



Feminismos y activismos en la salud de las mujeres: saberes, prácticas y cuidados



Feminismos y activismos en salud de las mujeres: saberes, prácticas y cuidados

Victoria Raquel Rojas-Lozano^[1]

Facultad de Estudios Superiores Iztacala, UNAM

María del Rosario Ramírez Morales^[2]

Universidad de Guadalajara



El proceso salud/enfermedad/atención/cuidado (s/e/a/c), objeto de estudio de la antropología médica, ha experimentado una profunda renovación gracias a los activismos feministas que han intensificado su presencia en el siglo XXI. La intersección entre feminismos, salud y antropología representa uno de los campos empíricos más productivos y urgentes de sistematizar como campo de investigación contemporánea. El abordaje de la salud en su encuentro con los feminismos y los activismos emerge en un momento crucial, en que la necesidad de descolonizar y democratizar el conocimiento sobre la salud de las mujeres se ha vuelto imperativa.

Los feminismos han demostrado que las condiciones de salud de las mujeres están atravesadas por múltiples ejes de desigualdad: clase, etnia, territorio, edad, orientación sexual, entre otros. Esta mirada interseccional ha permitido visibilizar cómo las distintas opresiones impactan de manera específica en la salud y el bienestar de las mujeres, cuestionando el paradigma biomédico tradicional que ha ignorado estas particularidades. Un aporte fundamental de los movimientos feministas ha sido la revaloración de los saberes ancestrales y las prácticas locales de salud. Las comunidades de mujeres en barrios, pueblos originarios y periferias han desarrollado estrategias de cuidado y autocuidado que merecen ser estudiadas,

visibilizadas y reconocidas en su dimensión política. Los activismos en salud emergen como espacios de sostén, resistencia y construcción colectiva, donde las mujeres se organizan para exigir su derecho a cuidar, ser cuidadas y autocuidarse.

Este número se propone como un espacio de diálogo y reflexión que integra diversos enfoques teórico-metodológicos sobre el proceso s/e/a/c desde una perspectiva feminista crítica, comunitaria y de cuidados, colocando en el centro la experiencia colectiva y el bienestar de las mujeres, considerando su carácter situado. El objetivo fundamental es identificar, a través de diferentes experiencias empíricas y ejes temáticos, el impacto que las epistemologías, metodologías y éticas feministas han tenido en la comprensión de la salud, el cuidado y el bienestar de las mujeres. Las contribuciones que conforman el dossier constituyen una cartografía plural de ese impacto, construida desde posicionamientos situados, metodologías comprometidas con la producción colectiva de conocimiento y apuestas que desafían las fronteras entre la investigación, el activismo y la vida desde sus sitios más profundos.

Para efectos de esta presentación, las contribuciones han sido agrupadas en tres ejes temáticos que orientan la lectura sin pretender fijar un orden único de recorrido. Cada eje nombra una preocupación común atravesada por varias colaboraciones, pero los textos también sugieren un diálogo de ida y vuelta. En este sentido, invitamos a leer el dossier como una trama y no como una secuencia.

Cuerpos, derechos y autonomía: el aborto como campo de disputa y cuidado

Una parte central del dossier articula la experiencia del aborto desde múltiples dimensiones. Olivia Mariana González-Márquez, en “Del silencio a la sororidad: el aborto como acto político y de cuidado”, explora los itinerarios abortivos a partir del concepto de agencia afectiva, mostrando cómo las emociones dejan de ser estados pasivos para convertirse en brújulas políticas que hacen del aborto autogestionado una práctica de cuidado colectivo. En sintonía con esta mirada, María Belén Herrero Martín, Alicia Sarmiento Velásquez y Victoria Raquel Rojas-Lozano hablan del acompañamiento emocional como práctica política y metodológica a través de la reseña del documental *A todo lo que dije sí*, producido por la Colectiva ADAS. Las autoras subrayan el carácter singular de esta organización, cuya metodología articula psicoterapia narrativa, psicoanálisis y feminismo para crear espacios de cuidado colectivo que honran la experiencia afectiva de las mujeres que deciden interrumpir un embarazo.

Desde la dimensión institucional del aborto, Victoria Raquel Rojas-Lozano, en su “Análisis y reflexión del Lineamiento Técnico para la Atención del Aborto Seguro en México”, argumenta

que este documento, publicado en 2021, no constituye una concesión gubernamental espontánea, sino la formalización institucional de más de seis décadas de praxis feminista. La urgencia de visibilizar esas tensiones y contradicciones institucionales, ahora en el ámbito cotidiano, es el eje de la reseña que María del Rosario Ramírez Morales hace del cortometraje documental *Misocompra* (2023). A través del análisis de este trabajo cinematográfico de Andrea Ro Rikken, la autora registra la paradoja entre el reconocimiento internacional del medicamento y las barreras morales, informativas e institucionales que lo hacen inaccesible en la práctica cotidiana. De la misma manera, Aitza Miroslava Calixto Rojas propone en “¿Este cuerpo es mío? Los derechos sexuales y reproductivos en tensión”, un ejercicio autoetnográfico que interroga los límites de la agenda de la marea verde al invisibilizar las realidades de las mujeres rurales y de los pueblos originarios. El texto revela la colonialidad que persiste en las políticas reproductivas y la urgencia de una agenda interseccional. Finalmente, el texto de María de Lourdes Alejandra Miranda Herrera, Fátima Patricia Hernández Alvizo, Mariana Juárez Moreno y Leticia Martínez Martínez nos muestra el proceso de reconocimiento e implementación del derecho a decidir en San Luis Potosí, a un año de la despenalización del aborto, identificando los avances normativos, los límites institucionales y el papel del acompañamiento feminista en la garantía efectiva de la autonomía reproductiva.

Corporalidades en disputa: activismo, resistencia y re-existencia

Otro conjunto de contribuciones interroga las corporalidades marcadas por la enfermedad, la gordura, la menstruación y la experiencia sáfica como territorios de disputa y producción de saberes situados. Emma Magdalena Oropeza De Anda, en “Cáncer de mama: la cuerpo como archivo de opresiones, resistencias y re-existencias”, propone un análisis de la configuración subjetiva de mujeres que, tras ser diagnosticadas con cáncer de mama, transitan de pacientes oncológicas a activistas sociales. En este artículo, la autora reconstruye cómo la enfermedad activa sentidos subjetivos que permiten resignificar la corporalidad y convertir la experiencia del dolor en motor de organización colectiva e incidencia institucional. La corporalidad gorda es el centro de la reflexión de Izchel Adriana Cosío Barroso en “Sentipensar la salud: una praxis de los estudios críticos de la gordura”. A través de una revisión crítica de literatura sobre activismos gordos y *fat studies*, la autora cuestiona la patologización de la gordura bajo la categoría médica de obesidad y propone recuperar el sentipensamiento como base de una concepción de salud que reconoce el carácter situado de los saberes y los cuidados. Por su parte, Iris del Rosario Jiménez Serrano, en su texto “Menstruar en movimiento: Salud menstrual y derechos humanos en contextos de movilidad humana en México”, nos invita a comprender la dignidad menstrual como un espacio en disputa política y corporal. La autora analiza las

experiencias menstruales y su dimensión corporal como elementos intrínsecos al fenómeno migratorio. A través de una etnografía con mujeres venezolanas en Ciudad de México, expone la diversidad de realidades y desafíos de la salud menstrual en tránsito. Por otro lado, la experiencia sáfica como territorio específico de salud y bienestar es abordada en el fotoensayo de Amir Samaria León, Amy Salazar Pantoja y Sofía Garduño Huerta, de Balance Promoción para el Desarrollo y Juventud, A.C., titulado “Repensando la salud desde la experiencia sáfica”. En él, las autoras argumentan que la mirada cisheteronormada genera omisiones estructurales que solo pueden revertirse construyendo comunidad desde la disidencia sexogenérica, con el placer como componente esencial de la salud y el cuidado como responsabilidad colectiva.

Pedagogías, cuidados comunitarios y saberes encarnados

Las contribuciones restantes se interrogan sobre los espacios y vínculos desde los que se producen y transmiten saberes feministas sobre la salud: el aula universitaria, las comunidades de cuidados y la consulta de las parteras autónomas urbanas. María del Rosario Ramírez Morales, en “¿A ti qué te contaron sobre el sexo?”. Feminismo, sexualidad y afectividad en el ámbito universitario”, sistematiza su experiencia como docente feminista para proponer que el activismo también se ejerce desde las aulas. Su texto analiza cómo las emociones se constituyen en potenciadores de un aprendizaje significativo cuando la educación sexual adopta un enfoque afectivo, crítico y con perspectiva de género. Verónica Moreno Uribe, en “Comunidades de cuidados. Vincularidades e insubordinaciones”, ofrece una reflexión polifónica sobre las formas en que estas comunidades construyen vincularidades capaces de insubordinarse frente a las mediaciones capitalistas, patriarcales y coloniales que las explotan. Por otro lado, Yaredh Marín Vázquez, en su fotoensayo “Faldas, espejos y tejidos: contra-pedagogías del cuidado de la salud sexual por parteras autónomas urbanas”, articula la investigación antropológica, fotografía documental y práctica de partería para mostrar cómo objetos cotidianos –faldas, espejos, modelos tejidos, espéculos– se convierten en herramientas de contra-pedagogía frente al Modelo Médico Hegemónico y su historia de violencia sobre los cuerpos de las mujeres.

En conjunto, las contribuciones de este número dibujan un mapa heterogéneo de los feminismos en salud: desde la consulta ginecológica y el acompañamiento hasta el archivo comunitario y el aula universitaria; desde la corporalidad enferma y la gordura hasta el placer sáfico y los vínculos de cuidado en contextos de violencia. Este dossier es una invitación a habitar la incomodidad productiva de un campo que todavía se está nombrando y en el que la teoría, el activismo y la vida siguen siendo inseparables.

1. Correo electrónico: vicra.rojas@iztacala.unam.mx ↑

2. Correo electrónico: rosario.rmorales@academicos.udg.mx ↑

¿Este cuerpo es mío? Los derechos sexuales y reproductivos en tensión: Una aproximación autoetnográfica

Aitza Miroslava Calixto Rojas^[1]

Investigación y Diálogo para la Autogestión Social A.C.



Ilustración *Ichan Tecolotl*.

Resumen

Desde un enfoque autoetnográfico, este artículo explora las tensiones que atraviesan los derechos sexuales y reproductivos en el estado de Oaxaca, México, articulando la experiencia personal, emocional y corporal con el trabajo de campo en torno a las profesiones del ámbito de la salud en ese territorio. En diálogo crítico con los análisis de Angela Davis sobre las intersecciones de raza y clase en la lucha por los derechos reproductivos, el texto examina cómo la marea verde en México puede omitir la realidad histórica de las mujeres rurales y de

los pueblos originarios. Esta reflexión invita a reconocer la diversidad de experiencias corporales, culturales y políticas que confluyen en la demanda de derechos sexuales y reproductivos, partiendo del abordaje de nuestras experiencias vitales, para nutrir una agenda que no siempre incorpora las especificidades de los contextos, tanto en el ámbito de los activismos como en los abordajes de la antropología médica.

Palabras clave: derechos sexuales y reproductivos; autoetnografía; autonomía reproductiva; pueblos originarios; interseccionalidad.

“El deseo de las mujeres de controlar su sistema reproductor es probablemente tan antiguo como la propia historia de la humanidad” (Davis, 2005: 206). ¿Cómo se construye este deseo? ¿Cómo se entrelazan las condiciones estructurales, socioculturales, familiares, vinculares, afectivas, íntimas, espirituales y subjetivas para moldearlo? ¿Podemos aspirar a ejercer sexualidades, maternidades y no maternidades libres y elegidas en contextos de opresión? Estas preguntas se han vinculado a las luchas feministas de todo el mundo, trazando tensiones profundas que necesitamos explorar y que nos colocan ante la necesidad de cuestionar en qué sentidos nuestra intimidad, atravesada por las tramas de opresión histórica, se vuelve política en nuestros activismos.

Hace 40 años, Angela Davis realizó un examen exhaustivo de las tensiones que han caracterizado la lucha por los derechos reproductivos en Estados Unidos con respecto a las diferencias de raza y clase de las mujeres. En su abordaje, señala cómo el control de la natalidad y el acceso al aborto tienen un componente de clase atravesado por las opresiones de raza que redundaron, no solo en la dificultad de una movilización conjunta de las mujeres, sino en la elaboración y reproducción de discursos racistas y omisiones en el movimiento de las mujeres blancas que negaban o ignoraban las realidades múltiples que atraviesan otras mujeres cuando se pone atención en estas diferencias clave.

El abordaje crítico de Davis (2005) plantea resonancias importantes para el análisis de la lucha por los derechos sexuales y reproductivos en México. En este trabajo, se busca explorar algunas de estas tensiones en Oaxaca, México, a partir de mi experiencia etnográfica en el análisis de las profesiones vinculadas con el ámbito de la salud en este territorio, y también como una mujer mestizada de 43 años que, a los 30, enfrentó la interrupción de un embarazo ectópico en el que sus derechos reproductivos fueron vulnerados, a pesar de la “adultez” y el capital escolar acumulado. En este sentido, la redacción de este trabajo puede considerarse de carácter autoetnográfico.

El tejido de la denominada marea verde en Oaxaca, ya entrado el siglo XXI, planteó la llegada de una nueva generación de mujeres a la lucha por los derechos sexuales y reproductivos,

sobre todo en la ciudad de Oaxaca. Antes de ellas, las organizaciones de mujeres en el estado llevaban décadas planteando la necesidad de políticas públicas que garantizaran los derechos sexuales y reproductivos en este territorio.

En este escenario, la marea verde, como un proceso organizativo de carácter urbano que devenía en cascada por un impulso cuyo origen se sitúa en la experiencia argentina (GIRE, 2025), omitió con frecuencia la realidad histórica de las mujeres rurales y de los pueblos y naciones originarias que por décadas habían enfrentado políticas de control de natalidad que sistemáticamente violaban sus derechos reproductivos, así como la colonialidad de larga duración que se encarnaba en la acción estatal contemporánea enfocada en la planificación reproductiva.

La lucha por el aborto libre y seguro, que era la demanda más visible de la marea verde en Oaxaca y en todo el país, parecía omitir la lucha contra las condiciones de coacción y condicionamiento para el uso de métodos anticonceptivos en zonas rurales, comunidades originarias y con las mujeres precarizadas en las zonas urbanas. ¿Qué pasa cuando las mujeres quieren maternar y son culpadas y estigmatizadas por desearlo porque sus ingresos económicos no son “suficientes”? ¿Qué pasa cuando su necesidad de abortar está ligada también a estas condiciones? Las políticas de planificación familiar en Oaxaca han sido exitosas en convertir estos deseos y necesidades en productos de la “irresponsabilidad”, sin discutir las desigualdades y opresiones que propician el empobrecimiento y la precarización de la vida.

La desarticulación entre la demanda por despenalizar el aborto y la del acceso a una planificación familiar intercultural, antirracista y con enfoque de género, ha redundado en expresiones y políticas que con frecuencia ignoran las experiencias de las mujeres racializadas y precarizadas con respecto al ejercicio de su sexualidad, sus maternidades, sus no maternidades y su autonomía en torno a la decisión de maternar.

Hace 10 años, durante mis procesos de investigación etnográfica, pude compartir con mujeres mazatecas mayores de 70 años, que me contaron que habían sido operadas sin su consentimiento para que no pudieran tener más hijos. En muchas regiones del estado, durante los ochenta y noventa, se llegó al grado de pagarles a los maridos para llevar a sus mujeres a operar, sin avisarles a ellas lo que pasaría con este procedimiento. Las políticas de planificación familiar en los pueblos y naciones originarias se convirtieron así en una guerra silenciosa que, bajo el argumento de la salud y el lema de que “la familia pequeña vive mejor”, se convirtieron en un eje de opresión que calificó el querer tener muchas hijxs como una mala decisión en términos sanitarios.

Esta campaña de promoción de la “familia pequeña” fue el centro de la operación del Consejo Nacional de Población desde su creación en 1974 como una institución dependiente de la Secretaría de Gobernación. Las altas tasas de natalidad fueron vistas como un peligro demográfico. En estas décadas, el establecimiento de las instituciones de salud, que proveerían servicios a la población asalariada del gobierno y de las empresas privadas, se acompañó también del establecimiento de instituciones y políticas con menor financiamiento dirigidas a “población abierta” (no derechohabiente), con un fuerte componente orientado a la exigencia de la “planificación familiar”. La población abierta incluía a las comunidades rurales y campesinas, muchas de ellas pertenecientes a pueblos y naciones originarias.

En estos lugares, la planificación familiar se convirtió en una insistencia constante que, junto con el desmantelamiento y persecución de la partería tradicional en Oaxaca, culpabilizaron a las mujeres y a sus familias por tener “muchas” hijxs en condiciones de “pobreza” y “aislamiento”. Bajo el argumento de que sus esposos y familias las obligaban a embarazarse y parían sin su consentimiento, el personal de salud fortaleció un discurso racista sobre el machismo y la ignorancia en los pueblos y comunidades, así como sobre la profunda irresponsabilidad de tener una familia numerosa cuando se vive en “la pobreza”. Se afianzaron imaginarios sobre las mujeres de estos contextos como sujetos pasivos y dependientes cuando no “se cuidaban” para dejar de embarazarse porque no les daban permiso, o como ignorantes e irresponsables cuando no lo hacían, aunque tuvieran la “posibilidad” de hacerlo.

