso las mujeres, así como a la comunidad. Foucault introduce la idea de la biopolítica, que se refiere a cómo los gobiernos utilizan mecanismo de control (programas de transferencia, programas educativos), que permean en la vida de las personas. Por lo que, en este contexto, los programas de transferencia condicionada no solo ofrecieron beneficios, sino que también disciplinaron a las mujeres al imponerles requisitos, como asistir a pláticas, revisiones y marchas, como condicionante para recibir el apoyo económico.

Desde la perspectiva de Bourdieu (1998), estas prácticas sociales presentadas como forma de ayuda, ejercieron control indirecto mediante exigencias o requerimientos. Por lo que los programas sociales perpetuaron formas de violencia simbólica, la cual se refiere a una forma de dominación sutil y no explícita, ejercida a través de estructuras simbólicas (como el lenguaje o discursos de los profesionales de la salud), que imponen y naturalizan relaciones de poder desiguales, la cual es reproducida por dominados y dominadores, que responden a estructuras sociales profundamente interiorizadas.

Con respecto al contexto de estudio, la comunidad de San Pedro el Alto, de acuerdo al Instituto Nacional de Leguas Indígenas, es una comunidad mazahua o Jñatrjo, y forma parte del municipio de San Felipe del Progreso, ubicada en la zona norte del Estado de México (INALI, 2009). Dicha comunidad en las últimas décadas ha experimentado un importante crecimiento económico y demográfico, como consecuencia de la migración de hombres y mujeres hacia la Ciudad de México y Estados Unidos, aunado a la misma globalización.

Sin embargo, este proceso de “desarrollo” no ha significado el abandono de

3 Programa Nacional de Solidaridad Social “Solidaridad” (1988-1994)
Programa de Educación, Salud y Alimentación “Progresas” ((1997-2000)
Oportunidades (2000-2012)
Prospera (2012-2018)

sus prácticas, costumbres y formas de vida comunitaria ligadas a su identidad. Es importante destacar que muchas de las prácticas vinculadas al embarazo reflejan saberes y costumbres transmitidos de generación en generación. Pero también es importante mencionar que, muchas de estas prácticas están fuertemente condicionadas por las deficiencias estructurales en las que anteriormente se encontraba la comunidad. Por lo que algunos aspectos relacionados con este proceso, no coinciden con las expectativas de los profesionales de la salud como lo son: la asistencia a control prenatal, el autocuidado y las formas de expresarlo, alimentación, corporalidad, procesos de higiene y redes de apoyo.

Es necesario subrayar que esta investigación se centró en la experiencia de mujeres que acuden al control prenatal al Centro de Salud de San Pedro el Alto, por lo que no incluye las vivencias de aquellas que optan por otras instituciones públicas y/o privadas. Por tanto, estas experiencias podrían diferir o coincidir significativamente.

En este contexto, las mujeres enfrentan expectativas normativas en torno a su sexualidad, el embarazo, la maternidad, entre otros. Estas expectativas no solo se enmarcan en el plano familiar o comunitario, sino también en el ámbito institucional como lo es el de la salud, específicamente en su acercamiento al centro de salud.

Gayety Juárez (2020) comentan que, en México han ocurrido transformaciones en el comportamiento sexual y reproductivo con los cambios generacionales, especialmente entre las mujeres. De igual forma, las políticas de planificación que se dieron a través de los diversos programas de transferencia como los ya mencionados, comenzaron a dar resultados como: la disminución de la fecundidad por uso de métodos anticonceptivos. Estos cambios en los comportamientos sexuales y reproductivos, han modificado el papel de las mujeres en la sociedad, "Las mujeres han incrementado su escolaridad y su participación en el mercado laboral." Sin embargo, también recalcan que estos "cambios en los comportamientos sexuales y reproductivos no han sido homogéneos" (p. 90). La distribución desigual de recursos económicos, educativos y de salud ha limitado el acceso de muchas mujeres, particularmente en zonas rurales.

Las políticas públicas y los marcos institucionales ejercen una influencia profunda tanto en los profesionales de la salud como en las mujeres embarazadas. En México, la Secretaría de Salud, junto con otras instituciones, establece normativas y directrices que estructuran la práctica médica y las relaciones entre el personal de salud con las y los usuarios del sistema. Sin embargo, estas directrices a menudo generan tensiones entre los objetivos institucionales y las realidades y expectativas de las comunidades a las que laboran.

Como Martínez Trejo (2018) menciona, las políticas públicas de salud no siempre se alinean con las necesidades locales o las expectativas de los usuarios. La desvinculación entre el sector salud y otras áreas clave, como la educación, junto con el limitado desarrollo de programas de especialización para los diversos contextos, genera desafíos tanto en la preparación del personal médico como en la calidad de la atención brindada. Estos factores impactan directamente en

la percepción que los pacientes tienen del sistema de salud, lo que puede traducirse en desconfianza y resistencia a utilizar los servicios. Como resultado, se genera una brecha de desconfianza y una posible resistencia a acudir en el caso de las mujeres a atención prenatal.

Asimismo, los profesionales de la salud, bajo la presión de cumplir con las normativas y protocolos estandarizados, adoptan prácticas y actitudes que pueden ser percibidas como autoritarias o distantes por los pacientes. Esta situación se agudiza cuando las normativas institucionales no consideran las complejidades culturales, sociales y estructurales que condicionan a las mujeres embarazadas que acuden a control prenatal al centro de salud.

Al conocer lo anterior, surge la siguiente cuestión ¿qué factores generan la violencia moral ejercida por parte de los profesionales de la salud hacia las mujeres embarazadas que acuden a control prenatal al centro de salud de la comunidad? El supuesto teórico que se plantea es que, el campo y habitus médico legitima un único modelo de atención a la mujer embarazada, debido a esto crea un estereotipo de como “debe ser una mujer embarazada”, no solo en conducta, sino que también en apariencia. Sin embargo, el campo y habitus médico no considera las practicas, costumbres, significados y condiciones estructurales, culturales y sociales, así como la misma agencia de las mujeres en la comunidad lo que provoca tensiones y discrepancias que terminan en la descalificación, el juicio o trato despectivo hacia mujeres embarazadas.

Metodología

Este trabajo se desarrolló desde un enfoque cualitativo, a partir de la aplicación de entrevistas semiestructuradas y del registro etnográfico en un diario de campo. La información recopilada se centró en las trayectorias reproductivas de mujeres embarazadas que acudían a control prenatal al Centro de Salud de San Pedro el Alto (ver tabla1).