Las mujeres con las que compartí en la Sierra Mazateca habían sobrevivido a estos procesos. Algunas me decían que les dolía que su mesa no estuviera llena de hijxs en las fiestas grandes, otras decían que había sido mejor que hubiera pocos hijos, otras hablaban con dolor de sus embarazos perdidos y de los hijxs que no llegaron a la adultez porque el sarampión o alguna otra enfermedad, muchas veces prevenible o tratable, se los había llevado antes de tiempo.

“Por eso hay que usar anticonceptivos”: un embarazo fuera de lugar

Mi abuela y bisabuela maternas, nacidas y crecidas en el norte de México, tuvieron 16 y 15 hijas e hijos, respectivamente. Mi abuela paterna, de una comunidad de la Mixteca poblana, tuvo 10. Ellas, nacidas en los primeros 50 años del siglo XX, fueron atendidas por parteras y no tuvieron acceso al discurso del Estado sobre la planificación familiar hasta la década de los setenta. Mi abuela materna solía decir que ella no quería tener tantos hijos. Mi madre buscó “cuidarse”. Somos tres hermanos. Yo no tengo hijos, aunque fui una niña parentalizada por las violencias machistas que afronté cuidando a quienes me tenían que cuidar, asumiendo roles de adulta a

temprana edad.

Cuando me pregunto sobre mi deseo de maternar, reconozco que este proceso de parentalización me produjo un agotamiento profundo que me dificulta ver en la carga de cuidados algo gozoso. También reconozco que las violencias de pareja que he vivido me hicieron cuestionar profundamente si quería negociar toda la vida con un padre ausente, negligente o violento con mis hijos. Es así como, desde que comenzó mi vida sexual en pareja, yo me enfoqué en no “quedar” embarazada y, quizá por la dureza de mis experiencias, nunca sentí la ilusión de maternar.

Sin embargo, a los 30 años, en un momento de crisis profunda por la muerte de un ser querido y estando en pareja con una mujer que trataba de acompañarme en este duro proceso, me embaracé de un conocido con el que no tenía ninguna relación cercana. Estaba estudiando una maestría después de haberme liberado de las responsabilidades económicas de apoyar a mi familia de origen. En ese tiempo, estudiaba Antropología porque buscaba dar sentido a lo que había sido mi ejercicio profesional en el ámbito de la salud institucional en Oaxaca.

Unas horas después de haberme vinculado sexualmente con esta persona, tomé pastillas “para el día después” porque no me había “protegido” como lo dicta la norma y porque, para variar, ese era problema mío y no del hombre en cuestión. Recuerdo todo el revuelo que hubo cuando salieron esas pastillas al mercado; muy pronto, en mi barrio, junto con las cajas de condones, era frecuente ver esta caja rosa del *postday* en las banquetas. Supongo que quizá estos residuos circulan en la vía pública por la necesidad de no dejar “evidencia”.

Pese a esto y como lo advierten las abuelas, comencé a soñarme en el agua. A los siete días supe que estaba embarazada y lo confirmé con análisis de sangre. Me tomé una semana más para “decidir” si iba a tenerlo. Nunca me sentí capaz de abortar, pero me lo cuestioné a profundidad. Si lo hacía, tendría que viajar a la Ciudad de México porque en Oaxaca estaba penalizado. Durante esa semana traté de soñar con el bebé, pero no apareció, aunque sí soñé con muchas personas de mi familia extensa. ¿Qué dirían de mí? Embarazada, pero no casada. Embarazada por serle “infiel” a una mujer porque bisexual y pecadora. Embarazada a un mes de iniciar el primer trabajo de campo antropológico. “Embarazo no planeado”. Ni mi depresión, ni mi duelo, ni mi deseo sexual podrían ser argumento; no tenía “justificaciones” para la “irresponsabilidad” que se acusa cuando no “planeamos” los embarazos.

A los siete días decidí tenerlo, sobre todo porque no había un vínculo romántico con el “padre” y sentía que eso nos liberaba de la opresión de las violencias de pareja. Le avisé al conocido, quien no estuvo de acuerdo con que lo tuviera. “No te voy a pedir nada”, le dije con contundencia. Busqué tejer una red de cuidados, un tejido que pudiera sostener mi decisión

porque la vida que me habitaba parecía una redención frente a la muerte del ser querido que me seguía sacudiendo.

Esperé a que la ginecóloga que me atendería en el ISSSTE (Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado, al que tenía acceso por mi condición de becaria de posgrado) pudiera recibirme en su clínica privada para iniciar el seguimiento clínico, pero tardé en encontrar su agenda disponible. A las siete semanas de embarazo me encontré con ella en su consultorio. Le conté que estaba embarazada, le dije que había tomado las *postday*, pero que no habían funcionado. A partir de ese momento, sabría repetidamente lo que dar este antecedente le produce a la médica o médico que tenga enfrente. Al decirlo, de inmediato dejé de ser una madre legítima porque yo no lo quería, porque de alguna manera atenté contra su vida. La ginecóloga me tomó el ultrasonido, vio la pantalla y se quedó callada. Cuando terminó, me dijo que no había nada en el útero, que fuera en la mañana a hacerme análisis al ISSSTE y que le llamara si me sentía mal. No dijo nada más y yo no pude preguntar nada.

Mi madre me esperaba afuera, salí confundida. Yo sabía que estaba embarazada. Era una tarde fría, pero antes de ir a casa actualizamos mi *carnet* de consulta para el ISSSTE. En los días previos, le había dicho a mi madre que estaba soñando muy vívidamente. Ella me dijo que era normal, que eso nos pasaba cuando estábamos embarazadas. En uno de esos sueños, muchas abejas entraban a mi boca y no podía gritar para pedir ayuda, hasta que un vecino me veía y trataba de auxiliarme. Yo nunca le he tenido miedo a las abejas, me parecen dadoras de vida para el mundo.

Cuando llegué a casa, después de la cita con la ginecóloga, comencé a buscar en internet lo que estaba pasándonos; embarazo ectópico, era evidente. No pude llorarlo, una sensación de urgencia me invadía. Le expliqué a mi madre, le dije que el bebé no nacería. A medianoche comencé con un dolor intenso. No teníamos auto y le pidió ayuda al vecino con el que yo había soñado. Apenas podía caminar. Me subí en la parte trasera de su taxi y pasaron casi 40 minutos para que llegáramos al hospital. Cuando pude estar frente a una médica, después de pasar el filtro de urgencias, le expliqué que era un embarazo ectópico: “Tengo siete semanas, este es el ultrasonido que me tomaron esta tarde”. Ella escribió algunas cosas, era una joven pasante que estaba de guardia y era obvio que no quería despertar al ginecólogo por la falsa alarma de alguien que no “se veía tan mal”. Le dije que tenía que ir al baño, no aguantaba el calambre intenso que tenía en el vientre. Cuando salí, el ginecólogo me hizo un ultrasonido endovaginal mientras yo me desarmaba con un dolor inmenso. “¿Ha ido al baño?”, me preguntó, pues se veía una mancha que no entendía. Cuando le dieron mis datos de presión arterial, se puso pálido y me trasladaron de inmediato al quirófano. Tenía un fuerte sangrado interno, pero no

les parecía lógico que les dijera lo que nos pasaba. Se supone que las mujeres nunca sabemos lo que nos pasa y son ellos los que tienen que diagnosticarnos.

Salí viva de milagro. “Pronto te podrás embarazar de nuevo, solo te quitamos una trompa”, me dijo el ginecólogo en mi cita de seguimiento y cierre del proceso; pero yo no quería otro bebé, yo quería al que perdí. Supe después que, mientras yo estaba en el hospital, en mi entorno escolar se llegó a comentar: “¿Ya ven? Por eso hay que usar anticonceptivos”. Claro, porque yo no estaba casada, porque ese embarazo estaba fuera de lugar, fuera del plan curricular; perder a mi bebé era el castigo por haber usado *postday*, me merecía el dolor, el quirófano y la cicatriz, por no planificar bien nuestras vidas. Era obvio que el duelo por un bebé de *postday* no era válido.

Muchas personas a mi alrededor dijeron cosas sumamente crueles porque yo no era una embarazada legítima. Lo de las médicas y médicos era previsible, es su *habitus*, pero, las demás personas, ¿qué *habitus* encarnan con respecto a la maternidad? Si yo no revisaba en internet, si por cualquier razón no podía llegar al hospital, sería un número más en la dolorosa estadística de muerte materna en Oaxaca. ¿Qué diría mi autopsia antropológica? Mujer escolarizada, sin pareja. Con suerte dirían que atravesaba alguna clase de dolencia psicológica que me volvió “irresponsable”, que me hizo demorar mi atención médica, pero si no era “indígena”, ni “pobre”, ni “adolescente”, ni vivía a 10 horas de camino del hospital, ¿qué diablos me había pasado? Las categorías de opresión con las que suele analizarse el tema y con las que estigmatizamos a las otras no estaban presentes.

Sucede que, en esto de embarazarse, cada capa de opresión cuenta y define. Quizá si no hubiera dicho lo del *postday*, la ginecóloga no habría sido incrédula y distante. Tal vez si hubiera entrado con un marido a consulta, me hubieran internado de inmediato. Un anillo, una pareja heterosexual, 30 años, leída y “escribida”, profesionalizada, con dinero para pagar una consulta particular, ¿por qué no me creerían que estaba embarazada si era “normal” que deseara traer un hijo al mundo en ese entorno seguro y tradicional?

A los 40 días de la cirugía me fui a trabajo de campo a la Sierra Mazateca con mis duelos y mi cicatriz en carne viva. En el proceso, saber y atestiguar sobre muerte materna, anticoncepción forzada y muerte infantil; otras caras de la misma moneda patriarcal que me había tocado, pero sin padecer la imbricación de las estructuras de opresión colonial que exterminan cotidianamente la vida en los pueblos y naciones originarias de Oaxaca. Después, hacer una tesis (Calixto Rojas, 2014) intentando no sumarme al saqueo y al despojo atestiguado. No sobra decir, que dudo haberlo logrado porque al final fui yo la que me llevé la credencial escolar.

Cuando unos años después salió, desde la marea verde, el chiste del feto ingeniero para

responder a las personas que luchan contra el aborto en México, sentía que yo sí hubiera querido ver a mi feto convertido en adulto. Sentipensé que el cigoto se hace persona en nuestro deseo, pero ¿qué hacemos si nuestro deseo está secuestrado? Esta indagación autoetnográfica se basa en esa pregunta y apunta a otras: ¿cómo nos organizamos y procuramos “avances” legislativos que no nieguen la complejidad de la construcción del deseo de todas las mujeres? ¿Cómo dejar de ser omisas en la comprensión de esta complejidad? ¿Cómo nos articulamos por nuestros derechos sexuales y reproductivos en nuestras diferencias sin negar las experiencias que nos unen y las opresiones que nos distancian? ¿Quién nos da el derecho de enjuiciar, interpretar o “luchar” a favor de las decisiones sexuales y reproductivas de otras mujeres? ¿Cuáles son las consecuencias de individualizar el análisis sin cuestionar las estructuras que precarizan y vulneran nuestro deseo sexual y nuestras intenciones y posibilidades de maternar o no?

Tensiones en nuestras luchas por los derechos sexuales y reproductivos

A veces el aborto es un alivio, a veces una respuesta a un entorno empobrecido, a veces eugenesia, a veces imposición, a veces sentencia y otras quimeras. Pero cuando no descentramos la mirada, cuando nuestra lucha se dicotomiza entre aborto sí o aborto no, nos podemos olvidar de reconocer que, para que nuestro deseo tenga un lugar más allá de una aprobación legislativa o una política pública, es vital mantener y exigir acciones antipatriarcales, antirracistas y anticapitalistas. Necesitamos las condiciones para que nuestros deseos sexuales y reproductivos florezcan libres de opresión.

En este momento, aplaudir a la que tiene hijxs o a la que no, como si nos tocara hacer juicios sobre la otra, nos atrapa en la misma lógica de ser sujetas de la evaluación y escrutinio que me tocó vivir. Esto se reproduce también al sublimar el embarazo, parto, puerperio “natural” y lactancia como las nuevas metas por cumplir. Al sublimar incluso el deseo de ser madre como la única vía legítima de serlo, cuando el deseo de maternar también cambia y es complejo y relacional. Qué hay de las que no queríamos y luego sí, de las que se arrepintieron con tres kilos de ser entre los brazos. Al pasar por alto que no todos los días se desea igual, se quiere igual, y menos cuando la carga de cuidados está desbalanceada y la precarización avanza.

Nos pasa al ignorar olímpicamente que un cigoto adquiere el estatus de “ser” en el deseo y que las 12 semanas son una frontera ética y legislativa, pero que el deseo de ser madre puede conferir identidad incluso a un bebé que no existe. Que en la lucha por un aborto libre nos podemos reír por el feto ingeniero, pero también le podemos llorar a una bolita de células que

queríamos que fueran feto.

Sucede al olvidar que el deseo de ser madre es relacional, no solo por los condicionamientos estructurales, sino por los sueños de emparejamiento, por más románticos y violentos que sean. Al negar que por clase y genealogía a muchas se nos ha demandado enamorarnos y tener hijxs con la persona “correcta”. Al no asumir que el machismo es tal, que ver a un hombre paternar se admira como si no fuera su responsabilidad.

El enjuiciamiento se acentúa cuando miramos mal a las mujeres que chantajea a la pareja con sus hijxs, a las que los tienen para que ellos se queden, a las que no paran hasta que les dan el varoncito. Cuando juzgamos a las mujeres que tienen hijxs en relaciones violentas, en las condiciones menos favorables; a las adolescentes que se embarazan anhelando una familia, a las que lo hicieron por “descuidadas”, por “calientes”, por “enamoradas”, por abuso o por amor, porque querían y nos deben explicación. Cuando nos atrevemos a hablar de las mujeres de los pueblos originarios, cuyos deseos no escuchamos más allá del discurso médico que las estigmatiza como pobres y sumisas, o al verso que las romantiza como poseedoras de magias ancestrales.

Seguimos sujetas a la maquinaria cuando juzgamos a la mujer psiquiatrizada o que habita una diferencia en un mundo discapacitante, por embarazarse, por parir o por abortar; a la que lo hace “aunque” consuma alguna sustancia psicoactiva legal o ilegal por adicción, terapia o recreación; a la que no “puede ni con su alma” y aun así “se embaraza”. También habitamos este mecanismo patriarcal cuando argumentamos la huella ecológica de multiplicar la especie, sin reconocer que el antinatalismo nos puede colocar en un pedestal de superioridad frente a quienes acusamos de no reflexionar lo suficiente.

Todo esto nos recoloca en la lógica del enjuiciamiento que nos devasta. Esto que sucede en nuestra cotidianidad psíquica y en nuestras interacciones microsociales también tiene un eco cuando hacemos antropología sobre la sexualidad y la reproducción sin tocarnos la propia herida, deseo y genealogía. No mostrar la cara de quien analiza es resguardarse en el artilugio cientificista del médico que argumenta que su interpretación es clínica, cuando también es sociocultural.

Recientemente, investigaciones como la de Luz Areli Hernández Escobar (2025) nos muestran cómo la autoetnografía puede convertirse en un ejercicio de justicia epistémica para las mujeres cuyos derechos sexuales y reproductivos han sido vulnerados, al tiempo que demuestra la profundidad epistémica a la que podemos aproximarnos cuando tejemos conocimiento situado. Ya hace mucho y de mil modos que las feministas hemos dicho que lo personal es político. Ahora es vital reconocer que lo personal también es científico y que para

eso necesitamos seguir construyendo metodologías que nos permitan investigar, para accionar en contra de toda la gama de violencias que enfrentamos. Liberar y honrar nuestros deseos sexuales y reproductivos requiere de atender profundamente a nuestras diferencias y tensiones. Si ya agrietamos el espacio para investigar y escribir, cultivemos alianzas epistémicas partiendo de un locus de enunciación radical que incluya la indagación sobre nuestros propios procesos. Ya Anzáldua nos daba claves para un feminismo que no negara la contradictoria experiencia propia ni la diversidad de las otras: “Solo puedo especular, tratar de integrar mis experiencias que he tenido y atestiguado y tratar de buscar el sentido a la violencia que nos hacemos” (1988: 167). Para sentipensar a la otra, siempre, lo digamos o no, somos interpeladas por nuestros propios procesos. Solo articuladas y sin negar nuestras diferencias podremos hacer realidad la consigna: ¡mi cuerpo es mío, yo decido, tengo autonomía, yo soy mía!

Referencias

Anzaldúa, G. (1988). La prieta. En C. Moraga y A. Castillo (eds.), *Esta puente, mi espalda: Voces de mujeres tercermundistas en los Estados Unidos* (pp. 156-168). ISM Press.

Calixto Rojas, A. M. (2014). *Los talleres de educación para la salud del Programa Oportunidades en contextos indígenas: experiencias, saberes, discursos y prácticas del personal de salud en Santa María Chilchotla, Oaxaca* [Tesis de maestría no publicada]. CIESAS. <https://ciesas.repositorioinstitucional.mx/jspui/handle/1015/211>

Davis, A. (2005). *Mujeres, raza y clase*. Akal.

Hernández Escobar, L. A. (2025). *Ecos de las Maternidades Adolescentes en Tlaxcala. Una Autoetnografía Colaborativa donde las Violencias/Injusticias Epistémicas impactan en las Subjetividades* [Tesis de doctorado no publicada]. El Colegio de la Frontera Norte. <https://posgrado.colef.mx/tesis/20221728/>

GIRE (2025). Avance de la Marea Verde. *Aborto en papiroflexia*. <https://abortomexico.gire.org.mx/avance-de-la-marea-verde/>

1. Correo electrónico: aitzza@gmail.com ↑

Análisis y reflexión del Lineamiento Técnico para la Atención del Aborto Seguro en México

Victoria Raquel Rojas-Lozano^[1]

Universidad Nacional Autónoma de México



Ilustración *Ichan Tecolotl*.

Resumen

Este ensayo analiza el Lineamiento Técnico para la Atención del Aborto Seguro en México, publicado en 2021 y reeditado en 2022 por el Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Sexual y Reproductiva, no como una concesión gubernamental espontánea, sino como la formalización institucional de más de seis décadas de praxis feminista. En el documento convergen los saberes históricos y colectivos de la partería mexicana, las mujeres brasileñas que descubrieron el efecto abortivo del misoprostol y las redes de acompañamiento a nivel global, constituyéndolo en un triunfo político del movimiento feminista y en el instrumento pedagógico y normativo más eficaz para dismantelar el estigma al interior del sistema

sanitario. El texto reconoce las áreas de oportunidad en la implementación territorial del Lineamiento, al tiempo que subraya su papel central en la construcción de la justicia (no) reproductiva en México.

Palabras clave: aborto seguro; misoprostol; política pública; praxis feminista; justicia reproductiva.

Introducción

En junio de 2021, se presentó el Lineamiento Técnico para la Atención del Aborto Seguro en México, reeditado en noviembre de 2022 por el Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Sexual y Reproductiva (CNEGSSR), órgano rector a nivel nacional que propone las políticas en materia de salud sexual y reproductiva. El documento establece los criterios básicos de atención en las unidades de salud de la Secretaría de Salud para los servicios de aborto seguro dentro del territorio nacional (Secretaría de Salud, 2022a: 10).

El contexto que antecede al documento abarcó un periodo de por lo menos seis décadas, tiempo en que los feminismos colocaron en la agenda pública y gubernamental la discusión del aborto como un problema de salud pública, derechos no reproductivos y servicios de salud. Es en este periodo que la carga estigmatizante del aborto –como muerte, pecado o delito– se vio transformada paulatinamente mediante una campaña constante de descriminalización social implementada por los activismos feministas, y que fue recuperada por el Estado Mexicano a través de la primera política pública de aborto seguro en el país, desarrollada dentro del Programa de Acción Específica, Salud Sexual Reproductiva 2020-2024 (Secretaría de Salud, 2022b).

El Lineamiento en este ensayo es presentado no solo como una norma administrativa y técnica para el sistema de salud mexicano, sino como un triunfo político de los feminismos. Pues, si bien presenta los criterios clínicos para la atención del aborto, en estricto sentido y siendo fiel a la historia que le antecede, en él se concentran los saberes históricos y colectivos de la partería mexicana, de las mujeres brasileñas que descubrieron el efecto abortivo del misoprostol y de las doulas y acompañantes a lo largo de todo el mundo que han diseñado, probado y acompañado protocolos de aborto en las tres etapas de gestación.

Bajo esta premisa, el ensayo sostiene que el Lineamiento no es una concesión gubernamental espontánea, sino la integración de la praxis feminista en la arquitectura estatal. Aunque el documento presenta áreas de oportunidad –especialmente en su implementación territorial–, se erige como el instrumento pedagógico y normativo más eficaz para dismantelar el estigma dentro del sistema sanitario. Por lo anterior, el ensayo tiene como objetivo analizar el

Lineamiento como la formalización institucional de los saberes, protocolos y prácticas de cuidado desarrollados históricamente por los activismos feministas, para reconocer el papel fundamental de las redes de acompañamiento en la construcción de la justicia (no) reproductiva.

Contexto legal del aborto en México

La demanda histórica por el aborto, impulsada por el movimiento feminista desde 1960, rompió con el mandato patriarcal de la maternidad obligatoria. Al posicionar la consigna “lo personal es político”, los feminismos sacaron al espacio público el debate sobre la sexualidad y el deseo (Femminile, 2018), planteando el aborto como una cuestión de autonomía y no de simple gestión poblacional (Bellucci, 2014). Esta politización de lo íntimo obligó un diálogo con el Estado que derivó en los marcos normativos pioneros de Europa en los años setenta y ochenta, sentando las bases para la despenalización a nivel global.

En México, este camino comenzó de manera lenta y dispar debido a las tensiones jurídicas entre la federación y los estados. El Lineamiento surgió en este momento histórico, definido por la despenalización del aborto,^[2] impulsada con mayor fuerza por la Suprema Corte de Justicia de la Nación (SCJN) en 2021, que declaró inconstitucional la criminalización absoluta del aborto y reconoció el derecho a la autonomía reproductiva.^[3] Dicho avance legislativo fue el resultado del movimiento feminista que ha logrado desplazar paulatinamente la narrativa del castigo para poner en el centro la del derecho a la salud.

En el sistema de salud, este cambio se materializó en reformas paulatinas a la Ley General de Salud,^[4] con la actualización de la Norma Oficial Mexicana 046, pero sobre todo con la primera política nacional de salud sexual y reproductiva alineada con el Plan Sectorial de Salud y el PAE-SSR-2020-2024 (Secretaría de Salud 2020, 2022b). Donde por primera vez se estableció como objetivo prioritario el consolidar el acceso al aborto seguro como un servicio de salud esencial, prioritario y gratuito.

En este escenario de reformas nació el Lineamiento, que más que un manual, funciona como una brújula pedagógica que aterriza el uso de tecnologías médicas bajo una mirada de derechos humanos, género e interculturalidad. Aunque formalmente es un documento técnico-administrativo, su peso real viene de los mandatos constitucionales y las sentencias de la SCJN que lo respaldan. Ahí radica su importancia: en volver real la despenalización, pues en la práctica obliga a las instituciones de salud a poner el cuidado y la autonomía de las personas por encima de cualquier sanción penal.

Sobre el Lineamiento y sus objetivos

La estructura general del documento, edición 2022, se organiza en 14 apartados, que van desde la fundamentación teórica hasta la operatividad clínica. El documento se sustenta en cinco ejes transversales, además de un sólido marco legal y normativo nacional e internacional, que define los principios de atención, así como las obligaciones éticas y profesionales del personal de salud, incluyendo la regulación de la objeción de conciencia. El núcleo técnico del Lineamiento describe detalladamente los cuatro momentos de la atención, que comprenden la consejería, el consentimiento informado y el manejo clínico (farmacológico y por aspiración para el primer y segundo trimestre), así como el manejo de complicaciones y la anticoncepción postaborto. Por último, el documento aborda el registro de información y las rutas de vinculación institucional, lo que se complementa con anexos técnicos y flujogramas que guían la implementación práctica del servicio.

El Lineamiento fue elaborado por la Secretaría de Salud a través del CNEGSSR, bajo la dirección de la Dra. Karla Berdichevsky Feldman. Su desarrollo contó con la colaboración de equipos técnicos del Instituto Mexicano del Seguro Social, Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado, y la revisión externa de organismos internacionales como la Organización Panamericana de la Salud, Organización Mundial de la Salud (OMS) y organizaciones especializadas como Ipas Latinoamérica y el Caribe.

Contextualmente, responde a un problema de salud pública y de estigmatización dentro del sistema de salud, falta de homogeneidad en los servicios, uso de técnicas obsoletas y ausencia de información y capacitación del personal de salud. Su objetivo primordial es establecer criterios básicos de atención de los servicios de aborto seguro, oportuno, resolutorio e integral. Objetivo que busca alinear la práctica clínica mexicana con las recomendaciones internacionales de la OMS.

El Lineamiento está dirigido sobre todo al personal de salud (directivos, médicos, enfermería y administrativos) de los sectores público, social y privado que integran el sistema nacional de salud, como eslabón más concreto de la política pública. Busca beneficiar a todas las personas con capacidad de gestar, con especial énfasis en poblaciones vulnerables, en particular niñas y adolescentes (NA). Aunque también se identifica como población prioritaria a personas con discapacidad, privadas de su libertad, indígenas, migrantes y aquellas en situaciones de pobreza extrema.

La implementación de estos servicios se rige por tres ejes transversales fundamentales que conectan la teoría con la práctica clínica: los derechos humanos, que protegen la autonomía reproductiva y el derecho al nivel más alto de salud; la perspectiva de género, que busca

eliminar el estigma y la desigualdad contra las mujeres; y la interculturalidad, que reconoce la pluralidad de grupos y creencias en torno al aborto. Finalmente, el Lineamiento integra el enfoque de juventudes basado en el respeto a la autonomía progresiva y la madurez de niñas y adolescentes, al tiempo que exige al Estado justicia reproductiva para proveer los recursos y factores sociales necesarios para que exista una autodeterminación real sobre sus trayectorias reproductivas.

El Lineamiento se sustenta en una base documental que incluye 101 referencias bibliográficas, además de 13 documentos de referencia internacional, 18 nacionales y 13 programáticos y de salud. Destacan directrices de la OMS (2022; *Abortion care guideline*), manuales técnicos de Ipas, guías de práctica clínica de la Federación Internacional de Obstetricia y Ginecología (FIGO) y el Colegio Americano de Obstetras y Ginecólogos. En el plano legal, recupera sentencias fundamentales de la SCJN y la Corte Interamericana de Derechos Humanos (Caso Manuela vs. El Salvador), así como las Normas Oficiales Mexicanas NOM-046 (violencia sexual) y NOM-047 (atención a adolescentes). Aunque la bibliografía central sigue siendo biomédica (41) y legal (28), hay una cada vez mayor literatura procedente de las ciencias sociales (32) que se enfoca en el estudio del estigma asociado al aborto, las experiencias y emociones de las usuarias y la relación entre la criminalización y la salud mental.

Por último, la parte central del Lineamiento ofrece de manera clara y esquemática las especificaciones clínicas para la atención del aborto mediante cuatro momentos en la atención. Lo importante de este apartado no es solo que ofrece información sobre la tecnología médica y los protocolos a seguir en los dos primeros trimestres de gestación (vía manejo farmacológico y aspiración manual endouterina), sino que lo hace abandonando la visión puramente biologicista y adoptando una perspectiva de la salud integral. Con lo cual, cuestiona el reconocimiento del personal de medicina como único proveedor del servicio y del centro clínico como exclusivo espacio seguro, además de objetar sobre prácticas obsoletas como el uso del legrado uterino instrumental (LUI). Apostando, con ello, por la autogestión y la atención ambulatoria –sobre todo antes de las 12 semanas–, y el reparto de tareas entre distintos perfiles de profesionales de la salud.

Análisis crítico: avances y aciertos

El acompañamiento feminista en torno al aborto comenzó desde la década de los setenta (Belucci, 2014; Drovetta, 2021). Sus formas han sido varias, desde aprender de las primeras técnicas quirúrgicas (Drovetta, 2015) hasta descubrir el uso abortivo del misoprostol y diseñar protocolos y epistemologías del acompañamiento –vía telefónica y presencial– (Drovetta, 2015; Rojas-Lozano, 2025). Sin embargo, por lo menos en México, hacer bajar la regla con herbolaria

tradicional es un saber milenario de la partería tradicional (Rojas-Lozano, 2025).

Aunque tiene una base biomédica, la raíz teórica y empírica del Lineamiento le viene del movimiento de una amplia red de mujeres que han procurado cuidar su salud sexual y reproductiva cuando el Estado se los ha negado. En ese sentido, el documento no solo busca estandarizar procedimientos médicos, también transformar el paradigma de atención punitivista y regulatorio centrado en el personal de salud, a uno enfocado en la autonomía de las personas usuarias, mediante:

1. El posicionamiento de la palabra “aborto” en la política pública. En México, el término estuvo asociado históricamente al delito y la muerte materna; sin embargo, desde el siglo XIX, a través de una amplia red de causales de no punibilidad, se introdujo una concepción ligada a la salud y al contexto de vida de las personas que abortan. Posteriormente, en el siglo XX, con el servicio de interrupción voluntaria del embarazo (IVE) y el Programa de Interrupción Legal del Embarazo (ILE), el aborto pasó a ser un derecho de las víctimas a la reparación del daño y una interrupción legal limitada por el código postal. No obstante, en todas estas etapas, la palabra “aborto” no solía mencionarse de forma explícita. Con el Lineamiento esto cambió, se logró denominarlo no solo como un servicio sanitario esencial, un método acorde con la edad gestacional, sino también como una decisión y un hecho en la vida reproductiva de las personas.
2. El reconocimiento del derecho a la no reproducción biológica. Por primera vez, una política pública piensa en acciones específicas dirigidas a las personas que no desean ejercer la reproducción biológica. Con ello, no solo se cuestiona el mandato social de la maternidad, sino que se plantea al aborto como una intervención fundamental para la protección de la salud integral, independientemente de la gestión poblacional. Trascendiendo lo fisiológico, articulándose con el libre desarrollo de la personalidad, la autonomía y el proyecto de vida; elementos que permiten a quien decide abortar evaluar quién quiere ser y ejercer el derecho a elegir.
3. El desmantelamiento de prácticas punitivas. En ese sentido, la atención del aborto seguro no depende de los permisos otorgados por los códigos penales ni de la compleja articulación federación/estados; se configura como una obligación constitucional y convencional de las autoridades de salud para proteger la autonomía reproductiva y la salud integral (Secretaría de Salud, 2022b: 28). Situación que ha sido respaldada en el Programa Sectorial de Salud 2025-2030 (PROSESA), que por primera vez incluyó la obligación de “asegurar la atención de abortos espontáneos e inducidos de forma segura en todas las instituciones de salud conforme al marco legal vigente, para contribuir a la disminución de la morbilidad y mortalidad materna” (2025: 31). Contar con una política pública a través de un objetivo prioritario y un lineamiento que busca estandarizar servicios, establece obligaciones y ofrece certeza técnica, administrativa y jurídica al personal de salud.

4. La construcción de una narrativa sociopsicobiológica. Si bien la bibliografía sobre la que se sustenta el Lineamiento en su mayoría es biomédica y legal, incorpora la dimensión emocional y mental desde una visión integral de salud. Así, aunque el discurso médico prioriza la eliminación del legrado y la reducción de la mortalidad materna, también admite que las actitudes, creencias y valores del personal de salud pueden derivar en sesgos informativos o barreras en el acceso. Ante este escenario, el documento valida el conocimiento legal y la formación clínica como elementos necesarios, pero insiste en la ética, la empatía y la confianza como imperativos institucionales, posicionando la sensibilización del personal como un requisito esencial para garantizar la atención de abortos seguros.

Retos, barreras y desafíos

Aunque el documento representa un hito normativo en materia de derechos (no) reproductivos, existen brechas significativas entre su sustento teórico y la realidad operativa.

1. El principal desafío es de tipo territorial. El desafío de la desigualdad geográfica subraya una falta de homogeneidad territorial, donde el acceso efectivo depende del lugar de residencia de la usuaria. Amén de que la disponibilidad de los servicios de aborto seguro y el uso de tecnologías modernas tampoco son homogéneos en todo el país, lo que sigue generando desigualdades y discriminación en el acceso.
2. La principal brecha es sanitaria. Mientras el documento posiciona el aborto como un servicio sanitario esencial y sensible al mismo tiempo, la práctica clínica revela una brecha donde el avance legal no se traduce automáticamente en justicia reproductiva. Esta disonancia es evidente al contrastar la tecnología médica que promueve la norma, con el uso institucional del LUI en el sistema de salud. Subsanan esta brecha debe iniciar por eliminar el legrado de la práctica médica de aborto, erradicar la mirada del aborto articulada a límites gestacionales y desmontar por completo el aborto de la discusión penal.
3. El área de oportunidad más apremiante reside en la aplicación efectiva de la perspectiva interseccional para no invisibilizar a la población con mayor vulnerabilidad. Si bien el Lineamiento representa un avance importante al incluir a personas gestantes y no solo a mujeres, aún es necesario desarrollar protocolos específicos aplicables a hombres trans y personas no binarias. En materia de interculturalidad, aunque se menciona como un eje rector, no se explicita la recuperación de saberes culturalmente situados ni la forma en que estos se integran en la atención a personas de pueblos originarios. Asimismo, a pesar de que el documento identifica como grupos en situación de vulnerabilidad a migrantes, personas en situación de calle o privadas de su libertad, persiste una normativa que homogeneiza la atención sin reconocer las condiciones particulares de cada contexto. Es decir, el Lineamiento conserva sesgos adultocéntricos, heteronormativos, neurotípicos y monoculturales.

4. Finalmente, el principal reto se encuentra en la articulación con la sociedad civil organizada. En cuanto al acompañamiento, el documento valida la labor histórica de las colectivas feministas, quienes se integran como actores clave y garantizan el derecho de la persona beneficiaria a contar con el apoyo de su elección a partir del concepto de autogestión y su amplia definición de proveedor de salud. No cabe duda de que un aporte fundamental es la validación del aborto autogestionado farmacológico como una vía que empodera la autonomía y privacidad. No obstante, la narrativa ausente sigue siendo la experiencia de las mujeres que abortan y que acompañan, situación que contrasta claramente con lo anterior.

Conclusiones

En resumen, el Lineamiento establece un piso común nacional al integrar el principio pro persona, que obliga al personal de salud a aplicar siempre la norma más favorable para la usuaria. Incorpora actualización clínica y propone otras tecnologías médicas, priorizando el manejo ambulatorio y validando el aborto autogestionado y el uso de la telemedicina. Por último, ofrece herramientas para combatir el estigma asociado al aborto, ya que reconoce que las actitudes negativas del personal pueden dañar la salud mental de las usuarias.

Esta breve lectura y reflexión sobre el Lineamiento, documento oficial emitido en 2021 y reeditado en 2022 por el CNEGSSR, permite reconocer el impacto del activismo feminista en la política pública, que pasó de una visión desarrollista y de gestión poblacional en el siglo XX a otra con enfoque en derechos humanos y salud reproductiva en el siglo XXI. El aporte histórico de las redes de acompañamiento, desde JANE en la década de los setenta hasta el actual movimiento de la marea verde, se expresa en los ámbitos legal, político, ético y sociopsicobiológico de este documento.