Tabla 1. Mujeres embarazadas

Seudónimo	Edad	Estado civil	No. de hijos nacidos	Edad del primer embarazo
Ana	14 años	Unión libre	0	14 años
Beatriz	17 años	Unión libre	0	17 años
Claudia	35 años	Casada	2	16 años
Dulce	16 años	Unión libre	0	16 años
Elena	19 años	Unión libre	0	19 años

Fuente: Elaboración propia

También se contó con la colaboración de Monse, mujer de 62 años. Su relato nos permitió conocer el impacto de los programas de transferencia condicional.

Con respecto a las trayectorias reproductivas, Berrio (2014) refiere que, este concepto está relacionado a procesos asociados a la edad en el ocurren una serie de transiciones importantes en la vida de las personas, como el “inicio de la vida sexual activa (IVSA), inicio de la vida conyugal (IVC), inicio de la maternidad, número total de gestaciones, tipo de atención obstétrica utilizada en el embarazo y parto...” (p.214). La autora también refiere que estas trayectorias dan cuenta de comportamientos tanto individuales como colectivos, ya que:

Permite recuperar normatividades de género, valores y prescripciones culturales en torno a la maternidad, la paternidad y la reproducción en un grupo específico y en un periodo histórico determinado, pues las decisiones individuales están inscritas en las posibilidades que brinda cada cultura respecto a lo que considera adecuado o no en relación con la reproducción: cuando, de qué manera y en qué circunstancias ésta debería tener lugar o restringirse. (Berrio, 2014, p.215)

Así mismo, se incluyó la perspectiva de los profesionales de la salud. De acuerdo a la Diario oficial de la Federación (2013) en la Norma Oficial Mexicana NOM-019-SSA3-2013, los profesionales de la salud son definidos como “el personal que labora en las instituciones de salud como: médicos, odontólogos, biólogos, bacteriólogos, enfermeras... que cuenten con título profesional o certificado de especialización que haya sido legalmente expedidos y registrados por las autoridades educativas competente.” (p. 12). Por lo que en el presente trabajo, el término se utilizará específicamente para referirse a las enfermeras, médicas y médico que participan en la atención prenatal en el Centro de Salud de San Pedro el Alto, en los cuales se utilizaron seudónimos, (ver tabla 2).

Tabla 2. Profesionales de la salud

Seudónimo	Edad	Profesión	Tiempo ejerciendo	Tiempo en la comunidad
Rosa	39 años	Enfermera	15 años	12 años
Rita	52 años	Enfermera	20 años	12 años
Ofelia	50 años	Enfermera	25 años	19 años
Karla	31 años	Médica	8 años	1 año y medio
Sofía	35 años	Médica	10 años	Siete meses
Francisco	55 años	Médico	31 años	23 años

Nota: Elaboración propia.

En el caso de los profesionales de la salud, se abordaron las trayectorias profesionales que como mencionan Rodríguez y Soto (2017) estas se refieren al conjunto de experiencias, aprendizajes, decisiones y desarrollos que atraviesan los individuos a lo largo de su carrera. Es importante considerar que estas trayectorias están influenciadas por factores personales, institucionales, sociales y

culturales, que, en el área de la salud, se añaden las demandas específicas del Sistema de Salud y las necesidades de la comunidad.

Por lo que, algunos de los aspectos que se consideraron durante las entrevistas fueron: formación educativa de los profesionales de la salud, las actitudes hacia la comunidad en general y hacia los pacientes, específicamente hacia las mujeres embarazadas, así como la influencia del Sistema de Salud en su práctica diaria. También se indaga en las actitudes y prácticas relacionadas con el embarazo y la maternidad, con el propósito de comprender cómo estos factores impactan no solo el desarrollo de la consulta, sino que igualmente la relación interpersonal y simbólica que los profesionales de la salud establecen con las mujeres embarazadas que acuden al control prenatal.

Así mismo, el análisis se realizó desde un enfoque interseccional, lo que posibilitó identificar cómo se entrecruzan distintos ejes de desigualdad en las experiencias de las mujeres embarazadas y en la práctica de los profesionales de la salud. Como menciona Crenshaw (1989) categorías como género, raza, clase social, etnicidad y orientación sexual no operan de manera aislada, sino que interactúan creando sistemas complejos de poder que afectan a los individuos en función de su posición social, es decir, la manera en que las mujeres embarazadas experimentan la atención médica.

En este sentido, la interseccionalidad permitió reconocer que las desigualdades no son lineales ni homogéneas, es decir, las diversas condiciones que atraviesan a las mujeres embarazadas (edad, escolaridad, ocupación, número de hijos, lengua que hablan, situación socioeconómica), incluso las redes de apoyo con las que cuenta, así como la posición jerárquica de los profesionales de la salud, los años ejerciendo, profesión, sexo, lugar de estudios y residencia. Producen diferencias en el trato para con las mujeres embarazadas que acuden a su consulta prenatal.

Discusión y resultados

Con base en lo expuesto, a continuación, se presentan los resultados articulados con el análisis teórico. Para esto se organizará el contenido en ejes temáticos, lo que permite comprender cómo se configura y reproduce la violencia moral dentro del campo médico, y como esta se experimenta en la práctica y relaciones entre profesionales de la salud y las mujeres embarazadas.

Poder, discursos y reproducción del habitus médico

En este apartado, se plantea un análisis a partir de conceptos desarrollados por Pierre Bourdieu (2007) y Michel Foucault (1975), los cuales nos permiten reflexionar sobre como el campo médico crea “verdades” que son legitimadas por las prácticas médicas, los discursos, los programas sociales, la educación entre otras. Estos mecanismos generan un círculo vicioso que invisibiliza e invalida otras prácticas y saberes, reproduciendo dinámicas de poder y desigualdades.

En relación con lo anterior, Foucault (1975) expone sobre la justicia, que esta

no se sostiene por sí misma, sino que es necesaria la intervención de otros sistemas que permitan darle justificación y sentido, además de que "... ha de tender a esta recalificación por el poder" (p.23) lo que refiere a que la justicia no solo castiga, sino que clasifica y produce saberes y estos a su vez se legitiman.

En la práctica médica ocurre algo similar ya que esta no se justifica únicamente por los procesos biológicos que ocurren en el cuerpo, o la tecnificación de la medicina, es decir, la ciencia. Sino que además se legitima a través de los discursos que además de prohibir y reprimir, organizan y normalizan la vida social. Por lo que los discursos tienen una función disciplinaria al regular las conductas de las mujeres embarazadas, con base en la moralidad, aspectos médico-biológicos, jurídicos, pedagógicos, entre otras. Que al final de día definen lo que es aceptable o inaceptable, bueno o malo, cuidado o descuido en torno a la salud y el cuerpo de las mujeres embarazadas (Foucault, 1976)

Es decir, Foucault (1975,1976) plantea que el disciplinamiento de los cuerpos como el de las mujeres embarazadas, se da a través de instituciones como el centro de salud y la escuela, por medio de la consulta médica, de los programas de transferencia condicionada que en su momento existieron e incluso los mismos planes educativos.