Referencias

AbortistasMx (2026). *Aborto en México*. <https://docs.google.com/spreadsheets/d/14CgHDgkBhvg7NNHxtP7h5yJWZ0vbiuyW/edit?usp=drivesdk&ouid=111258946123142484253&rtpof=true&sd=true>

Bellucci, M. (2014). *Historia de una desobediencia: Aborto y feminismo*. Capital Intelectual.

Drovetta, R. I. (2015). Líneas telefónicas de información sobre aborto seguro: Una estrategia efectiva para incrementar el acceso de las mujeres a los abortos seguros en América Latina. *Reproductive Health Matters*, 23(45), 47-57. <https://doi.org/10.1016/j.rhm.2015.06.004>

Drovetta, R. I. (2021). La práctica del aborto en manos de feministas en los 70. *Revista Estudios*

Feministas, 29(2), e67176. <https://doi.org/10.1590/1806-9584-2021v29n267176>

Femminile, R. (2018). Sexualidad femenina y aborto. En C. Lonzi (coord.), *Escupamos sobre Hegel y otros escritos* (pp. 57-63). Traficantes de Sueños.

Rojas-Lozano, V. R. (2025). Entre la criminalización del aborto y el cuidado como resistencia organizada. *Anales de Antropología*, 59(1), 43-52. <https://doi.org/10.22201/ia.24486221e.2025.59.1.87520>

Secretaría de Salud (2020). Programa Sectorial de Salud 2020-2024. *Diario Oficial de la Federación*. https://dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5598474&fecha=17/08/2020

Secretaría de Salud (2022a). *Lineamiento Técnico para la Atención del Aborto Seguro en México*. Gobierno de México. https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/779301/V2-FINAL_Interactivo_22NOV_22-Lineamiento_tecnico_aborto.pdf

Secretaría de Salud (2022b). *Programa de Acción Específico de Salud Sexual y Reproductiva 2020-2024*. Gobierno de México. <https://www.gob.mx/salud/documentos/programa-de-accion-especificao>

Secretaría de Salud (2025). Programa Sectorial de Salud 2025-2030. *Diario Oficial de la Federación*. https://dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5767240&fecha=04/09/2025#gsc.tab=0

1. Correo electrónico: vicra.rojas@iztacala.unam.mx ↑

2. Luego de que durante 16 años la CDMX fuera el único referente de despenalización en México, a partir de 2019, con Oaxaca, el mapa nacional comenzó a teñirse de verde: desde las sentencias transformadoras de la Suprema Corte de Justicia de la Nación en 2021 hasta la reciente cascada de reformas que han sumado un total de 25 estados con despenalización parcial del aborto (Rojas-Lozano, 2025). ↑

3. Al avance legislativo se sumaron las tres sentencias emitidas por la SCJN en septiembre de 2021 y la última en 2023. La primera, derivada del artículo 196 del Código Penal de Coahuila, declaró la inconstitucionalidad de la criminalización del aborto en cualquier etapa del embarazo. La segunda, resultado de la fracción I del artículo 4 Bis de la Constitución de Sinaloa, estableció la intencionalidad criminalizadora al proteger la vida desde la concepción. La tercera hizo referencia a la invalidez del artículo 10 Bis de la Ley General de Salud, en la que no se contemplan lineamientos ni límites del derecho a la objeción de conciencia; y la cuarta declara inconstitucional el sistema jurídico que penaliza el aborto en el Código Penal Federal. ↑

4. De las 25 entidades que han despenalizado el aborto parcialmente, solo 10 reformaron su ley

de salud con el fin de proveer acceso: CDMX, Oaxaca, Hidalgo, Baja California, Baja California Sur, Colima, Guerrero, Sinaloa, Michoacán y San Luis Potosí (AbortistasMX, 2026). Solo CDMX y Veracruz contemplan un programa público de acceso a este servicio de forma gratuita (Secretaría de Salud, 2022b). [↑](#)

5. Se reconoce que este grupo enfrenta mayores barreras por estigma y falta de recursos, por lo que se prioriza la aplicación de los principios de interés superior de la niñez y autonomía progresiva, permitiendo que mayores de 12 años soliciten el servicio de forma autónoma en casos de violencia sexual. [↑](#)
-

Cáncer de mama: la cuerpoA como archivo de opresiones, resistencias y re-existencias

Emma Magdalena Oropeza De Anda^[1]

Universidad de Guadalajara



Ilustración *Ichan Tecolotl*.

Resumen

El presente artículo analiza el proceso de configuración subjetiva mediante el cual algunas mujeres diagnosticadas con cáncer de mama transitan de pacientes oncológicas a activistas sociales. Empleando la Teoría de la Subjetividad de Fernando González-Rey y Albertina Mitjáns-Martínez, y el concepto de “la cuerpoA” como archivo de opresiones, resistencias y re-existencias, se reconstruye el trayecto sanitario de un caso emblemático antes, durante y después del diagnóstico. El análisis muestra cómo la experiencia de la enfermedad, lejos de ser únicamente devastadora, puede activar sentidos subjetivos que permiten a las mujeres resignificar su corporalidad, organizarse de forma colectiva y transformar su experiencia personal en un motor de cambio institucional en favor de otras mujeres con quienes comparten diagnóstico.

Palabras clave: cáncer de mama; subjetividad; activismo; corporalidad; resistencia.

Introducción

A manera de locus de enunciación, quiero mencionar que por varios años trabajé en una investigación médica sobre cáncer de mama. Gracias a ello, conocí a un sinnúmero de mujeres diagnosticadas con esta enfermedad. Yo las veía resistir y, en mucha menor medida, desistir. ¿Cómo lo hacen? ¿Cómo logran ser tan fuertes? ¿Cómo una mujer que transita un tratamiento oncológico encuentra la energía para rebelarse ante el sistema, organizar a otras mujeres y lograr cambios institucionales?

Estas inquietudes, cargadas de admiración y probablemente también de cierta idealización de la resistencia, dieron paso a mi tesis de maestría “Configuración de la subjetividad de mujeres que, tras ser diagnosticadas con cáncer de mama, comenzaron a realizar acciones voluntarias en pro de la detección oportuna y el acceso a tratamientos” (2022). De los hallazgos y reflexiones desarrolladas en dicha investigación se desprende el presente artículo, el cual tiene como objetivo analizar el proceso de configuración de la subjetividad en mujeres activistas que iniciaron su labor a partir de su diagnóstico de cáncer de mama, desde una comprensión de la cuerpoA como archivo de opresiones, resistencias y re-existencias que se activan y resignifican a lo largo de dicho proceso.

Para este texto, seleccioné un caso emblemático que permite registrar con claridad el proceso de configuración subjetiva mediante el cual algunas mujeres diagnosticadas con cáncer de mama transitan de pacientes oncológicas a activistas sociales, además de concentrar elementos que aparecen de manera recurrente en la mayoría de las biografías de otras mujeres con quienes comparto diagnóstico.

Guiaré la reflexión siguiendo el trayecto sanitario de las mujeres antes, durante y después de ser diagnosticadas, así como aquello que se encarna en sus cuerpoAs. Evidentemente, este trayecto no es igual para todas, cada mujer lo recorre desde condiciones sociales, económicas, afectivas y corporales distintas, que influyen tanto en la manera en que acceden o no a la atención médica, como en la forma en que viven y significan su experiencia.

Coordenadas teórico-metodológicas

Dado que mi interés se orienta a comprender cómo algunas mujeres, tras ser diagnosticadas con cáncer de mama, emergen de sí mismas para transformarse de pacientes oncológicas a activistas sociales en apoyo a otras mujeres con quienes comparten diagnóstico, mi

investigación ha tenido como núcleo teórico la propuesta conocida como Teoría de la Subjetividad, desarrollada por Fernando González-Rey y Albertina Mitjáns-Martínez.

Desde esta mirada, la subjetividad se constituye a partir de la construcción de sentidos subjetivos generados a lo largo de las experiencias vividas. Estos sentidos son unidades psicológicas que expresan el carácter propiamente subjetivo de los procesos psíquicos humanos (González-Rey, 2010). También son formas de significado que permiten dar cuenta de los múltiples factores que conforman la vida social y que no solo definen la historia personal de cada mujer, sino que evidencian el espacio social en que dicha subjetividad se manifiesta.

En coherencia con lo anterior, opté por una metodología cualitativa, entendida como aquella que privilegia la producción de datos descriptivos, las palabras, experiencias y expresiones de las propias personas, así como la observación de su conducta (Taylor y Bogdan, 1987). Pues la subjetividad, al ser una entidad abstracta, requiere abordarse desde una perspectiva epistemológica específica: la cualitativa, que concibe el conocimiento como una producción interpretativa y constructiva, de naturaleza dialógica y atenta a la singularidad (González-Rey, 2010).

Desde esta lógica, el método biográfico resultó especialmente pertinente, ya que me permitió explorar a profundidad la emocionalidad y el comportamiento de las mujeres con quienes trabajé, a través de sus historias de vida, las cuales funcionan como “ventanas para observar grandes temas de la sociedad” (Meccia, 2020: 27) y reconocer a los sujetos como productores de sentido capaces de incidir en la realidad que les atraviesa. En esta misma línea, diversas aproximaciones sostienen que las historias de vida se fundamentan en experiencias concretas y buscan recuperar el sentido que las personas otorgan a su trayectoria, en estrecha relación con su propia subjetividad, lo cual coincide con la perspectiva teórica que orienta mi trabajo.

La construcción del escenario de investigación se realizó por medio de observación participante (Taylor y Bogdan, 1987) en el Instituto Jalisciense de Cancerología (IJC) y en el Centro Médico Nacional de Occidente, durante el periodo 2014-2022, durante el cual participé en Grupos de Ayuda Mutua (GAM) organizados por mujeres diagnosticadas con cáncer de mama, les brindé acompañamiento en sus procesos médicos y realicé entrevistas conversacionales.

Durante este periodo, registré la historia de vida de 27 mujeres diagnosticadas con cáncer de mama, de las cuales cinco se desempeñaban como coordinadoras de GAM u organizaciones sin fines de lucro dedicadas al apoyo de mujeres con diagnósticos oncológicos. Dos de ellas fundaron GAM, participan en la Mesa Interinstitucional de Cáncer en Jalisco y cuentan con una incidencia directa en los procesos hospitalarios, en particular en la articulación entre las

necesidades de las mujeres que reciben tratamiento para cáncer de mama en estos hospitales y las instancias directivas, logrando beneficios institucionales como la incorporación de servicios psicológicos y nutricionales especializados en oncología, entre otros.

Para desarrollar este artículo, seleccioné un caso emblemático, debido a la particularidad de su participación social y la acumulación de elementos que aparecen de manera recurrente en la mayoría de las biografías registradas.

La cuerpA

Parto de la necesidad de reconocer la estructura corporal como un territorio atravesado por discursos, prácticas y normas sociales que configuran la experiencia vital. Retomo aquí la noción de “cuerpA”, propuesta por Vergara (2014), con esa “A ruidosa, incómoda y poco decorativa” que irrumpe para marcar disidencia; porque nombrar la cuerpA permite evidenciar que nuestra estructura física no es un mero soporte biológico, sino un archivo personal e histórico, contenedor de opresiones, resistencias y re-existencias. Desde esta comprensión de la corporalidad, trazo los elementos que configuran la experiencia subjetiva de las mujeres antes, durante y después de recibir un diagnóstico oncológico y reconozco que está inscrita en la materialidad misma de la cuerpA: sus colores, olores, texturas, tamaños, formas, tumoraciones, marcas, huellas, cicatrices, etcétera.

Aparece entonces con claridad la cuerpA como archivo, como memoria viva capaz de narrar procesos de salud-enfermedad, discriminación, desigualdades en el acceso a la atención, violencias estructurales y transformaciones profundas de la feminidad ante la posibilidad de salvar la vida. Las cuerpAs de las mujeres diagnosticadas con cáncer de mama, sobre todo aquellas que han sido intervenidas para remover uno o ambos senos, condensan estos relatos de manera elocuente. Como señala Cachorro, “las marcas sociales del cuerpo se pueden expresar en las cicatrices, las quemaduras, las mutilaciones, los rasgos peculiares que otorgan las manchas, lunares, las irrepetibles huellas dactilares” (2008: 2). Estas marcas revelan tanto las imposiciones del poder como las historias de resistencia que lo enfrentan.

No puedo perder de vista que las cuerpAs femeninas han sido históricamente objetivadas, moldeadas al deseo de consumo masculino y a las estéticas coloniales que imponen formas de ser y de verse, opresiones nombradas como violencia estética por Pineda (2014). En este sentido, concuerdo con Angulo Agudelo (2018: 45) cuando afirma que “el cuerpo cumple un lugar clave para comprender las diferentes relaciones de dominación/resistencia que se establecen; en el cuerpo se rastrean las marcas del poder, pero así mismo los procesos de sanación de estas heridas”. Esa sanación, en especial en las mujeres que transitan un proceso

oncológico, se construye colectivamente y al mismo tiempo reorganiza la subjetividad, pues esta mantiene una relación indisociable con la cuerpoA.

Desde esta mirada, la cuerpoA emerge como un espacio para develar y cuestionar las múltiples formas de opresión que se imponen sobre las mujeres, pero también como un lugar desde el cual se gestan nuevas formas de subjetividad que desbordan lo coercitivo y abren posibilidades para la resistencia.

Diagnóstico

Como es de conocimiento general, llamamos cáncer de mama a cualquier tumoración maligna originada en los senos. Cada año, en torno al 19 de octubre, se realizan numerosas campañas rosas que invitan a la exploración mamaria. Sin embargo, más allá de esa fecha, persisten múltiples barreras para acceder a una detección y un diagnóstico oportunos y precisos. Estas barreras no siempre están vinculadas de manera directa con el sistema de salud, pero sí responden a dimensiones estructurales como el racismo, la gordofobia y el machismo, entre otras, que atraviesan la experiencia de las mujeres en su tránsito sanitario. En muchos casos, no se trata de una falta de información por parte de ellas, sino de deficiencias en la capacitación médica, prejuicios profundamente arraigados y lógicas patriarcales que influyen en la manera en que se escucha, se atiende y se valora la sintomatología femenina.

Los obstáculos que enfrentan las mujeres para acceder a la atención médica en relación con su corporalidad pueden entenderse como barreras corporales, pues se relacionan con características atribuidas o leídas en sus cuerpoAs, como el color de su piel, su talla, su edad, la presencia de alguna discapacidad, su expresión de género o cualquier otro elemento asociado a su apariencia física, que condicionan tanto la posibilidad de recibir atención como su calidad. Estas barreras operan como filtros que determinan quién merece ser escuchada, atendida e incluso creída, y reproducen desigualdades estructurales en los espacios sanitarios. En el caso de las mujeres, se intensifican por la intersección entre patriarcado, racismo, clasismo, gordofobia, edadismo y un sinnúmero de formas de opresión estética, lo que afecta de manera directa el acceso al diagnóstico necesario para preservar la vida.

Una de las barreras corporales más repetidas es la relacionada con la talla. Para ello, quiero narrar el caso de Ana, quien fue diagnosticada a los 38 años y entrevistada a los 49 años. No tuvo apoyo de ningún tipo de seguro médico durante su diagnóstico y tratamiento. Previo a su diagnóstico, trabajaba como secretaria y en la actualidad lo hace como voluntaria de tiempo completo, llevando a cabo acciones de detección de necesidades de las pacientes, gestión de servicios relacionados con el acceso a sus tratamientos, organización de talleres y actividades

de acompañamiento emocional.

Su caso es particularmente revelador, pues al igual que muchas otras mujeres, buscó atención médica de manera reiterada y sin éxito real. Aunque es una mujer blanco-mestiza, con capacidades sociales y de gestión que le permitieron acceder con relativa rapidez a los servicios de salud, esto no se tradujo en un diagnóstico preciso. La cuerpoA de Ana es de talla grande y el primer diagnóstico que recibió fue que la bolita detectada en su seno era grasa acumulada debido a la obesidad. Ana recuerda:

Fui a un centro de salud, me dijeron que no era nada, me dieron tratamiento, pero sin hacerme ningún estudio y, pues, sí lo estuve tomando. Con ese medicamento empezó a crecer la bolita; me seguían diciendo que no era nada, que era pura grasa.



Le recetaron vitamina E, pero lejos de desaparecer, la bolita creció rápidamente. Ana regresó a su centro de salud y, una vez más, sus signos y síntomas fueron atribuidos a su talla. No fue hasta que acudió a servicios especializados que recibió una atención adecuada y pudo ser diagnosticada, en su caso, de manera oportuna.

Son múltiples las barreras corporales que dificultan el acceso al diagnóstico, pero la gordofobia es una de las más frecuentes; es por eso, y por su cronología en el caso de Ana, que he decidido iniciar por esta. Sin embargo, en la experiencia de Ana encontramos otras barreras, como la edad que tenía al momento de ser diagnosticada, pues de acuerdo con la NOM-041-SSA2-2002,^[2] al tener 38 años se ubicaba en un rango diagnóstico menor al esperado, lo que generalmente dificulta el acceso a estudios de imagenología adecuados para su edad y densidad mamaria, por la creencia de que el cáncer de mama no afecta a cuerpoAs jóvenes.

A las barreras corporales se suma también el machismo, expresado en el control y la dominación sobre las cuerpoAs. En mi trabajo, he documentado con frecuencia la negativa de las parejas masculinas a que las mujeres se realicen estudios, acudan a servicios de oncoginecología cuando el médico es hombre o incluso a que ejerzan su derecho a recibir tratamiento si este implica una mastectomía. Estas restricciones no solo retrasan la atención, sino que profundizan la desigualdad y colocan a las mujeres en una situación de vulnerabilidad frente a una enfermedad que exige acompañamientos, decisiones informadas y acciones rápidas.