Respecto a esto, autores como Menéndez (1990), retoman las ideas de Foucault, al referir que:

Los saberes médicos, que incluyen tanto las representaciones como las prácticas técnicas, no tienen nada que ver con la atención, curación y prevención de los padecimientos, sino con toda la serie de funciones (normar, controlar, legitimar) que pueden adquirir carácter dominante a nivel profesional, del sector salud y/o de los conjuntos sociales. (Menéndez, 1990, p. 103).

La reflexión del autor refuerza lo mencionado anteriormente, el que además de "cuidar la salud", los saberes médicos también cumplen con una función social y hasta política, ya que establece lo que es "normal" y que no (por ejemplo: qué peso es el correcto para una mujer embarazada, qué conducta es adecuada), controlar (a qué hora y cuando deben realizarse las consultas, la figura de la madrina obstétrica, las indicaciones obligatorias) y legitimar (dar validez solo a los conocimientos de la medicina hegemónica, y deslegitimar prácticas culturales, la partería entre otras).

Ahora bien, uno de los discursos o mecanismos que impulsaron en gran medida, el control, vigilancia y legitimación de estos saberes hegemónicos, fue la implementación de los programas de transferencia condicionada, que como se mencionó anteriormente, estos provocaron el disciplinamiento de los cuerpos, regular el comportamiento de las mujeres embarazadas, ya que los profesionales de la salud marcaban los parámetros en el comportamiento de las mujeres.

... yo debía ir a pláticas no me acuerdo cada cuando, ahí nos hablaban de sexo, higiene, cuidar nuestra alimentación, esas las daba el médico, pues muchos temas, a revisarnos y llevar a mis hijos a chequeos, ahí los median y pesaban y revisaban que estuvieran bien, a mí también, y también no debían faltar a la escuela, es que muchos niños si faltaban porque luego los mandaban a vender en lugar de estudiar... ..ya después íbamos a marchar, el día contra el cancer de mama y así, todas las señoras íbamos con nuestras faldas blancas y carteles, del campo de allá abajo al centro, y pues de ahí tuve que ir al centro de salud, porque si no me lo quitaban... (Entrevista a Monse, San Pedro el Alto, 2024)

Retomando las aportaciones de Menéndez (1990), podemos dar cuenta de cómo a nivel profesional, los médicos a través de las consultas y los diversos talleres que realizan en el centro de salud van imponiendo su visión como única y válida; a nivel institucional, esta lógica se refuerza a través del diseño de programas y protocolos oficiales, la creación de normas de atención y guías de práctica médica, así como la influencia en los programas educativos; y a nivel social, la población interioriza como válido y seguro lo replicado por los médicos y las instituciones no solo desde el sector salud, sino que además lo que consume digitalmente, así como desde la formación académica y los programas educativos.

Lo mencionado por Monse, resuena con los análisis de Foucault (1975), sobre la biopolítica, donde reflexiona sobre como el poder que opera a través de las instituciones, termina regulando la vida de las personas, en este caso, las mujeres. La aplicación de los programas de transferencia condicionada tuvo un impacto tan profundo en la vida de las mujeres en comunidad ya que, si bien ayudo en gran medida en la disminución de muerte infantil, muerte materna, disminución de la violencia, disminución de enfermedades gastrointestinales, también instauró una sola forma de entender los procesos de salud y enfermedad, invalidando las prácticas culturales, y no importando las condiciones estructurales de las mujeres en comunidad. En este sentido, los profesionales de la salud comentan su perspectiva con respecto a los programas de transferencia condicionada:

Ya hay muy poca violencia. Antes había más, porque la gente llegaba con los golpes, esto cambio desde que hubo PROSPERA. Las pláticas ayudaron, de hecho, decían las señoras que “desde que tenemos prospera ya rezongamos, ya no nos dejamos, nos defendemos”, que porque nosotros les decíamos que debían defenderse (Entrevista a enfermera Rita, San Pedro el Alto, 2023)

Yo creo que más civilizado como llegamos. Si ha cambiado mucho, con el programa de PROSPERA mejoraron mucho, porque luego llegaban y no se bañaban, había muchos piojos, cuando menos sentíamos, ya nos brincó una pulga, pero parece que ya no (Entrevista a enfermera Ofelia, San Pedro el Alto, 2023).

Los relatos anteriores, muestran por una parte la coerción de los programas

sociales, visibilizando así no solo una función sanitaria, sino también normativa, alineadas con los estándares considerados “civilizados” desde la perspectiva médica hegemónica o biomédica. Sin embargo, también dan cuenta del clasismo, racismo y discriminación inmersa en la práctica médica.

En este contexto, resulta adecuado conceptualizar al ámbito de la salud como un “campo social” en el sentido que describe Pierre Bourdieu: un espacio estructurado donde se entrelazan diversas relaciones de poder, conocimiento, jerarquías y prácticas culturales (Cerón-Martínez, 2019). Por lo que se puede entender que el centro de salud como parte de este campo médico, se encuentra condicionado por diversas estructuras.

En este campo, convergen diversas dimensiones microsociales como las interacciones cotidianas entre profesionales de la salud y la diversidad de pacientes que acuden a consulta; así como las dimensiones macrosociales, que pueden incluir las políticas de salud pública, la normatividad institucional, así como las relaciones de poder inherentes a la estructura del Sistema de Salud, también las representaciones, actitudes y prácticas entorno al embarazo en el contexto.

Comprender al centro de salud como parte de este campo social permite visibilizar que las experiencias de las mujeres embarazadas no dependen únicamente de la interacción directa con los profesionales de la salud, sino que, a una red de relaciones sociales, políticas, culturales y estructurales que configuran tanto el funcionamiento institucional como las formas en que las mujeres son reconocidas, valoradas o, en muchos casos, descalificadas. Ya que como menciona Castro y Erviti (2015):

El campo médico abarca al conjunto de instituciones y actores de la salud que, ubicados en diferentes posiciones, mantienen entre sí relaciones de fuerza orientadas a conservar, adquirir o transformar esa forma de capital específico que consiste en la capacidad de imponer los esquemas dominantes de definición, percepción y apreciación de las materias propias de la agenda sanitaria, así como de la acción (política, comercial, científica, profesional) que deriva de ello. (pp.45-46)

Esta perspectiva, permite entender que el centro de salud no es un espacio neutral, sino uno donde entran en tensión significados y representaciones, se reproducen jerarquías y se establecen dinámicas de poder que influyen directamente a las mujeres embarazadas.