Tratamiento

En el caso de Ana, la violencia patriarcal se manifestó inicialmente a través de la gordofobia médica. Además, durante su tratamiento, la violencia no provino de su pareja, como ocurre en muchos de los testimonios que registré, sino de uno de sus médicos, quien después de presentarle el diagnóstico, le comentó:

Me dijo que, desafortunadamente, era un carcinoma ductal infiltrante. Me dijo que me tenía que operar inmediatamente, me dijo que platicara con mi esposo, él me acompañó, y le dije que a mi esposo no le iban a quitar la mama, así que la decisión era mía.

”

La casi siempre necesaria remoción de la mama afectada o, en algunos casos, de ambas, debería ser una decisión plenamente personal, centrada en la preservación de la salud y la vida de las mujeres. Sin embargo, se ve rodeada de múltiples violencias estéticas y simbólicas, reflejadas en prejuicios que asocian la pérdida de las mamas con la pérdida de feminidad, del atractivo sexual y, en algunos casos, incluso del valor de una mujer. A ello se suman expectativas sociales sobre cómo debe lucir la cuerpoA femenina, juicios moralizantes que reducen a las mujeres a su apariencia física y presiones para someterse a reconstrucciones estéticas tempranas e incluso no deseadas. Todo esto incide en su autonomía, vulnera sus decisiones y agrava el impacto emocional de la enfermedad, a la vez que entorpece el tratamiento. En relación con ello, Ana continúa su narración:

Le dije a mi marido en el principio que me quitaron mi mama y ya una recuperación de unos cinco días que estuve en casa, sí le dije: si me vas a dejar, de una vez, y si no, vamos a marchar juntos con esto. Y me gustó lo que me dijo, porque me dijo que no era una mama, que para él yo era su mujer y era toda yo y no una mama. Que ya le había dado la dicha de que le hubiera dado tres hijos, que me había disfrutado como mujer, me seguía disfrutando y me iba a seguir disfrutando como mujer.

”

Cabe señalar que existen dos vías comunes de tratamiento: una inicia con la mastectomía y continúa con el tratamiento quimioterapéutico, que fue el caso de Ana; la otra sigue el camino inverso, comienza con quimioterapias para reducir el tumor y finaliza con la remoción de la mama. Sea cual sea la ruta elegida, durante el proceso de quimioterapia las mujeres enfrentan múltiples violencias simbólicas y estéticas. Con frecuencia son presionadas para mantenerse bellas, resaltar su feminidad con maquillaje y pelucas para evitar lucir enfermas, aun cuando atraviesan uno de los procesos clínicos más retadores y físicamente agotadores, donde la

modificación corporal es muy significativa y evidente, sobre todo ante la caída del cabello. En este sentido, Ana señala:

Acepté más la mastectomía que se me cayera mi cabello; con mi cabello me vino una depresión que, qué bárbaro, hídole. Acepté más lo de la mama que lo de mi pelo, pero pues sí me apoyaron mis hijos, fuimos y compramos una peluca entre todos y me rapé antes de que empezara a caerse.

”

Probablemente, el impacto de la pérdida del cabello sea aún mayor que el de la remoción de la mama debido a la dificultad que supone para ocultar el diagnóstico ante la sociedad, por la evidente modificación corporal y la fuerte valoración social del cabello como un atributo simbólico de belleza, erotismo y sensualidad.

De la reconstrucción al cierre estético plano

Ana, al igual que la mayoría de las mujeres mastectomizadas que conozco, no se ha sometido a una reconstrucción mamaria; sin embargo, al momento de la entrevista, considera deseable que el sistema de salud pueda costear las reconstrucciones para quienes así lo decidan. Uno de los talleres que imparte en su GAM está relacionado con la elaboración de prótesis utilizando pantimedias rellenas de alpiste, con el fin de simular el peso y la caída de una mama real. También gestiona la donación de prótesis mamarias externas de silicón, brasieres especiales y otros elementos cosméticos deseados por las mujeres durante el tratamiento, como pelucas, turbantes y maquillajes. Nunca he registrado un rechazo a la reconstrucción asociado a motivos distintos al miedo o la falta de recursos económicos; invariablemente, esta opción se presenta como algo deseable.

En este punto, resulta pertinente retomar la autobiografía publicada por Sandra Monroy, titulada *Jódete cáncer* (2022). Ahí relata que fue diagnosticada a los 36 años y describe su experiencia diagnóstica, la motivación que la llevó a la acción activista y su posicionamiento actual respecto a la reconstrucción mamaria, así como la valoración de la cuerpo más allá de los senos femeninos.

Su caso marca una diferencia importante respecto a lo que he podido documentar en otros relatos: a pesar de las recomendaciones médicas, Sandra decidió removerse ambas mamas, priorizando su salud y su autonomía por encima de presiones estéticas, prejuicios o expectativas externas, pero, sobre todo, Sandra se ha mantenido crítica ante la imposición de la

reconstrucción mamaria.

Probablemente, la edad de Sandra y el contexto histórico y social en que fue diagnosticada, marcado por la cuarta ola feminista y un relevo generacional respecto a la mayoría de las mujeres con quienes he trabajado, sean claves para comprender su capacidad de reconocer la imposición de la reconstrucción mamaria y sus consecuencias para la salud física y mental como violencia estética. Ella escribe:

Sobrevives. Ese cuerpo es poderoso, aun cuando lo ocultes de los prejuicios creados respecto al cuerpo femenino, en especial cuando se trata de zonas hipersexualizadas, como son los pechos. ¿Por qué solo ver lo que falta? Ese ser humano ha cruzado el infierno con los ojos abiertos, ¿por qué (des)calificarlo como “imperfecto”? (2022: 82)

”

Sandra ha colaborado con la socióloga Esther Pineda, autora, entre otros textos, de *Bellas para morir* (2014), dialogando y construyendo conocimientos sobre las violencias estéticas comunes en el mundo oncológico; sobre todo aquellas impuestas a las cuerpAs mastectomizadas. Desde este encuentro, Monroy invita a visibilizar las cuerpAs oncológicas reales.

De paciente oncológica a activista social

Las cuerpAs oncológicas archivan la frustración de un diagnóstico tardío en las huellas corporales del cáncer y sus tratamientos. En ellas habitan el miedo a la muerte, al rechazo sexual, la vergüenza y el dolor asociados a la imposibilidad de ocultar el diagnóstico, así como el recuerdo del apoyo social, la empatía construida en el encuentro con otras mujeres y el deseo de que ninguna más atraviese la misma experiencia. Como lo narra Ana:

Bueno, sí, a mí me faltó información y las demás no la tienen; yo tuve la oportunidad de que, aparte de que vi aquí a un tío y me recomendó con el doctor Juanito, tuve la oportunidad porque lo conocía, fui recomendada. ¿Cuánta gente hay que viene sin ninguna recomendación?

”

Es posible reconocer algunos de los núcleos de sentido que podrían sustentar la motivación a la acción de Ana; entre los más importantes se encuentran la reflexión sobre su propia experiencia, el reconocimiento de necesidades diversas y la sensibilidad para imaginar los procesos de mujeres con quienes comparte diagnósticos y empatizar con ellas.

La Teoría de la Subjetividad contempla la capacidad psíquica de modo sistémico, dando un lugar importante a la experiencia emocional, corporal y simbólica en la construcción de sentido sobre la realidad. Estos aportes contribuyen a la comprensión de la motivación a la acción de Ana, quien recuerda haber pensado:

Yo voy a hacer algo que tenga que dejar y que tenga que ayudar a la gente, a las mujeres, más que nada, ayudar en qué podemos hacer. Y empecé a hablar con el doctor Juanito, me empezó a explicar muchas cosas, me empezó a motivar. Cuando había algo por parte de la Secretaría de Salud o había un taller, me decía: “Vaya, vaya, vaya”. Y empecé a hacerlo, empecé a hacerlo, y de ahí mis compañeras empezamos a reunirnos.



En la decisión de Ana se muestra no solo su capacidad para emprender, también se reflejan algunos de los valores que forman parte de su construcción de sentidos subjetivos, que formalizaron su práctica y sentaron los cimientos de su proyecto, al grado de lograr el apoyo de uno de los médicos oncólogos más importantes de Jalisco, a quien ella misma reconoce como un personaje clave en la culminación de su propio diagnóstico, su proceso de tratamiento y la configuración de su subjetividad en activista social.

La cuerpoA archivo

El proceso anterior, aunque en apariencia simple, está cargado de evidencias corporales. Aun antes de la aparición de la tumoración, quedan las marcas pasajeras de la mamografía, el recuerdo de la presión y el dolor sobre la mama. A veces, incluso antes de poder palpar un bulto, se manifiestan señales visibles, zonas de piel de naranja, enrojecimiento, inflamación localizada, hundimiento del pezón, cambios en la forma de la mama, heridas y zonas que no cicatrizan.

Cada etapa se archiva en la cuerpoA. Un diagnóstico tardío deja huellas más severas, como úlceras, piel necrosada, supuración, heridas de aspecto volcánico. Y, por supuesto, en etapas avanzadas, células que invaden los pulmones, el estómago y otras regiones de la cuerpoA.

La detección tardía también deja marcas de su paso: la consecuente mastectomía, la remoción de ganglios linfáticos, la cicatriz que dejan las suturas poco cuidadas, la piel lastimada por la radioterapia, las venas dañadas por la quimioterapia, la posible necesidad de una histerectomía y las múltiples consecuencias emocionales que una experiencia como esta provoca, de manera resiliente o no, incluido el duelo por la posibilidad de no llegar a ser madre en el futuro.

En la cuerpoA se registra el temor al rechazo sexual derivado del prejuicio que asocia la pérdida de una mama con la pérdida de la feminidad y con la idea de una cuerpoA debilitada; se resguardan la alopecia y las miradas ajenas, los efectos de las terapias hormonales, el nuevo cabello, el vientre abultado, el dolor articular y el trasero grande producto del tamoxifeno. La cuerpoA diagnosticada con cáncer de mama se convierte en un archivo personal e histórico del momento político y social que a cada mujer le tocó habitar.

La cuerpoA resguarda la evidencia de la presencia del cáncer, pero también documenta la calidad del sistema de salud y las estructuras patriarcales, racistas y clasistas que producen y sostienen las barreras de acceso a una detección y atención oportunas y de calidad. La cuerpoA alberga las opresiones, pero también las resistencias, la tenacidad para sortear los obstáculos diagnósticos y para acceder a un tratamiento que, mientras escribo, se desarrolla en un contexto de casi seis años de desabasto en México. En la cuerpoA quedan inscritas las marcas de la política en salud, esa que, a través de sus decisiones y omisiones, define quién puede y quién no puede preservar su salud y su vida.

La cuerpoA cataloga el cúmulo de violencias estéticas trenzadas a lo largo del proceso de salud-enfermedad. La cuerpoA encarna también la configuración de la subjetividad de estas mujeres, la re-existencia con la que transitan de pacientes oncológicas a activistas sociales en busca del bien común. Finalizo con las palabras de Audre Lorde en su texto *Los diarios del cáncer* (1980):

Las mujeres que me sostuvieron durante ese periodo fueron negras y blancas, viejas y jóvenes, lesbianas, bisexuales y heterosexuales, y todas compartíamos la lucha contra las tiranías del silencio. Todas me dieron una fuerza y un cuidado sin los que no podría haber sobrevivido intacta.

”

Referencias

Angulo Agudelo, N. (2018). Habitar el cuerpo: Etnografía feminista desde los cuerpos de mujeres de San Basilio de Palenque. *Revista Corpo-grafías: Estudios críticos de y desde los cuerpos*, 5(5), 42-57. <https://doi.org/10.14483/25909398.14205>

Cachorro, G. (15-17 de mayo de 2008). *Cuerpo y subjetividad: Rasgos, configuraciones y proyecciones* [Ponencia]. Jornadas de Cuerpo y Cultura de la Universidad Nacional de La Plata, Argentina. https://www.memoria.fahce.unlp.edu.ar/trab_eventos/ev.697/ev.697.pdf

González-Rey, F. L. (2010). As configurações subjetivas do câncer: Um estudo de casos em uma

perspectiva construtivo-interpretativa. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 30(2), 328-345. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6135526>

Lorde, A. (1980). *Los diarios del cáncer*. <https://www.bibliotecafragmentada.org/wp-content/uploads/2013/08/Los-diarios-del-cancer.pdf>

Meccia, E. (2020). *Biografías y sociedad: Métodos y perspectivas*. Ediciones UNL.

Monroy, S. (2022). *Jódete cáncer*. Editorial Luxpluslux.

Oropeza-DeAnda, E. (2022). *Configuración de la subjetividad de mujeres que, tras ser diagnosticadas con cáncer de mama, comenzaron a realizar acciones voluntarias en pro de la detección oportuna y el acceso a tratamientos*. [Tesis de maestría]. Repositorio Institucional de la Universidad de Guadalajara. <https://hdl.handle.net/20.500.12104/92521>

Pineda, E. (2014). *Bellas para morir: Estereotipos y violencia estética contra la mujer*. Prometeo Libros.

Taylor, S. J. y Bogdan, R. (1987). *Introducción a los métodos cualitativos de investigación*. Paidós.

Vergara Sánchez, P. K. (27 de noviembre de 2018). Apuntes sobre la cuerpoA lesbiana. [La crítica](https://www.la-critica.org/apuntes-sobre-la-cuerpa-lesbiana/). <https://www.la-critica.org/apuntes-sobre-la-cuerpa-lesbiana/>

1. Correos electrónicos: emmaoropeza@gmail.com, oropeza@academicos.udg.mx ↑
 2. Norma que establece los criterios para la prevención, diagnóstico, tratamiento, control y vigilancia epidemiológica del cáncer de mama en México. ↑
-

Del silencio a la sororidad: el aborto como acto político y de cuidado

Olivia Mariana González-Márquez
Periodista especializada en género



Ilustración *Ichan Tecolotl* con fotografía de Wikimedia Commons.

Resumen

Este artículo explora el papel de las emociones y el acompañamiento colectivo en los itinerarios abortivos de 15 mujeres cisgénero que vivieron un aborto autogestionado con acompañamiento en la Zona Metropolitana de Guadalajara, Jalisco, antes de la despenalización del aborto en este estado en octubre de 2024. A través del concepto de agencia afectiva, el artículo propone que emociones como el miedo, la ira y la sororidad no son meros estados pasivos, sino brújulas que orientan la toma de decisiones y transforman la experiencia privada del aborto en una práctica política de cuidado colectivo. El análisis presenta el itinerario abortivo como un viaje con distintas estaciones donde los obstáculos institucionales, legales y sociales son sorteados gracias al intercambio horizontal de saberes entre mujeres, potenciando tanto la autonomía reproductiva individual como la construcción

de redes de resistencia frente a la criminalización.

Palabras clave: aborto autogestionado; agencia afectiva; autonomía reproductiva; cuidado colectivo; itinerario abortivo.

Introducción

El aborto en contextos restrictivos, como ha sucedido en México y sigue sucediendo en algunos estados del país, va más allá de un mero acto médico o un debate legal. Se trata de un proceso que involucra el cuerpo, las emociones y los afectos, que van dando forma a un itinerario, un proceso en el que la agencia afectiva (Macón, 2021) y las estrategias para llevarlo a cabo se transforman en nuevas formas de dar sentido, de abrazar la autonomía y decidir sobre el propio cuerpo.

Para muchas mujeres y personas con capacidad de gestar, la vida se detiene unos momentos ante un resultado positivo. Un embarazo que no pocas veces es inesperado y que hace plantearse dudas y pensamientos transmitidos desde la sociedad, que revelan discursos en los que el aborto y las mujeres que lo realizan son asesinas, malas personas o irresponsables.

Este resultado positivo desencadena un viaje que hasta hace poco se vivía en la ilegalidad y en el que las emociones y los afectos sirven como una brújula que ayuda a transitar un camino hostil por los obstáculos institucionales, la criminalización y el juicio social. El miedo como forma de supervivencia, la ira como motor para tomar decisiones por sí mismas, la sororidad del acompañamiento como un lugar seguro y de cuidado, les permiten afrontar este trayecto en el que la autonomía se consolida y transforma de una u otra manera su visión del mundo.

Las emociones se vuelven un espacio de resistencia y práctica política porque salen de lo privado a lo público para propiciar el intercambio de saberes entre mujeres y personas con capacidad de gestar. Esta interacción posiciona el conocimiento sobre el aborto desde lo horizontal como una forma de hacer frente a los obstáculos institucionales, legales y médicos, pero también como una manera de cuidado colectivo y común.

En este texto intentaré explicar cómo las emociones y el acompañamiento juegan un papel fundamental para llevar a cabo procesos abortivos en medio de contextos de ilegalidad y cómo potencian estrategias personales que se convierten en autonomía reproductiva y agencia afectiva.

Presentaré el itinerario como si fuese un viaje en el que las mujeres transitan y se van encontrando con diversas estaciones u obstáculos que deben sortear para lograr abortar de

manera segura, sin que represente un peligro para su vida o su libertad.

Mi propio viaje

En los últimos dos años, como estudiante de la Maestría de Estudios de Género de la Universidad de Guadalajara, me adentré en las historias de 15 mujeres cisgénero que vivieron un aborto autogestionado –ese que se hace fuera de los hospitales, muchas veces en la intimidad de una habitación propia o prestada– y con acompañamiento en la Zona Metropolitana de Guadalajara, Jalisco, un estado conservador al oeste de México donde, hasta antes de octubre de 2024, el aborto autogestionado o autónomo era penalizado por la ley.