Habitus médico

En relación con lo anterior, Hancock (2007) destaca que los profesionales de la salud, influenciados por su formación y el sistema biomédico dominante, a menudo perpetúa desigualdades al ignorar las prácticas culturales y las experiencias de los pacientes.

Para poder comprender cómo se instaura y reproducen los procesos de po-

der y control en la práctica médica, resulta necesario abordar el concepto de habitus. Este término, introducido por Bourdieu (2007) hace referencia el “sistemas de disposiciones duraderas y transferibles, estructuras estructuradas predisuestas a funcionar como estructuras estructurantes, es decir, como principios generadores y organizadores de prácticas y representaciones”. (p.86) Vargas Huanca, G. (2021).

En el ámbito de la salud, Castro (2014) retoma el concepto de Bourdieu adaptándolo al campo médico, donde plantea que el habitus médico es el “conjunto de predisposiciones generativas que resultan de la incorporación (lo social hecho cuerpo) de las estructuras objetivas del campo médico”. (p.173)

Así mismo, Castro (2014), refiere que tales predisposiciones son adquiridas durante la formación académica, en las facultades de medicina y reforzada por los hospitales e instituciones donde llevan a cabo prácticas médicas o servicio social. Y es así como se instauran las conductas consideradas “razonables” y de “sentido común” propias del ámbito médico, es decir, “a una práctica cotidiana espontánea, casi intuitiva, preconsciente que permite la realización permanente de conductas eficaces para los fines del campo”. (p.173-174)

Desde esta perspectiva, la práctica médica no solo responde a conocimientos técnicos científicos, sino que también a un habitus que configura las formas de atención e interacción con las mujeres. En este sentido, Castro Vásquez (2008) analiza como la paciente es tratada como objeto y no como un sujeto activo de la atención. El autor expone que esto puede manifestarse de dos formas: a través de la relación médico-paciente la cual está marcada por la desigualdad y poder, y mediante una función docente donde tratan de “enseñar” o “educar” a las pacientes. Y es así como por medio de “la consulta médica en su función docente, no solo forma nuevos profesionales en el desempeño jerárquico, sino que además enseña a las pacientes a reconocer esta jerarquía”. (p. 384)

De este modo, el habitus se convierte en un dispositivo que legitima prácticas jerárquicas, relaciones asimétricas, naturalizando las desigualdades en la atención a las mujeres embarazadas. Tal y como lo muestra el relato del médico Francisco:

...entonces si tu estas en una comunidad humilde, ¿Cómo van a ser tus clientes?, pues humildes, quieres una comunidad rica, vete a trabajar a un hospital privado, y ahí tienes otro tipo de pacientes, yo se los digo incluso a mis hijos porque ellos ya son médicos, les digo, yo soy doctor de pobres, no soy doctor de ricos... (Entrevista a médico Francisco, San Pedro el Alto, 2023).

Lo expresado por el médico, sugieren la interiorización de normas y comportamientos de la práctica médica, además de una serie de disposiciones asociadas a las características sociales de sus pacientes. Con lo que se asume que el tipo de atención que recibirán será acorde a sus posibilidades y condiciones de vida. Ya que al decir que él no es un “doctor de ricos”, insinúan una aceptación

de la desigualdad en la atención y que los diferentes contextos socioeconómicos suponen distintos estándares y tipos de relación.

Por otra parte, Castro y Villanueva (2023) analizan como el mismo campo médico, clasifica a los profesionales de la salud conforme al nivel de atención en el que se encuentren y la ubicación geográfica en la que laboran. Ya que como menciona el médico Francisco, las zonas rurales son asociadas con la pobreza, y las zonas urbanas, lugares de ricos.

El primer nivel de atención como lo son los profesionales de la salud que participaron en esta investigación, son considerados en esta jerarquía el nivel más bajo de la organización del campo médico ya que usualmente no cuentan con alguna especialidad, y siendo estos el primer filtro en la organización del Sistema de Salud, al laborar en contextos rurales.

Posteriormente se encuentran el segundo y tercer nivel de atención, en el que los profesionales de la salud que ahí laboran se encuentran ubicados en zonas urbanas. Estos profesionales, cuentan con especialidad y subespecialidad, lo que les confiere mayor valor jerárquico, así como la autoridad para evaluar a sus inferiores. Y es así como el campo médico instauro, reproduce y refuerza las jerarquías médicas por medio de mecanismos institucionales.

Ahora bien, retomando el concepto de habitus es importante reconocer que este habitus no es estático, ni inalterable ya que está influenciado por una serie de factores complejos y dinámicos. Los profesionales de la salud no son solo productos de la formación académica. Las experiencias personales y profesionales también moldean su habitus, por ejemplo, su origen social, la interacción con diversos contextos y prácticas médicas, valores familiares y la agencia de los profesionales de la salud. por lo que las diversas predisposiciones hacia el paternalismo, autoritarismo, actitudes machistas y clasistas o la empatía, pueden ser configuradas por esas otras relaciones. Como muestran las narrativas de las médicas Karla y Sofía:

... tal vez mejorar el transporte, yo tengo carro pero los que viven allá hasta allá abajo... hablar con los ejidatarios plantar arbolitos la verdad que está muy lejos y la gente camina bajo el sol, y pagar un taxi de allá hasta acá esta pesado. (Entrevista a médica Karla, San Pedro el Alto, 2023).

Sobre el motivo de estudiar medicina: “el poder ayudar a los demás y el que tuve enfermo a mi papá... poder ayudar a la gente y la cara de felicidad cuando lo haces” (Entrevista a médica Sofía, San Pedro el Alto, 2023). Lo anterior muestra como sus perspectivas y actitudes están influenciadas por sus vivencias personales. Estos factores personales influyen en la manera en que ambas interactúan con sus pacientes y en la calidad de la atención que ofrecen.

Con respecto a esto, Bourdieu propone que “el habitus hace posible la producción libre de todos los pensamientos, todas las percepciones y todas las acciones inscritas en los límites inherentes a las condiciones particulares de su producción” (citado por Vargas Huanca, 2021, p. 329). Por lo que, el habitus

médico, aunque estructurado por la formación y los objetivos del campo, se encuentran matizados por las experiencias de vida de los profesionales de la salud, influyendo así en las formas de interactuar con las pacientes y atención brindada. En este sentido, la agencia es clave para configurar las relaciones y atención en la práctica médica.