Para realizar la tesis de grado quería saber cómo transitan las mujeres el itinerario abortivo y qué elementos se involucran en ello desde la perspectiva de género, esa que concibe el género como una construcción social enmarcada en “una estructura de poder” que afecta especialmente al cuerpo de las mujeres (Segato, 2003: 201), y que fue una herramienta que me permitió entender las opresiones y ejercicios de poder que se entrecruzan en la interrupción del embarazo. Me interesaba escuchar a las mujeres, comprenderlas, tratar de ponerme en su lugar mediante una conversación cuyo guion fue rebasado por la potencia de sus historias. Escuchar sus relatos de vida me permitió hacer un cruce entre la subjetividad de sus historias y el contexto social, de manera que su experiencia personal forma parte de una “experiencia colectiva compartida más amplia” (Aceves Lozano, 1998: 218), inmersa y condicionada por las estructuras de poder sociales, culturales, religiosas e institucionales.

La teoría de las emociones ayudó a entender cómo eso que sienten se convierte en una fuente y una potencia política para encarar el poder médico y legal, y llegar a concretar el proceso. Esta teoría permite comprender cómo las mujeres se relacionan con el mundo exterior y cómo este interviene en sus acciones, valores, percepciones y las emociones que las constituyen (Jaggar, 1989). Abordar el cuerpo y las emociones desde lo social pone en el centro los saberes de las personas, su carácter sintiente y sensible, además de proporcionar recursos interpretativos para analizar por qué se siente de un modo y no de otro, y qué condiciona sus prácticas (Sabido Ramos, 2011).

Para dar un marco de sentido a las emociones, busqué tener como referencia los itinerarios de aborto, entendidos como los “recorridos experimentados por las personas que buscan interrumpir un embarazo no deseado en un contexto de clandestinidad” (Siskindovich, 2018: 69). Tomé como referencia algunas de las fases que han sido descritas en otras investigaciones relacionadas con el tema por académicas y académicos en América Latina.

Los diálogos con las participantes fueron realizados desde la horizontalidad y la escucha activa,

para indagar acerca de lo que vivieron en su experiencia abortiva y cómo esto se entrelazaba con su biografía y su contexto, deseando encontrar ese dato sensible que pudiera ser analizado desde lo cualitativo. Todas sus historias sucedieron antes de que interrumpir el embarazo hasta las 12 semanas de gestación fuera una causa no punible en Jalisco. Lo que encontré en nuestras conversaciones no fue un relato de víctimas, sino un mapa de estrategias de resistencia. Encontré que el aborto autogestionado es un proceso, un viaje que tiene sus propias estaciones, sentires, obstáculos, pero que también encuentra aliadas y aliados.

Las estaciones del viaje

Como en todo viaje, es necesario un mapa para entender hacia dónde ir. Para tratar de comprender mejor los itinerarios de aborto, hice una cartografía basada en las experiencias de las mujeres participantes en la investigación. El camino que siguen no es lineal y, aunque podemos identificar algunas fases que tienen en común, hay un ir y venir entre todas las etapas que afrontan de acuerdo con diversos factores, como su biografía, su contexto socioeconómico o el tipo de acompañamiento con el que cuentan. Este camino tiene curvas, obstáculos sociales e institucionales que van moldeando lo que las mujeres sienten al buscar abortar.

Dividí este mapa en ocho fases, como se puede ver en la figura 1. Estas dialogan con otras investigaciones que han sido realizadas por diversas autoras y autores en América Latina.

Figura 1



Nota: Las imágenes son de elaboración propia.

Este camino se vive con el peso del equipaje personal, desde la complejidad de las emociones, los afectos que se articulan y la subjetividad de cada historia; pero también se vive en silencio. En él encontramos un repertorio emocional, es decir, una serie de emociones que incluyen el miedo, la rabia, el rechazo, el asco, la culpa o la vergüenza, la frustración, la esperanza o la determinación, el agradecimiento o el orgullo.

Las mujeres también transitan este camino desde la urgencia, en una carrera contra el tiempo, en el intento de que el embarazo no avance y la etapa gestacional no ponga en peligro sus vidas. El itinerario de aborto se convierte entonces en un recorrido experimentado que no es igual para todas y tampoco es pasivo; se transforma en una lucha, un momento de resistencia por la posibilidad de decidir sobre el propio cuerpo y la vida que se desea, y en el que las emociones sirven como brújula, como faro de luz para llegar a buen puerto.

El equipaje invisible

A las mujeres se nos enseña a ser madres. Desde pequeñas nos entrenan para cuidar, para ser la mujer buena, la madre que cuida. Con esta responsabilidad en la espalda, afrontar una prueba de embarazo positiva pone en tensión el deseo de ser madre. Si ese deseo no está ahí en ese momento o como perspectiva de vida, esa certeza nos confronta con aquello para lo que nos prepararon. Esto desata un diálogo interno en el que se dispara la disputa subjetiva (Amuchástegui et al., 2015), esa voz interna que se debate entre lo que se desea en un futuro a corto o largo plazo y las voces de otras personas que nos dicen que abortar te convierte en una mala mujer por no seguir tu supuesta naturaleza. La instrucción religiosa, la opinión de la familia, el juicio social y los discursos conservadores o antiderechos se entrelazan en esa disputa.

Esperanza, una de las participantes en la investigación, quien eligió un nombre ficticio para proteger su integridad, tuvo una experiencia de aborto en la que la disputa subjetiva se presentó todo el tiempo, incluso al momento de nuestra conversación. Con cuatro hijas e hijos previos, se considera una mujer “provida”. Cuando se vio embarazada de una pareja que la violentaba emocionalmente y en medio de una separación con mucha manipulación, toda su formación religiosa le dio vueltas en la cabeza, pero al mismo tiempo, su voz interna, la de una mujer que estaba por iniciar una carrera universitaria, le decía que no podía empezar de nuevo con un bebé.

Si aborto, Dios me va a castigar, pensaba todo el tiempo eso [...]. Después entraba la parte de mamá luchona de que: si pudiste sacar adelante a los otros teniendo otro tipo de trabajo, otro tipo de salarios, sí puedes; pero yo decía: “Estoy cansada de poder, estoy cansada de decir sí puedo, ¿hasta cuándo?”. Y me entraba la culpa. (Comunicación personal, 10 de abril de 2024).



El nudo que se forma entre los deseos de quienes abortan, los discursos conservadores que han escuchado toda su vida en torno a la obligación de ser madres y el juicio por decidir no serlo, genera culpa. Un sentimiento que no es una emoción individual ni aislada, sino que es la forma de controlar el cuerpo para el disciplinamiento y la autovigilancia (Cedeño Peña y Tena Guerrero, 2022). De los relatos de las participantes, podemos entender que la culpa no es natural, es una emoción aprendida desde la infancia. Defender los propios deseos, quebrantar la felicidad que debería encarnar la maternidad, pensar en sí mismas a futuro; todo eso desarticula y se sale de “lo correcto”.

El miedo como motor de arranque

Al escuchar a las mujeres participantes en la investigación, encontré que la emoción que está presente en todas, en mayor o menor medida, es el miedo. El miedo paraliza, sí, pero también se vuelve un detonador de las decisiones que las mujeres tomarán durante el trayecto y las estrategias que llevarán a cabo.

Como se ha dicho, hasta octubre de 2024, el aborto estaba criminalizado en Jalisco y las mujeres que querían interrumpir un embarazo no deseado lo hacían con el miedo de ir a la cárcel. Este temor prevalece y va tomando diferentes formas conforme van avanzando en el camino: a morir en un procedimiento inseguro, a no tener los recursos económicos necesarios, a decepcionar a sus padres, a que su pareja las abandone o a que sus seres queridos las juzguen. Estefanía, una joven con posgrado y la firme convicción de no ser madre, se paraliza al pensar en abortar y las consecuencias que esto pudiera tener en su vida.

La primera palabra que se me viene es el miedo, para todo: el miedo de que te pase algo, incluso el miedo de si te pones grave y vas al hospital, porque una amiga me llegó a platicar su proceso de aborto, lo hizo también voluntario y el de ella sí se complicó, fue a parar a Urgencias y la trataron mal. (Comunicación personal, 16 de octubre de 2024)



En las narrativas de las participantes, el miedo se relaciona con la incertidumbre, con sentir que no tienen el control de lo que les pasa; se convierte, además, en un mecanismo de alerta y de supervivencia. Los discursos dominantes en torno al aborto apelan al miedo para “condicionar y vehicular nuestra percepción y juicio”, que tiene efectos en los sentimientos de confianza y seguridad, produciendo un estado permanentemente alterado (Díaz Álvarez, 2022).

A la vez, el miedo activa la agencia, es decir, las hace moverse, buscar soluciones, tomar decisiones por sí mismas. Las hace abrir un buscador en internet o navegar en las redes sociales en busca de información, las hace romper el silencio y guardar la vergüenza para encontrar apoyo de alguna persona de confianza. Al ser una emoción instintiva, el miedo las impulsa a la acción urgente dado el momento que viven. Al transitar esta emoción y despojarse de ella, entran en un proceso en el que su experiencia va tomando otros sentidos; van configurando una “agencia afectiva” que las hace conscientes de sus posibilidades y de su capacidad de atender sus propios deseos, necesidades y metas para lograr una vida mejor. Este proceso hace posible que algunas mujeres saquen de la maleta los discursos que les fueron impuestos por la sociedad, la religión o la familia, y metan en ella aquello que les permite horizontes inmediatos más justos.

El laberinto de la información y la búsqueda

Una vez que el miedo echa a andar el motor, comienza la búsqueda, y aquí es donde se topan con más obstáculos y dificultades. En un mundo ideal, una mujer iría a su centro de salud, recibiría información veraz para tomar su decisión y tendría a la mano los recursos económicos y materiales para realizar el aborto. Pero en la realidad de Jalisco, muchas se toparon con un muro cuando esta práctica era criminalizada, y estoy segura de que esto sigue sucediendo en alguna medida ahora que pueden elegir libremente hasta las 12 semanas.

Los obstáculos son varios y desde diferentes veredas: farmacias que niegan la venta de misoprostol, un medicamento legal creado para tratamiento de úlceras gástricas, pero usado para abortos farmacológicos, simplemente porque juzgan a la mujer que lo pide. Dificultad para el acceso a la compra de mifepristona y altos costos para pedir los medicamentos desde otra ciudad. Médicos que, amparados en sus creencias personales, mienten sobre las semanas de gestación para asustar a las pacientes o que las obligan a escuchar los latidos del producto durante la ecografía.

El poder médico se hace presente en los cuerpos de las mujeres. La disposición del fármaco en contextos de clandestinidad provoca angustia, desesperación, la preocupación de no contar con dinero suficiente y pasar por el proceso con la esperanza de no tener que comprar una

nueva dosis.

Me acuerdo de mí diciéndole [a la acompañante]: solamente tengo esta [misoprostol] y no sé cómo conseguir la otra, y creo que en ese momento estaba investigando y sí era como un poquito complicado conseguir la mife. Entonces me dijo: no, no hay problema, con el misoprostol se arma. (Edith, comunicación personal, 29 de enero de 2025)

”

Es en este momento que la tecnología y la organización feminista toman relevancia en el trayecto. Ante el abandono del Estado y la falta de difusión de información confiable, las mujeres encuentran refugio en las redes. TikTok, Instagram y el boca a boca se convierten en las fuentes de información. Años antes de necesitar abortar, Sid había guardado videos de TikTok de colectivas feministas con información del aborto con medicamentos, “por si acaso”. Monse buscó en Google artículos académicos. Esperanza preguntó a sus amigas con formación médica, quienes le compartieron sus saberes y experiencias. Pero muchas de ellas se dieron cuenta de que gran parte de la información que encuentran es contradictoria o no se ajusta a sus necesidades o posibilidades económicas. Es aquí cuando el acompañamiento en aborto se vuelve fundamental, pues orienta, aclara dudas y muestra un camino en el que hay opciones y en que las mujeres pueden decidir.

El cuerpo habla y la red guía el viaje

Cuando Azul, una estudiante de entonces 18 años, contactó a una colectiva de acompañamiento de aborto, sabía que no solo buscaba la dosis, el procedimiento o los horarios para tomar los medicamentos, sino también orientación y guía acerca del proceso. Lo que recibió de quienes componen esta organización fue validación a su decisión y a las emociones que estaba sintiendo. Cuando las mujeres encuentran a alguien que les ofrece esa contención y validación, venga de quien venga, la incertidumbre empieza a ceder paso a la determinación.

En ese momento, yo todavía estaba así como hecha bolas, me dio muchísima tranquilidad hablar con ella [la acompañante], muchísima tranquilidad [...] y yo salí con otra mirada, ya más tranquila, ya más de que en realidad no es el fin del mundo, más aliviada. (Comunicación personal, 4 de abril de 2024)

”

El aborto con medicamentos es un proceso físico intenso. Hay dolor, hay espera y se convierte en una situación de vulnerabilidad extrema. Todas las participantes contaron que en este momento lo único que importaba era que su cuerpo transitara a salvo y bien por el proceso, aguantar el dolor y expulsar el producto sin consecuencias. Si una mujer atraviesa esto sola, con miedo a ser descubierta por sus padres o familiares en la habitación de al lado, la experiencia puede ser terrorífica. Pero cuando hay acompañamiento, cuidado y certeza, el significado cambia radicalmente y las emociones se apaciguan.

En su primer aborto, una acompañante se quedó con Abril toda la noche. Ella tenía miedo de ir al baño, de ver sangre, de enfrentarse a la realidad de lo que estaba sucediendo. Su acompañante no solo le dio instrucciones médicas, también la cuidó.

Ella se quedó ahí [toda la noche] y se fue como a eso de las 11 de la mañana [...]. Yo sí me acuerdo que yo me quedaba dormida, pero ella no me soltó nunca, o sea, siempre estuvo ahí. (Comunicación personal, 2 de abril de 2024)



Esa frase resume la política del cuidado feminista: donde el Estado pone barreras y la sociedad pone juicios, estas redes ponen el cuerpo y el corazón, transformando un evento médico en un ritual de sororidad, cuidado, escucha, contención y acompañamiento. Los relatos de las participantes ayudan a romper el mito del trauma psicológico por abortar. No se puede negar que el dolor físico existe, pero el sufrimiento psicológico se mitiga cuando hay alguien que ayuda, orienta, contiene y cuida.

El alivio de encontrar y reescribir el camino

La mayoría de las mujeres con las que conversé sienten alivio al concluir un embarazo. Esta emoción es poderosa, pues es la confirmación de que la decisión fue la correcta. Pero sucede algo más, que podríamos llamar “empoderamiento íntimo” y que tiene que ver con que, luego de atravesar el miedo, desafiar al sistema médico y familiar y tomar el control de su propio cuerpo, estas mujeres se descubren más fuertes y poderosas.

Muchas reevalúan sus relaciones de pareja, que en algunas ocasiones están marcadas por la violencia o la indiferencia durante el proceso, redefinen sus metas y encuentran un camino hacia una vida más disfrutable, un futuro deseado lleno de posibilidades más acordes a sus deseos.

¡Qué bueno que no lo hice! [continuar el embarazo] Porque también estoy como disfrutando muchísimo de la etapa en la que estoy, entonces, siempre mi recordatorio es: si no lo hubiera hecho, no estaría en donde estoy ahorita, y me está gustando lo que estoy viviendo. Después de todos estos pensamientos de culpa que me llegaron en algún momento, sí dije: “¡Pues no! ¿Esa culpa por qué, si estoy donde quiero estar?”. (Edith, comunicación personal, 29 de enero de 2025)

”

También cambian su idea de la maternidad, ya no como un destino inevitable e impuesto, ni como algo que hay que aceptar porque así toca. Ser madre se convierte en una elección. La experiencia y los saberes que se generan tras un aborto les permiten valorar la maternidad desde la responsabilidad y el deseo, no desde la imposición. Como plantean García Andrade y Sabido Ramos (2014), el cuerpo es una entidad reflexiva, que se produce a sí misma en la experiencia, el tiempo y el espacio; es decir, la autonomía se revela como una reapropiación del cuerpo, como territorio donde suceden y toman forma las decisiones.

De lo privado a lo político

En este tránsito, suele haber un último giro hacia un camino no explorado. Muchas de las mujeres, quienes empezaron su viaje en el silencio más absoluto, terminan esta experiencia queriendo hablar y compartirla para ayudar a otras mujeres; o surge el interés de recibir formación para acompañar de una manera más efectiva los procesos de aborto. Algunas se convierten en referentes para sus amigas, otras comparten información en sus redes, otras normalizan el tema en sus conversaciones. De una experiencia personalísima se genera un activismo cuyo fin es asegurar la salud y el bienestar de las otras.

Me volví como ese refugio de varias amigas, para bien o para mal, ahí quizá era la lección que tenía que aprender para que otras mujeres también pudieran hacer su propio camino, de decidir no tenerlo. De verdad quiero pensar que la vida tiene un sentido y que a mí me puso eso justamente para que las mujeres pudieran decidir por ellas mismas y que dijeran: “Mira, ella nos está acompañando”. (Anónima 1, comunicación personal, 17 de octubre de 2024)

”

Así es como lo personal se vuelve político. Su activismo es cotidiano: hablando del tema, pasando el contacto de una acompañante a alguien que lo necesita, escuchando sin juzgar a

una amiga angustiada, contando cómo realizaron su propio aborto o uniéndose a alguna colectiva de aborto. Poner el cuerpo, contener, colectivizar y acompañar a otras es tornarse visible, tomar la voz para desarmar las configuraciones afectivas y sacar a lo público lo que se considera de la esfera privada: la posibilidad de decidir sobre los cuerpos y la sexualidad. Se saca al aborto de la clandestinidad y el silencio para impulsar “prácticas afectivas propias” que permitan vivir un futuro distinto (Macón, 2021).

A manera de conclusión

Abortar en casa, acompañada y con información es, en muchos sentidos, un acto de amor propio y de responsabilidad, pero también representa una apuesta política y de salud frente a los contextos restrictivos y los estigmas sociales. El aborto autogestivo acompañado ha demostrado ser seguro médicamente, pero esta investigación sugiere que también genera bienestar emocional cuando se dan las condiciones adecuadas. Recibir acompañamiento en este proceso es una estrategia personal y colectiva que articula los saberes comunes y procura el cuidado y el bienestar físico y mental. Esto despoja al aborto de la idea de que es un acto solitario y criminalizado, para convertirlo en uno colectivo que valida la experiencia y los sentires de las personas, así como su capacidad de decisión.

Referencias

Aceves Lozano, J. E. (1998). La historia oral y de vida: del recurso técnico a la experiencia de investigación. En J. Galindo Cáceres (coord.), *Técnicas de investigación en sociedad, cultura y comunicación* (pp. 207-252). Addison Wesley Longman.

Amuchástegui, A., Flores, E. y Aldaz, E. (2015). Disputa social y disputa subjetiva. Religión, género y discursos sociales en la legalización del aborto en México. *Revista Estudios de Género. La Ventana*, (41), 153-195. <https://doi.org/10.32870/lv.v5i41.4315>

Cedeño Peña, L. y Tena Guerrero, O. (2022). Estigma y empoderamiento posterior al aborto en mujeres mexicanas. *Iberoforum. Revista de Ciencias Sociales*, 2(1), 1-46. <https://doi.org/10.48102/if.2022.v2.n1.212>

Díaz Álvarez, E. (2022). Introducción: El poder de los afectos. En E. Díaz Álvarez y R. M. Lince Campillo (eds.), *Política y afectos. Poder, subjetividad y emociones*. Universidad Nacional Autónoma de México.

García Andrade, A. y Sabido Ramos, O. (2014). Introducción. En A. García Andrade y O. Sabido Ramos (eds.), *Cuerpo y afectividad en la sociedad contemporánea. Algunas rutas del amor y la*

experiencia sensible en las ciencias sociales (pp. 11-36). Universidad Autónoma Metropolitana.

Jaggar, A. (1989). Love and knowledge: Emotion in feminist epistemology. *Inquiry*, 32(2), 151-176.
<http://dx.doi.org/10.1080/00201748908602185>

Macón, C. (2021). *Desafiar el sentir. Feminismos, historia y rebelión*. Omnívora.

Sabido Ramos, O. (2011). El cuerpo y la afectividad como objetos de estudio en América Latina: intereses temáticos y proceso de institucionalización reciente. *Sociológica (México)*, 26(74), 33-78.
http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0187-01732011000300002&lng=es&tlng=es

Segato, R. (2003). La estructura del género y el mandato de la violación. En Las Tesis (comp.), *Antología Feminista*. Debate.

Siskindovich, J. (2018). Itinerarios de aborto. Un acercamiento a los recorridos de mujeres que buscan interrumpir un embarazo no deseado en contextos de clandestinidad. *Heterotopías: Revista del Área de Estudios Críticos del Discurso de FFyH*, 1(1), 68-88.

En el aborto farmacológico, la persona debe ingerir tres dosis en un periodo entre 3 y 12 horas. En el caso de la mifepristona, debe ser administrada por vía oral con dosis única, mientras que la combinación de ambos dependerá de las semanas de gestación. La mujer debe tomar primero la mifepristona y, entre 24 y 48 horas, tomar otra dosis de misoprostol. En casos de entre 9 y 12 semanas de gestación, la persona debe tomar hasta 5 dosis de misoprostol para asegurar la expulsión del producto (Organización Mundial de la Salud, 2012; Ipas CAM, 2022). [↑](#)

Sentipensar la salud: una praxis de los estudios críticos de la gordura

Izchel Adriana Cosío Barroso^[1]

Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán



Ilustración *Ichan Tecolotl*.

Resumen

En este artículo, propongo una revisión crítica de la relación entre salud y gordura desde el activismo gordo, los estudios críticos de la gordura y el pensamiento feminista-queer situado. Cuestiono la definición hegemónica de salud y la medicalización de la gordura bajo la categoría de “obesidad”, mostrando que este marco produce estigma corporal a partir de la patologización y políticas de control corporal que presentan a las personas gordas como amenazas de tipo económico, sanitario y moral. A partir de la revisión crítica de literatura en español e inglés, identifico varias contribuciones clave del pensamiento gordo al campo de las ciencias de la salud. Primero, la despatologización de la gordura, al subrayar que la asociación gordura-enfermedad no es un hecho estrictamente biológico, sino una construcción histórica, política y cultural. Segundo, el desplazamiento del individualismo hacia una comprensión

situada de la salud y la corporalidad, donde las desigualdades estructurales, como las de clase, género, racismo y acceso a recursos, entre otras, son centrales. Tercero, una crítica al sanitarismo neoliberal y al pánico moral, que convierten la salud en imperativo de autocontrol y capitalizan el miedo a la gordura. Cuarto, la denuncia del estigma, la violencia y el racismo que atraviesan discursos biomédicos, políticas públicas y prácticas culturales. Finalmente, planteo reimaginar la salud como una serie de capacidades colectivas, relacionales, políticas y éticas, más que como logros individuales medibles. Concluyo que es posible reconocerse saludable desde la gordura y que esta posibilidad se sostiene en una ética cibernética feminista basada en escucha, experiencia y diversidad corporal.

Palabras clave: salud; gordura; despatologización; sanitarismo; estigma.

Introducción

“Un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades” es la definición de salud formulada por la Organización Mundial de la Salud, institución que desde mediados del siglo XX ha delineado buena parte de las pautas globales en materia sanitaria. A partir de este marco, tanto en su dimensión categorial como experiencial, la gordura aparece hoy profundamente tensionada por su clasificación médica y patologizante bajo la categoría “obesidad”. Desde el activismo gordo y su *corpus* intelectual, los estudios críticos de la gordura^[2] se plantean la necesidad de interrogar críticamente dicha categoría, en la medida en que opera con un registro reduccionista que inscribe a la gordura en la lógica de la patología, la emergencia epidemiológica y como un enemigo nacional a combatir. Esto no solo dificulta pensar la gordura en articulación con la noción de salud y su praxis, sino que invisibiliza sus lenguajes propios, sus prácticas de resistencia, sus gestos de imaginación y sus formas de cuidado corporal que, por supuesto, desafían las narrativas de abyección reproducidas por las actuales políticas sanitarias institucionalizadas.

Al parecer, la gordura y las corporalidades gordas han quedado excluidas del imaginario contemporáneo de la “salud” y de aquello que se considera “saludable”, por lo que cabe preguntarse qué posibilidades de articulación se presentan desde análisis críticos y activistas. A partir de una revisión crítica de literatura, este artículo explora las contribuciones que los activismos y los estudios críticos de la gordura han realizado al campo de las ciencias de la salud, aun cuando estas no han sido plenamente reconocidas por este ámbito como recursos para repensar lo que hoy entendemos por salud. En última instancia, esta exploración busca recuperar el sentipensamiento que subyace a la salud, concebida como una capacidad que articula conocimientos y experiencias y que, en consonancia con el legado del pensamiento

feminista, afirma el carácter situado de los saberes, las tecnologías, las prácticas y los cuidados, en especial aquellos que involucran mujeres y corporalidades feminizadas.

Metodología

Este trabajo deriva de mi investigación doctoral y se nutre, en particular, de la revisión de literatura sobre activismos y estudios críticos de la gordura que realicé para construir los antecedentes y el aparato crítico. Una revisión crítica de literatura implica un análisis sistemático y reflexivo de textos clave para examinar qué se ha dicho sobre el tema, desde qué enfoques se ha producido ese conocimiento, qué aspectos han sido problematizados y cómo se ha escrito al respecto. Para esta propuesta, me centré en la exploración acerca de la articulación entre las nociones de salud y gordura.

Revisé textos de divulgación científica, artículos e investigaciones de licenciatura, maestría y doctorado, poniendo especial atención en el uso y la articulación de palabras clave como *salud*, *gordura*, *estudios de la gordura* y *activismo gordo*. La selección del material respondió a dos criterios principales: por un lado, procuré incluir a autoras reconocidas de diversos países que son consideradas referentes en los activismos y en los estudios críticos de la gordura, atendiendo al principio de saturación teórica; por otro lado, prioricé trabajos en inglés y en español que problematizaran la noción de salud y estuvieran disponibles en acceso abierto.

Con el fin de sistematizar la información del material revisado, apliqué un análisis de contenido temático, el cual expongo a continuación.

El contexto: un discurso dominante sobre la gordura

Durante décadas, la salud pública no solo ha hablado sobre la gordura, sino que ha definido los marcos desde los cuales debe ser nombrada, estudiada e intervenida. Así, ha configurado y difundido el discurso de la “epidemia de obesidad”, consolidando una narrativa que sitúa a determinadas corporalidades^[3] en el registro permanente del riesgo y la amenaza. Entonces, desde el ámbito biomédico, la gordura no se concibe como un rasgo corporal normal o posible, ni como una experiencia encarnada deseable, sino como el enemigo público número uno de la salud en México. Se ha producido un lenguaje técnico que define la gordura como una “acumulación anormal de grasa”, resultado de un “desbalance energético” y causa de múltiples enfermedades (Rivera et al., 2013). De este modo, la corporalidad gorda y la gordura aparecen inscritas en la lógica de la carencia o la falla funcional (Harjunen, 2017).

Un ejemplo de esta perspectiva es el Acuerdo Nacional para la Salud Alimentaria (ANSA),

elaborado por el Gobierno de México en 2010, cuya traducción en políticas públicas reforzó el uso del Índice de Masa Corporal (IMC), las cintas métricas y las básculas como herramientas indispensables para la evaluación corporal, al tiempo que incorporaron la noción de “ambiente obesogénico”. Bajo este enfoque, la obesidad (gordura) se interpreta como el efecto de entornos que promueven el consumo de alimentos ultraprocesados y estilos de vida sedentarios, característicos de sociedades neoliberalizadas (Rivera et al., 2013). En este debate confluyen investigaciones biomédicas, genómicas, epidemiológicas, salubristas, sociológicas y antropológicas que han señalado factores como la urbanización, la desigualdad socioeconómica y la industrialización alimentaria (Rivera et al., 2013). Posteriormente, en 2013, la decisión de la Asociación Médica Americana (AMA) de reconocer la obesidad como enfermedad, en lugar de factor de riesgo, endureció la medicalización del tema a escala global (Saguy, 2013) y contribuyó a consolidar en México una retórica institucional bélica articulada en torno al eslogan “guerra contra la obesidad”.

A partir de este contexto, es posible afirmar que la biomedicina, los medios de comunicación y las políticas públicas orientadas por la salud pública han contribuido a consolidar la gordura y la corporalidad gorda como un problema de debate público, que le ha declarado la guerra a las personas gordas. Amparándose en estudios “basados en evidencia”, estas instancias han reforzado su autoridad a lo largo del tiempo y legitimado intervenciones sobre las corporalidades consideradas en riesgo de muerte. Incluso ciertas vertientes del pensamiento feminista dialogan con esta perspectiva. Por ejemplo, Marin Warin (2014) propone articular el feminismo material con la epigenética para comprender la obesidad como un fenómeno simultáneamente biológico y social. Este diálogo resulta relevante en la medida en que ambas perspectivas, con matices distintos, conversan y en ocasiones se integran con el discurso hegemónico sobre la gordura. Así, su análisis sobre la “programación fetal” demuestra que la mala nutrición materna en contextos de pobreza puede asociarse a enfermedades crónicas en la vida adulta, por lo que cuestiona al activismo gordo y los estudios críticos de la gordura que, desde su perspectiva, establecen una división rígida entre naturaleza y sociedad al hablar sobre la gordura, y enfatiza que estas desigualdades afectan de manera desproporcionada a mujeres pobres. Frente al argumento de Warin, sugeriría que, más que indagar únicamente en la causalidad de la gordura o en por qué nos “volvemos” gordas, conviene examinar los efectos que ha tenido la configuración discursiva médica y salubrista, al igual que las prácticas que la materializan.

En cierta medida, planteamientos como el de Warin ya habían sido anticipados con la incorporación de la perspectiva de género en los estudios sobre obesidad, la cual ha contribuido a complejizar el análisis social, político y cultural al mostrar que no se vive ni se atiende del mismo modo, pues está atravesada por el orden de género. De acuerdo con Luz

María Moreno Tetlacuilo (2016), los roles y mandatos de género modelan los hábitos alimenticios, la práctica de ejercicio, el acceso a servicios médicos y la salud mental. En este sentido, las mujeres enfrentan presiones estéticas más intensas, mayores cargas de cuidado y más obstáculos económicos severos, lo que incrementa el riesgo de estigmatización, de trastornos alimentarios y de malestar emocional. En contraste, los hombres lidian con expectativas asociadas a la fuerza, la musculatura y la productividad, atributos que parecen ponerse en entredicho cuando emerge la gordura.

Si bien la perspectiva de género ha sido clave para entender los sesgos en el estudio de la obesidad, y en cualquier otro en el campo de la salud y de las ciencias médicas, al visibilizar desigualdades entre hombres y mujeres y reconocer el género como determinante social de la salud, no ha cuestionado de manera sustantiva la premisa de que la gordura constituye una enfermedad o un trastorno que debe prevenirse o corregirse siempre y sin dudar. Al respecto, cobra fuerza la afirmación de Debrujin:

La gordura es abrumadoramente temida y denostada en la cultura occidental contemporánea. El paradigma médico, la industria de la dieta, las compañías aseguradoras, la publicidad, los “reality shows” y la currícula de la educación física parecen ser unánimes en su mensaje de que la gordura no es atractiva, en el mejor de los casos, y es letal, en el peor de los casos. (2012: 68)

”

Esta premisa sitúa el temor y la abyección como ejes estructurantes del imaginario contemporáneo sobre la gordura, y son justamente los que el activismo gordo y los estudios críticos de la gordura interpelan en un gesto de desobediencia.

Desobedecer el llamado a la guerra contra la gordura

Si bien los activismos gordos anteceden a los estudios críticos de la gordura en su expresión pública, ambos se han desarrollado de manera imbricada. La elaboración teórica producida por este campo activista (político) ha sido clave para dotar de densidad conceptual y de proyección política a las luchas contra la patologización y el estigma de las corporalidades gordas. A partir de este andamiaje, y con base en una revisión crítica de literatura, afirmo que los activismos gordos y los estudios críticos de la gordura han realizado aportaciones sustantivas al campo de la salud. A continuación, presento algunas de las que considero más significativas.

1. Despatologización de la gordura

Una de las aportaciones centrales es la insistencia en la despatologización de la gordura y, en consecuencia, de las corporalidades gordas. Al respecto, pensadoras como Abigail Saguy (2012) hacen un análisis minucioso sobre cómo la asociación entre gordura y enfermedad no constituye un hecho puramente biológico, sino una construcción histórica, política, económica y cultural. Señalan que la categoría “obesidad” no solo describe un supuesto estado patológico, sino que, al configurar ciertas corporalidades como problemáticas, se producen efectos sociales, políticos y culturales que escapan de la lógica médica, pero sitúan a la corporalidad en un orden específico de relacionamiento. Así, al reducir la gordura a cifras, gráficos y diagnósticos clínicos, el discurso médico la transforma en un problema por corregir y a la persona gorda en un sujeto por disciplinar. En este sentido, no se niega la existencia de condiciones de salud diversas, pero se cuestiona la premisa de que la gordura sea, por principio, una enfermedad. Incluso, otras pensadoras como Marilyn Wann, Charlotte Cooper y Kathleen LeBesco, han señalado que la equivalencia gordura-enfermedad no descansa exclusivamente en evidencias científicas, pues la lectura biomédica dista de ser neutral, ya que está atravesada por relaciones de poder que establecen jerarquías sociales basadas en valores culturales, morales, estéticos, de género y raciales. Una mirada queer, en este sentido, permite desestabilizar esas categorías fijas y evidenciar su carácter histórico y disciplinario. En consecuencia, la gordura no debería ser entendida ni estudiada como una enfermedad, sino como un artefacto de pensamiento que da cuenta de la sociedad actual.

1. Del individualismo al carácter situado de la salud

El aporte específico del pensamiento gordo ^[4] radica en transformar la interpretación de la gordura como un problema, que además es individual, hacia una comprensión situada que reconoce que las corporalidades están atravesadas por relaciones de poder que exceden la voluntad personal y que no necesariamente se traducen en un problema (sanitario). En este sentido, la discusión se desplaza del individualismo hacia la complejidad y el carácter situado, que configura tanto la experiencia corporal como la propia noción de salud.