Ahora bien, otro aspecto importante a considerar es la reflexión que realiza Bourdieu (2007), donde explica que el habitus no se interroga, ya que, al estar implícita, naturalizada e inconsciente en el campo médico, se manifiesta a través de las prácticas cotidianas y de las formas de percibir, sentir y actuar. Es decir, se observa en la acción, los gestos, los juicios, las formas de hablar y los tonos utilizados en la interacción, las miradas, las expectativas de obediencia ante los profesionales de la salud. Como se muestra a continuación:

El otro día llega una muchacha con su mamá, hoy ya no tengo aparatos aquí para ver como esta tu bebe..., pero gracias a que, yo aquí eh impuesto varias como reglas con las embarazadas, y una de ellas es traer ultrasonido para abrir el expediente y todo... viene a su primera consulta, pero hay un HMR⁴, este, pero como su bebe ya se murió, es consulta y referencia al hospital... hay que sacarlo... (Entrevista a médico Francisco, noviembre 2023).

Lo relatado por el médico, da muestra de cómo se configuran las dinámicas del centro de salud a partir de las relaciones de poder, respaldadas por el capital cultural y simbólico del profesional de la salud. El conocimiento biomédico establece parámetros de legitimidad del cuidado, (el cómo hacerlo, cuando, con quien...). Esta práctica, el no recibir a las mujeres embarazadas, sino cumplen con una serie de requisitos, se convierten en mecanismos de control y condicionamiento, que al no ser cumplidas y con el poder moral que representan los profesionales, generan culpabilidad y desvalorización en las mujeres. Haciéndolas responsables de este tipo de situaciones y no considerando las realidades de las mujeres.

Es a través de estos gestos, discursos y prácticas es que se materializa la violencia moral, la cual no se manifiesta en agresiones físicas, sino que es una forma de violencia sutil, simbólica, lo que la hace hasta cierto punto invisible pero profundamente efectiva. Es así como esta violencia refuerza desigualdades, lastima la dignidad de las mujeres, descalifica experiencias y prácticas, es legitimada por el campo médico y el poder moral que representan los profesionales de la salud, bajo el nombre de la ciencia.

Violencia Moral

La violencia moral es todo aquello que envuelve agresión emocional, aunque no sea ni consciente ni deliberada. Entran aquí la ridiculización, la coacción moral, la sospecha, la intimidación, la condenación de la sexualidad. La desvalorización cotidiana de la mujer como persona, de su personalidad y sus trazos psicológicos, de su cuerpo, de sus capacidades intelectuales, de su trabajo, de su

4 Huevo muerto retenido

valor moral. (Segato, 2003, p.115).

Ahora bien, para poder comprender como se patentiza la violencia moral, resulta necesario partir del género como categoría de análisis, pues como señala Lagarde (2005) “las mujeres comparten como género la misma condición genérica, pero diferentes en cuanto a sus situaciones de vida y en los grados y niveles de la opresión” (p. 79). Esta perspectiva permite reconocer que la violencia moral no afecta a todas las mujeres por igual, sino que se entrelaza con otros ejes de desigualdad, configurando así las experiencias de las mujeres embarazadas en la atención prenatal.

Con respecto a lo anterior, Ridgeway y Correll (2004) conceptualizan al género como un sistema institucionalizado de prácticas sociales que permiten construir a las personas en dos categorías significativamente desiguales (hombre y mujer). Es debido a estas diferencias que se organizan las relaciones sociales las cuales terminan siendo disparejas, donde se encuentran involucradas creencias culturales, distribución de recursos, comportamientos, prácticas, así como identidades. Las autoras hacen hincapié que las creencias de género tienen un significado social más amplio ya que funcionan como reglas culturales o instrucciones que termina replicando esta estructura social de diferencia y desigualdad entendida como género.

En relación con lo anterior, se puede plantear que el habitus médico no opera en el vacío, sino que este se articula con categorías como el género, la case, la etnicidad, religión que resultan en violencia hacia las mujeres. En este sentido, Eroza-Solana y Carrasco-Gómez señalan que la clase y el origen étnico influye en el trato brindado a los pacientes, lo que muchas veces refleja estereotipos y prejuicios institucionalizados, ya que como mencionan:

...además del burocratismo que caracteriza al personal institucional de salud por doquier, el mal trato a los pacientes por parte del mismo expresa como trasfondo el desprecio hacia sus condiciones de pobreza y su escasa o nula educación formal, así como, en lo que concierne a las poblaciones indígenas, una postura racista desde la que apriorísticamente se juzga a sus miembros como ignorantes, obstinados y hasta supersticiosos a partir de su sola condición étnica y de sus formas propias de entender y actuar ante lo que consideran ser causas y efectos de sus problemáticas de salud. Todo esto suele traducirse en un trato despótico y autoritario o, en su defecto, en una condescendencia paternalista a partir de estereotipos de lo étnico en los que hablar de usos y costumbres, e incluso de cultura, resulta una forma disfrazada de referirse a lo que consideran ignorancia y obstinación. (Eroza-Solana y Carrasco-Gómez, 2020, p. 116).

Lo descrito por los autores se puede observar en el relato del médico Francisco en el que se autodefine como “médico de pobres”, donde asume una clara distinción entre trabajar en una “comunidad humilde” y atender “pacientes humildes” y un hospital privado, sugiriendo así que el tipo de atención brindada

se relaciona con el estatus socioeconómico de las pacientes y su ubicación. Por lo que se puede asumir que la práctica médica está condicionada por las jerarquías económicas y sociales de las pacientes, dando lugar a una atención diferenciada.

Considerando lo anterior Segato (2003) retoma el concepto de “violencia moral” la cual es definida como el “conjunto de mecanismos legitimados por la costumbre” (p.107), que consiste en pequeñas dosis de control, que entre más disimulada y sutil sea, mayor será su eficiencia en el control, preservación y construcción de “el sistema de estatus como organizadores de la vida social” (p.114). Esta violencia no se manifiesta abiertamente, sino que actúa a través de la normalización de prácticas y discursos que moldean conductas. Sobre esto, Foucault (1975), considera a estos como “poder disciplinario”, el cual ha logrado “enderezar conductas” (p.158), es a través de este mecanismo simples que coaccionan, regulan y corrigen los cuerpos y las prácticas.

Ahora bien, para poder entender cómo se manifiesta la violencia moral, y los mecanismos de control y disciplinamiento, es necesario abordar a la higiene. La higiene se convierte en un concepto cargado de normas sociales y morales, por lo que las practicas recomendadas por los profesionales de la salud a menudo entran en conflicto con las practicas locales. Illich (1976) en su libro *Némesis médica: la expropiación de la salud*, realiza una crítica a como la medicina moderna redefine las prácticas de autocuidado en términos patológicos. En comunidades como San Pedro el Alto, esto implica una redefinición de la higiene bajo el modelo biomédico, descalificando las prácticas que no encajan con este marco. Respecto a esto Foucault (1990) manifiesta:

El concepto de limpieza, de higiene como limpieza, ocupa un lugar central en todas estas exhortaciones morales sobre la salud. Abundan las publicaciones en las que se insiste en la limpieza como requisito para gozar de buena salud, o sea, para poder trabajar a fin de que los hijos sobrevivan y aseguren también el trabajo social y la producción. La limpieza es la obligación de garantizar una buena salud al individuo y a los que lo rodean. (p.43)

La higiene se convierte en una responsabilidad de los profesionales de la salud y los programas de salud, que asumen acciones no solo a nivel individual, sino también colectivas. Por lo que, a través de diversas acciones y campañas, se busca no solo promover la salud de las personas, sino también de la comunidad en general, estableciendo normas y prácticas que aseguren el “bienestar” colectivo. En el contexto de la mujer embarazada, este enfoque en la limpieza e higiene adquiere una mayor importancia para el saber médico, bajo la premisa de que la mujer tiene la responsabilidad de cuidar su salud para asegurar el bienestar del bebe.

En muchos casos, esta insistencia se convierte en una forma de control social, donde las prácticas de higiene y limpieza no solo se asocian con la salud, sino también con las expectativas sociales y morales sobre lo que significa ser una buena madre: “... Ellas si siguen indicaciones. Lo que, si es que se bañan

cada tercer día, pero se les enseña que el baño debe ser diario para evitar infecciones, pero si hasta eso si hacen caso". (Entrevista a médica Sofia, San Pedro el Alto, 2023).

En el testimonio de la médica, se revela la forma sutil en cómo se ejerce la violencia moral, al afirmar que "ellas si siguen indicaciones", pero "que se bañan cada tercer día", así mismo "se les enseña que el baño debe ser diario". Es así como el discurso moralizador en el contexto de la higiene y el cuidado corporal son medidos por la obediencia y disciplina de las mujeres. Es importante mencionar que las diferencias en los hábitos higiénicos entre los profesionales de la salud y mujeres embarazadas surgen de los diversos capitales (cultural, económico, social) con el que cuenta cada uno.

Por un lado, los profesionales de la salud suelen tener expectativas basadas en normas estrictas derivadas de su formación médica. Estas normas enfatizan la importancia de una higiene rigurosa durante el embarazo para prevenir infecciones y otras complicaciones, promoviendo prácticas como el baño diario, el lavado constante de manos, la desinfección de los alimentos y el cambio frecuente de ropa. Sin embargo, esta visión normativa y funcionalista de la higiene alineada con el modelo biomédico y las políticas de salud implementadas en los centros de salud, refuerzan la idea de que las prácticas de higiene son universales, homogéneas y generadoras de bienestar físico y emocional. Lo anterior sin considerar no solo la situación estructural sino sociocultural de las prácticas en los diferentes contextos

...la verdad la verdad, si nos decían [enfermeras] sobre la importancia del baño diario, lavar las manos y desinfectar los alimentos, el cambio de ropa, sobre todo acá que estamos en contacto con muchas cosas (polvo, animales), pero siendo sincera no se puede, a lo mejor una falta de hábito, ni mi mamá, ni suegra lo hacen, solo mi hermana que ya está en la prepa, yo lo hacía cuando iba a la escuela, pero ya no, otra cosa, el agua no alcanza, en la casa somos mi suegra, mis cuñadas y cuñados y yo, una hora cada tercer día el agua no nos alcanza y menos ahora que están construyendo... (entrevista a Elena, San Pedro el Alto, 2023).

Las mujeres embarazadas tienen experiencias, creencias y prácticas culturales, que reflejan las costumbres transmitidas de generación en generación. También es importante considerar la barrera estructural y socioeconómica que dificulta el acceso de la mujer embarazada a recursos básicos como productos de higiene personal, y agua potable.

En relación con lo anterior, Farmer (2004), explica que las condiciones materiales de pobreza no solo generan enfermedades, sino que también moldean profundamente las formas en que las comunidades entienden y manejan el cuidado de la salud y la higiene. Es decir, en contextos de desigualdad estructural, las prácticas higiénicas deben adaptarse a las limitaciones impuestas por la falta de recursos. Por lo que, en la situación de las mujeres embarazadas, las prácticas

higiénicas son una adaptación de sus realidades materiales y culturales.

Con respecto a Ana, Beatriz, Claudia y Dulce, al querer indagar sobre sus hábitos higiénicos, las respuestas fueron cerradas y rápidas, por lo que permitió interpretar cierta incomodidad o ansiedad al abordar el tema. Todas afirmaban seguir las indicaciones de los profesionales de la salud: el baño diario, el cambio de ropa interior y exterior, sobre esto Dulce lo expreso de la siguiente forma: “todo lo que recomiendan, lo hago... nunca me han dicho nada (alguna crítica, con respecto a su apariencia, el baño, el cambio de ropa”.

La rapidez y rigidez de la respuesta puede interpretarse como una manifestación de la violencia moral. El temor a ser juzgadas o señaladas como “descuidadas” o “sucias”. Ya que como menciona Segato (2003), estos mecanismos o formas de control, no requieren de coerción física, sino que operan desde el poder moral que representan los profesionales de la salud, así como desde la naturalización de lo “correcto”, ser “buena madre” “buena paciente”. En este sentido, la violencia moral no se manifiesta a través de actos bruscos, sino en el modo en que las mujeres van regulando su conducta, cuerpo y sus discursos, ajustándose así a las narrativas del campo médico.

Por otro lado, el siguiente relato de Claudia, muestra como las críticas hacia su cuerpo se centran en su peso:

Las enfermeras si me dicen más de mi peso, pero te lo juro que me cuido, ya no tomé refresco, ya me fui a caminar acá abajo y trato de no comer tanto, pero si luego me entra la ansiedad, pero entre semana que nada más estamos mi suegra y yo si me cuido... pues dejé de trabajar [como empleada doméstica], una vez me iba a caer y no ya mejor me vine... (Entrevista a Claudia, San Pedro el Alto, 2023).

Claudia destaca que, aunque procura seguir las indicaciones médicas y “cuidarse”, sin embargo, la constante vigilancia y crítica hacia su cuerpo le genera ansiedad y culpa, lo que afecta directamente su estabilidad emocional. Estas experiencias muestran cómo la atención biomédica suele reducir el embarazo a parámetros medibles (peso, talla, presión arterial, circunferencia). La preocupación de Claudia no solo refleja el deseo de cuidar su cuerpo, sino también de cumplir con lo que se espera de ella, donde la “buena paciente” es aquella que obedece, controla su cuerpo y muestra disciplina ante los profesionales de la salud.

Así, la interacción entre profesionales de la salud y mujeres embarazadas consiste en un proceso muy complejo. Ya que, si bien los profesionales de la salud pueden actuar desde el compromiso de “cuidar”, los sesgos implícitos en el habitus basados en género, clase social, etnia, edad y religión se entrelazan con las dinámicas de poder propias del campo médico. Lo que resulta en el trato despectivo, desigual, y juicios moralizantes.

Es importante reiterar, que la violencia moral no siempre se manifiesta de forma verbal o explícita, ya que como se mencionó anteriormente esta muchas

veces opera de forma silenciosa, es decir, a través de gestos, miradas o actitudes, lo que dificulta el que sean reconocidas.

...no tienen esa conciencia, de que un embarazo es cuidarse, es de tener espacio con otro hijo, se embarazan porque se embarazan. Aquí en nuestro censo es de adolescentes y nuestro gran censo si es de grandes. Aquí es un pueblo grande entonces hay muchas adolescentes y muchas de ellas pues ya no van a la escuela y optan por una familia o una pareja y se embarazan, la cultura siempre va a ser una determinante, pero solo hay que respetarlas (Entrevista a enfermera Rosa, San Pedro el Alto, 2023)

Las palabras de la enfermera Rosa, revelan como en el embarazo adolescente suele instaurarse una narrativa donde se responsabiliza a las jóvenes por su situación, es decir una "falta de conciencia". Reducir el embarazo adolescente a patrones culturales, invisibiliza otros factores que pueden influir en sus decisiones reproductivas, lo que desestima la agencia de las adolescentes.

... Renuentes, porque se les tiene que buscar para acudir a la unidad, es que no acuden. Es que las orientamos y todo y para mucha gente, esa orientación que les damos es regaño, pero aquí a nadie se les regaña (Entrevista a enfermera Rosa, San Pedro el Alto 2023)

Las palabras de la enfermera Rosa revela la actitud moralizante sobre las mujeres embarazadas, especialmente hacia las adolescentes, a quienes se les atribuye esa falta de "consciencia" sobre el cuidado de su cuerpo y la maternidad. Esta percepción de "renuentes" y difíciles de orientar, construye narrativas en las que se responsabiliza a las mujeres de los embarazos, sin considerar las condiciones sociales, económicas y culturales que las atraviesan.

Aunque la enfermera afirma que "a nadie se le regaña", su propio discurso muestra como la orientación y educación desde la perspectiva biomédica, adquiere tonos correctivos, donde los mismos consejos o indicaciones por parte de los profesionales de la salud se convierten en mecanismos de control.

Y es así como la violencia moral reduce la autoestima, la confianza y desestabiliza la autonomía y agencia de las mujeres, al ser invisible, socialmente aceptada y validada en nombre de la ciencia y la salud, se instaura de manera automática en los profesionales de la salud. Aunque los profesionales de la salud consideran estas acciones como "educar" o "enseñar", en la práctica están reproduciendo relaciones de poder que perpetúan clasismo, racismo y desigualdades de género en el campo médico.

Ahora bien, otro aspecto importante a reflexionar es la agencia de las mujeres, la cual Mahmood (2008) propone entender "no como un sinónimo de resistencia a las relaciones de dominación, sino como una capacidad de acción que se habilita y crea en relaciones de subordinación históricamente específicas" (p. 3). Desde esta perspectiva, la agencia no necesariamente se manifiesta en actos

abiertos de oposición, sino en las decisiones y adaptaciones de la vida cotidiana, realizadas desde las condiciones de posibilidad de las mujeres, siendo así acciones reflexionadas y con un importante significado subjetivo, (González, 2018). Es decir, la capacidad de actuar y tomar decisiones. (Llanes, 2014)

Lo relatado por las mujeres embarazadas, permite reflexionar que estas no son sujetas pasivas frente al campo médico autoritario, sino que, a pesar de las condiciones estructurales, sociales y culturales, toman decisiones y actúan, siguiendo o adaptando las indicaciones médicas. Por ejemplo, en el caso de Claudia, el hecho de intentar modificar su alimentación, salir a caminar o dejar temporalmente su trabajo para evitar riesgos durante el embarazo, muestra cómo las mujeres incorporan, negocian y adaptan las recomendaciones médicas desde sus propias posibilidades. Estas acciones evidencian que la agencia se ejerce incluso dentro de relaciones desiguales de poder, donde las mujeres buscan cuidar de sí mismas y de sus bebés sin dejar de enfrentar limitaciones económicas, familiares y emocionales. O el caso de Elena, donde menciona que no puede bañarse diariamente debido a la escasez de agua y a las dinámicas familiares dentro del hogar, no necesariamente expresa una falta de “conciencia” sobre la higiene, sino una forma de priorizar y organizar el cuidado dentro de condiciones estructurales limitadas.

Conclusiones

Las entrevistas a los profesionales de la salud, así como a las mujeres embarazadas en el contexto de la atención prenatal en el Centro de Salud de San Pedro el Alto, mostro que este espacio se encuentra atravesado por relaciones de poder, discursos y prácticas que reproducen las desigualdades y las normalizan. Los relatos de las mujeres muestran como los programas sociales, las consultas e indicaciones médicas operan como mecanismo normativos y disciplinarios que configuran las conductas y formas de vida consideradas “adecuadas” desde esta perspectiva biomédica hegemónica.

En este contexto, la violencia moral se manifiesta en la forma en que los profesionales de la salud juzgan y clasifican los comportamientos de las mujeres, justificándose en nombre de la ciencia, la salud, bienestar, y de las buenas intenciones para con las mujeres embarazadas. Esta investigación visibiliza que estas “buenas intenciones” médicas, se convierten en el vehículo para ejercer la violencia moral. Así mismo, estas “buenas intenciones” son el justificante perfecto para emitir juicios clasistas, racistas, paternalistas y de género que condenan las practicas de cuidado, experiencias y condiciones de las mujeres que acuden a la atención prenatal.

Aunado a lo anterior, las recomendaciones sobre higiene, alimentación, peso corporal o autocuidado no solo atienden a la búsqueda de la salud, sino que también están cargadas de expectativas sociales y morales acerca de cómo debe comportarse una mujer embarazada. De esta manera, la atención a la salud de las mujeres embarazadas, que es atravesadas por pobreza, la escasez de agua,

las dinámicas familiares o prácticas de cuidado diferenciadas, son interpretadas desde el discurso biomédico como señales de irresponsabilidad, ignorancia o desinterés.

Como consecuencia, muchas mujeres regulan sus discursos y comportamientos para evitar ser juzgadas o señaladas por los profesionales de la salud. En este sentido, la violencia moral no solo reduce la autoestima y la confianza, sino que también afecta la autonomía y la agencia de las mujeres embarazadas, particularmente cuando sus decisiones y prácticas son constantemente cuestionadas desde los estándares biomédicos.

No obstante, reconocer estas dinámicas no implica desacreditar el trabajo de los profesionales de la salud, ni negar los esfuerzos diarios que realizan en el contexto rural atravesado por condiciones estructurales. Sino que, invita a reflexionar críticamente sobre cómo este tipo de violencia, la cual está profundamente incorporada en el campo médico, genera exclusión, reproduce desigualdades y limitan la autonomía y agencia de las mujeres embarazadas.

Referencias

- Ales Uría Acevedo, M. de las M. (2025). *Fenomenología social y marco normativo de la violencia obstétrica a nivel internacional con enfoque en Latinoamérica*. Revista latinoamericana de derecho social. 40. <https://www.scielo.org.mx/pdf/rlds/n40/2448-7899-rlds-40-39.pdf>
- Berrio, P. L. (2014). *Trayectorias reproductivas y prácticas de atención a la salud materna entre mujeres indígenas de la Costa Chica de Guerrero*. En: Sánchez, B. A. (coords), *Desigualdades en la procreación. Trayectorias reproductivas, atención obstétrica y morbilidad materna en México*. 211- 243 <https://omm.org.mx/wp-content/uploads/2020/04/Desigualdades-en-la-procreaci%C3%B3n-trayectorias-reproductivas-atenci%C3%B3n-obst%C3%A9trica-y-morbilidad-materna-en-M%C3%A9xico.pdf>
- Bourdieu, P. (2007). *El sentido práctico*. Siglo XXI. https://www.academia.edu/50612667/EL_SENTIDO_PR%C3%81CTICO
- Bourdieu, P. (1998). *La dominación masculina*. Editorial Anagrama. <https://www.nomasviolenciacontramujeres.cl/wp-content/uploads/2015/09/Bondu-Pierre-la-dominacion-masculina.pdf>
- Castro Vásquez, Ma. Del C. (2008). *De pacientes a exigentes. Un estudio sociológico sobre la calidad de la atención, derechos y ciudadanía en salud*. El Colegio de Sonora. <https://repositorio.colson.edu.mx/bitstream/handle/2012/44003/RED001104.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Castro, R. (2014). *Génesis y práctica del habitus médico autoritario en México*. Revista mexicana de sociología. 76 (2), 167-197. <https://www.scielo.org.mx/pdf/rms/v76n2/v76n2a1.pdf>
- Castro, R. y Erviti, J. (2015). *Sociología de la práctica médica autoritaria. Violencia obstétrica, anticoncepción inducida y derechos reproductivos*. Universidad Nacional Autónoma de México. <https://libros.crim.unam.mx/index>.

- php/lc/catalog/view/147/469/1144-1
- Castro, R. y Frías, S. (2022). *Violencia obstétrica y ciencias sociales. Estudios críticos en América Latina*. Centro Regional de Investigaciones Multidisciplinarias. <https://libros.crim.unam.mx/index.php/lc/catalog/view/27/294/883-1>
- Castro, R. y Villanueva, M. (2023). *Agencia y mecanismos institucionales: la reproducción estructural del campo médico mexicano*. Revista Mexicana de Sociología. <https://www.scielo.org.mx/pdf/rms/v85n2/2594-0651-rms-85-02-431.pdf>
- Cerón-Martínez, A. U. (2019). *Habitus, campo y capital. Lecciones teóricas y metodológicas de un sociólogo bearnés*. Revista Cinta de Moebio <https://dx.doi.org/10.4067/s0717-554x2019000300310>
- Comisión Nacional de Arbitraje Médico (2025). *Anuario Estadístico 2024*. Secretaría de Salud. https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/1005555/ANUARIO_2024.pdf
- Crenshaw, K. (1989). *Demarginalizing the intersection of race and sex: A black feminist critique of antidiscrimination doctrine, feminist theory, and antiracist politics*. University of Chicago Legal Forum <https://chicagounbound.uchicago.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=1052&context=uclf>
- Diario Oficial de la Federación (2016). *Norma Oficial Mexicana NOM-007-SSA2-2016, Para la atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio, y de la persona recién nacida*. <https://omm.org.mx/wp-content/uploads/2020/10/NORMA-OFICIAL-MEXICANA-007-20016.pdf>
- Diario Oficial de la Federación. (2013). *Norma Oficial Mexicana NOM-019-SSA3-2013, para la práctica de enfermería en el Sistema Nacional de Salud*. Diario Oficial de la Federación. <https://sidof.segob.gob.mx/notas/5312523>
- Eroza-Solana, E. y Carrasco-Gómez, M. (2020). *La interculturalidad y la salud: reflexiones desde la experiencia*. LiminaR. Estudios sociales y humanísticos <https://www.scielo.org.mx/pdf/liminar/v18n1/1665-8027-liminar-18-01-00112.pdf>
- Farmer, P. (2004). *An Anthropology of structural violence*. *Current Anthropology*. 45 (3) 305-325. <https://www.jstor.org/stable/10.1086/382250?seq=21>
- Foucault, M. (1975). *Vigilar y castigar. Nacimiento de la prisión*. Siglo XXI. <https://www.ivanillich.org.mx/Foucault-Castigar.pdf>
- Foucault, M. (1976). *Historia de la sexualidad 1. La voluntad de saber*. Siglo XXI. https://dn790008.ca.archive.org/0/items/biblioteca-de-libros-pdf-en-espanol_202104/Historia%20de%20la%20sexualidad%20y%20la%20Voluntad%20de%20saber-Foucault%20Michel.pdf
- Foucault, M. (1990). *La vida de los hombres infames: ensayos sobre desviación y dominación*. Altamira. <https://www.pensamientopenal.com.ar/system/files/2015/01/doctrina29343.pdf>
- Gayet, C. y Juárez, F. (2020). *Influencias de las creencias de género en la trayectoria sexual y reproductiva de las mujeres jóvenes mexicanas*. FLACSO. <https://www.scielo.org.mx/pdf/pp/v26n103/2448-7147-pp-26-103-89.pdf>

González, M. S. (2018). *Subjetividad, agencia femenina y representaciones de género: tres propuestas para su estudio*. El Colegio de México. <https://www.bing.com/>