Laura Contrera y Nicolás Cuello proponen invertir la lógica dominante que responsabiliza a las corporalidades gordas de su propia condición. En sus palabras: “Eliminar la grasa del Estado no solo es persecución ideológica, es también eliminar el excedente de alteridad que simboliza [...] los cuerpos otros, los cuerpos de clases populares, los cuerpos no sofisticados” (2016: 128). La persecución de la gordura no es únicamente sanitaria, también es política y de clase, pues lo que está en juego no es el tamaño corporal en sí, sino el régimen de valor que define la legitimidad corporal o la corrección indiscutible basada en una normatividad corporal

vinculada con la obediencia. Esta lógica funciona con independencia de que una persona se asuma gorda o no, o de que sea leída socialmente como tal. Para el campo de salud, esto deriva en un desplazamiento significativo, pues la salud deja de concebirse como derecho humano y se redefine como responsabilidad y “propiedad” individual. Sin embargo, Abigail Saguy (2012) subraya que la distribución de la salud y la enfermedad responde menos a decisiones individuales que a desigualdades estructurales como la pobreza, la discriminación y la precarización, aunque las políticas públicas tienden a despolitizar estas condiciones al reducirlas a fallas de autocuidado. También advierte que las normas contemporáneas de salud y *fitness* están atravesadas por desigualdades de género, clase, movilidad y acceso a recursos, que determinan la configuración de corporalidades “correctas” o “saludables”. En esta línea, Hannele Harjunen (2017) demuestra que la industria de la dieta y el mercado del bienestar capitalizan el miedo a la gordura, promoviendo soluciones rápidas e insostenibles que refuerzan la culpabilización individual, mientras ocultan los determinantes estructurales que condicionan los resultados. Desde esta mirada, lo verdaderamente neoliberal no es la gordura en sí, sino la normatividad corporal que impone ideales de belleza, salud, moralidad y racionalidad como modelos obligatorios de vida, además, susceptibles de ser capitalizados.

1. *Crítica al sanitarismo y al pánico moral*

Harjunen (2017) apunta la existencia del sanitarismo, al cual define como la consolidación de la neoliberalización de la salud y su conversión en imperativos económicos y morales basados en el autocontrol y la competencia individual. En este marco, la pensadora también advierte que el discurso de la “epidemia de obesidad” introduce afectos como el pánico al presentar la gordura no solo como fracaso personal, sino como amenaza sanitaria y hecatombe económica. Para Harjunen, esta corporalidad, considerada socialmente problemática, deriva en su capitalización por las industrias estética, farmacéutica, de dieta y del bienestar, que a su vez refuerzan la culpabilización y reproducen controles culturales y educativos que disciplinan las corporalidades desde la infancia, delimitando quiénes pueden existir sin cuestionamientos y quiénes deben justificarse o transformarse. Como ejemplo, cito la historieta *¿Qué te estás tragando?*^[5] del caricaturista El Fisgón, publicada en 2020 en una mañanera del ex-presidente Andrés Manuel López Obrador, respaldada por la Secretaría de Salud para integrarse en los libros de texto de nivel básico como material educativo oficial. Esta fue criticada por activistas y académicas vinculadas con el activismo gordo en México por reproducir abiertamente estigmas y jerarquías de género al presentar la gordura como error moral, casi una traición a la patria y una cuestión feminizada. Ambientada en una escuela pública, la historieta representa a Lupita (delgada, ordenada, higiénica, moral, patriótica) reprendiendo a Lencho (gordo, distraído, “sucio”, egoísta, culpable de su propio cuerpo), naturalizando que la gordura es un error que debe ser motivo de vergüenza, señalamiento, sanción y corrección. Asimismo, es un

producto cultural situado en el contexto mexicano, que permite observar la expansión de la medicalización en la vida cotidiana, lo que promueve la idea de que toda desviación corporal, en especial la gordura, es moralmente incorrecta.

1. Denuncia del estigma, la violencia y el racismo

Como he señalado, la salud, concebida como imperativo moral, exige disciplina, autocontrol y vigilancia constante. Con base en esto, el pensamiento gordo advierte que la noción contemporánea de salud dista de ser neutral; por el contrario, se imbrica con ideales estéticos, morales y raciales que consolidan un modelo corporal blanco, masculino, delgado y de clase media como sinónimo de vida saludable (Piñeyro, 2016). Cuando el discurso biomédico se articula con el aparato estatal y la cultura, se configura un sanitarismo que estigmatiza. El estigma de la gordura se configura a partir de asociarla con estereotipos como la pereza, la suciedad, la indisciplina y la irresponsabilidad, así como a adjetivos como “vago”, “costoso”, “monstruoso”, “indeseable” o “asqueroso”. Entonces, la apariencia corporal se convierte en un criterio para evaluar el valor de una vida.

Diversas pensadoras de la gordura sostienen, además, que el cuerpo tampoco es una entidad natural e inmutable, sino una configuración compleja. Lo que llamamos cuerpo no remite exclusivamente a la biología, también a la biografía, a la que nombramos corporalidad. Esta refiere a una configuración de historias, afectos, territorios y relaciones de poder desiguales, por lo que, desde esta lógica, la delgadez no puede erigirse como la única forma legítima de salud; sería reduccionista. Esta denuncia adquiere una dimensión histórica y racial en el contexto mexicano. Abril Saldaña-Tejeda y Peter Wade (2019) plantean que el discurso de la “obesidad” ha interpretado la gordura como signo de atraso, degeneración y amenaza al cuerpo-nación, en continuidad con herencias eugenésicas y proyectos de higiene social. En este entramado, la responsabilización recae de manera particular en mujeres pobres y racializadas, especialmente en su rol materno, reproduciendo desigualdades históricas veladas por el lenguaje de la salud. En consecuencia, la y el investigador sostienen que las explicaciones genéticas o epigenéticas reactivan estas lógicas al sugerir predisposiciones “indígenas” que refuerzan la estigmatización de clase y racial. Así, la denuncia del estigma no se limita al señalamiento de prejuicios individuales, sino que revela la imbricación de violencias (moral, genérica, racial y de clase) que estructuran los discursos médicos, las políticas públicas y las prácticas culturales. Frente a estas violencias, el pensamiento gordo no solo desplaza la gordura del diagnóstico médico hacia la categoría política, reivindica la voz en primera persona. Tal es el caso de colectivas lesbianas como Fat Underground en los años setenta, hasta las actuales escritoras y activistas de Latinoamérica: Laura Contrera, Lucrecia Masson, Magda Piñeyro, Erika Bulle, Liz Misterio, Alejandra Oyosa, Magda Aranda y Gloria Soto, entre

muchas más, que devienen sujetos de enunciación.

En este proceso, la categoría gordofobia se ha consolidado como herramienta analítica y política que nombra al dispositivo corporal y de género a través del cual opera el sistema de clasificación corporal que deslegitima subjetividades gordas. El pensamiento gordo emerge, en consecuencia, como praxis feminista-queer que disputa la deshumanización, interpela el racismo y defiende el derecho a existir mediante corporalidades gordas de cara a la violencia que se ejerce sobre ellas.

1. Re-imaginar la salud

Con base en la crítica del pensamiento gordo, es posible transitar de la idea de la salud como logro individual hacia su comprensión como capacidad. Consuelo Chapela (2005), desde la perspectiva de la salud colectiva, sostiene que la salud puede comprenderse como una capacidad humana corporeizada que se articula con la posibilidad de decidir, construir y alcanzar futuros viables. En este sentido, la salud deviene proceso colectivo y configurado por un horizonte de condicionantes y posibilidades situadas. Esto implica reconocer quién es uno, qué problemas se enfrentan y con qué recursos se cuenta; es decir, asumir que las condiciones contextuales delimitan las potencialidades de lo saludable. Entonces, es posible afirmar que la salud es una cuestión política, lo que significa que no se limita al campo biomédico ni como categoría ni como experiencia; por el contrario, se configura como praxis, capacidad y proceso diverso, relacional, situado y negociado, e implica acciones que obligan a su resignificación constante. Por ello, la salud no puede reducirse a mediciones estandarizadas ni a ideales corporales universales. Desde esta lógica, lo que está en disputa es el derecho a producir sentido sobre las corporalidades, incluyendo las gordas, y sobre las formas de vida que se configuran y habitan. En coherencia, desde el pensamiento gordo se impulsa la reconfiguración de políticas sanitarias inclusivas, cuyo propósito no es la corrección, sino el desarrollo de capacidades y espacios libres de discriminación; en esto, la diversidad corporal se reconoce indispensable.

Conclusiones

Entonces, ¿es posible pensar la gordura más allá de la enfermedad? El pensamiento gordo sostiene que sí. Si pensar la salud implica no solo reconocer la concepción de sociedad que la sustenta, en este caso, una neoliberalizada, sino también abrirse a saberes diversos que interpelan lo que entendemos por “lo humano”; entonces, es necesario que la gordura forme parte de esa humanidad que es interpelada desde la noción de lo saludable. La salud no se agota con mediciones ni parámetros estandarizados; exige una ética cibernética basada en la

escucha respetuosa, pues se encarna, se siente y se piensa con quienes la experimentan. Así, afirmo que es posible reconocerse saludable desde la gordura, aun sin el permiso de las políticas sanitarias o de los discursos institucionales, lo cual ha sido posible gracias al activismo gordo y a su enraizamiento en las prácticas feministas que apuestan por la libertad radical de las mujeres, así como de las identidades y corporalidades disidentes de la normatividad de género.

Referencias

Chapela, C. (2005). *Promoción de la salud. Un instrumento de poder y una alternativa emancipatoria*. Universidad Autónoma Metropolitana, Unidad Xochimilco.

Contrera, L. y Cuello, N. (comps.). (2016). *Cuerpos sin patrones. Resistencias desde las geografías desmesuradas de la carne*. Editorial Madreselva.

Debruijn, A. (2012). Unbounded Embodiment vs. Containment and Control: A Critical Analysis of Fatphobia. *Convergence Journal*, 3, 68-73. <https://convergencejournal.ca/archives/377>

Harjunen, H. (2017). *Neoliberal Bodies and the Gendered Fat Body*. Routledge.

Moreno Tetacuililo, L. (2016). Introducción. El género: un determinante social de la salud-enfermedad-atención. En L. Moreno Tetacuililo y A. Carrillo Farga (coords.), *La perspectiva de género en la salud* (pp. XIII-XXXIII). Universidad Nacional Autónoma de México.

Piñeyro, M. (2016). *Stop gordofobia y las panzas subversas*. Baladre-Zamba.

Rivera Donmarco, J. A., Hernández Ávila, M., Aguilar Salinas, C. A., Ortega Vadillo, F. y Murayama Redón, C. (2013). *Obesidad en México. Recomendaciones para una política de Estado*. UNAM. <https://www.anmm.org.mx/publicaciones/Obesidad/obesidad.pdf>

Saguy, A. (2012). Why Fat is a Feminist Issue. *Sex Roles*, 66, 600-607. <https://doi.org/10.1007/s11199-011-0084-4>

Saldaña-Tejeda, A. y Wade, P. (2019). Eugenics, Epigenetics, and Obesity Predisposition among Mexican Mestizos. *Medical Anthropology*, 38(8), 664-679. <https://doi.org/10.1080/01459740.2019.1589466>

Warin, M. (2014). Material feminism, obesity science and the limits of discourse critique. *Body & Society-SAGE*, 27(4), 48-76. <https://doi.org/10.1177/1357034X14537320>

Correo electrónico: izchel.cosiob@incmnsz.mx ↑

2. Esta expresión es la traducción que propongo para el término inglés *Fat Studies*, un campo multidisciplinario estrechamente vinculado con los feminismos y perspectivas queer, dedicado al análisis de la gordura, cuyo propósito es señalar su configuración epistemológica y política. Esta formulación me permite tomar distancia de la hegemonía de las explicaciones biomédicas que históricamente la han reducido a una patología. ↑
 3. La narrativa dominante también ha sido interpelada desde el propio campo biomédico con enfoques como “Obesidad sin estigma”, “Nutrición incluyente” o “Salud en Todas las Tallas” (*Health at Every Size*), que plantean que la salud no puede reducirse a medidas corporales, como peso y talla. Por el contrario, enfatizan que las personas merecen un trato respetuoso y no patologizante, y que las características corporales, por sí mismas, no deben convertirse en criterios automáticos de enfermedad. ↑
 4. En adelante utilizaré la expresión “pensamiento gordo” para designar de manera conjunta las contribuciones del activismo gordo y a los estudios críticos de la gordura. ↑
 5. <https://www.milenio.com/politica/amlo-campana-nutricion-arranca-entrega-historieta> ↑
-

Comunidades de cuidados. Vincularidades e insubordinaciones

Verónica Moreno Uribe^[1]

Universidad Veracruzana

Para hablar del cuidado, tengo que dejar de cuidar.

Daniela Rea, *Fruto*

A La Gira



Ilustración *Ichan Tecolotl* con imagen de Wikimedia Commons.

Resumen

Este artículo propone una reflexión polifónica sobre las comunidades de cuidados, categoría que da cuenta de esfuerzos cooperativos que ponen en el centro de su quehacer y deliberación la relevancia de los cuidados, en tanto prácticas sostenedoras de vidas y que en su despliegue producen comunidad. Articulando los aportes de los sures feministas con los saberes y reflexiones producidos en procesos de disidencia y rebeldía de las propias comunidades de cuidados, el texto transita por tres rutas: el posicionamiento epistémico y político de la reflexión, el análisis de las vincularidades como urdimbre de comunidades de

cuidados, y las tensiones que enfrentan estas comunidades para construir relaciones orientadas a la salud de los cuerpos-territorios. La propuesta desustancializa y desromantiza los cuidados y debate en qué sentido es que pensamos su insubordinación frente a la embestida del capitalismo patriarcal y colonial que intenta usufructuar sus esfuerzos e invisibilizar su relevancia, reconociendo la importancia de observarlos desde sus contradicciones y apostando por una imaginación colectiva capaz de nombrar posibilidades de re-existencia en contextos de múltiples violencias.

Palabras clave: cuidados comunitarios; interdependencia; insubordinación de cuidados; sures feministas; feminismos del sur global.

Introducción

La reflexión que se comparte tiene como punto de partida varias preguntas: ¿Cuál es la peculiaridad de los vínculos a partir de los cuales se construyen comunidades de cuidados y de qué manera estos vínculos propenden por la salud de los cuerpos-territorios? ¿A qué tensiones se ven sometidos cuando se despliegan en contextos de múltiples violencias? ¿En qué sentido hablamos de la insubordinación de los cuidados?

Las ideas aquí planteadas se han tejido en conversación polifónica entre diversas comunidades epistémicas, no solo provenientes de academias del sur global, sino de procesos de disidencia que, en medio del proceder organizativo de la lucha, han gestado saberes y estrategias para la re-existencia y la resistencia. Quien esto escribe, habla desde la convergencia de ambos procesos, en tanto académica que estudia y documenta la configuración de formas cooperativas de cuidado entre mujeres en contexto de violencias, y como integrante de algunas de las comunidades de cuidados asentadas en Veracruz. Claramente, aunque la responsabilidad de las ideas sea de la autora, decido nombrar los procesos reflexivos en el “nosotras”, en torno al cual mi propia voz se ha tejido.

El texto está organizado a partir de tres rutas que constituyen una invitación a transitar por veredas posibles, que no únicas, del campo amplísimo de los cuidados comunitarios. El propósito es compartir reflexiones hilvanadas alrededor de las cuatro preguntas con las que abrimos y que se vertebran desde el objetivo de pensar los avatares que enfrentan las comunidades de cuidados en su disposición a construir vínculos para el cuidado y la salud de los cuerpos-territorios, y al mismo tiempo para insubordinarse de las mediaciones capitalistas-patriarcales y coloniales que les explotan.

A la primera de estas rutas la llamamos “Las coordenadas” y expone el posicionamiento epistémico y político de la reflexión compartida, señalando a los sures feministas como brújula

fundamental de encuentro y debate entre diversas voces. En este mismo apartado, se avanza en el propósito de restituir autoridad epistémica a los saberes que convergen en la intención de encontrar salidas a la hecatombe de miedo y muerte que expolia y fragmenta las vidas, tanto no humanas como humanas. Asimismo, se cuestiona la gramática beligerante propia de las narrativas del terror y, a contracorriente, se proponen posibilidades del nombrar ancladas en la imaginación colectiva que emerge de las experiencias de disidencia e insubordinación.

La última coordenada nos ubica en una discusión de los cuidados desde las tensiones y contradicciones que les atraviesan; perspectiva que propone una mirada compleja que los desustancializa y desromantiza.

En la segunda ruta, “Vincularidades. La urdimbre de las comunidades de cuidados”, se exponen dos argumentos interrelacionados. En el primero se desarrolla de manera no exhaustiva algunos de los aportes que la economía feminista, en diálogo con feminismos del sur global, ha hecho a la discusión de los cuidados comunitarios. En el segundo, se desarrolla la noción de comunidades de cuidados y se presentan ejemplos de su aplicación para comprender procesos organizativos sostenidos entre mujeres en el estado de Veracruz, México.

Para cerrar, la tercera ruta, “La insubordinación de los cuidados. Imaginerías para transitar la tormenta”, comparte cavilaciones a manera de artilugios para seguir confabulando en medio de esta crisis sostenida a partir de la clave de la insubordinación de los cuidados.

Ruta uno. Las coordenadas

Son varias las coordenadas que proponemos para darle rumbo a la presente reflexión. Estas tienen como epicentro “mirares y haceres feministas desde los sures”, que en su diálogo con comunidades epistémicas diversas nos han abierto caminos, veredas y trochas por donde transitar.

Como punto de partida en este caminar conjunto, es fundamental posicionar el presente texto como un hilvanado que abreva y conversa con los procesos organizativos y cooperativos de mujeres y disidencias que desde el sur global han buscado entender, documentar y trastocar las múltiples violencias que les cercan, despojan y lesionan. Esta primera coordenada se coloca en la intención de restituir autoridad epistémica y política a los saberes que se habilitan en el aprendizaje de organizarse, de hacer y disentir de forma colectiva, y tiene varias vertientes.

Por una parte, impele a la academia a no solo esbozar interpretaciones sobre la profunda crisis de la reproducción de la vida que nos acecha a todxs, sino a proponer formas posibles para interpelarla y desorganizar sus arreglos de muerte. Por otra, la restitución de autoridad pasa

por identificar y dismantelar los dispositivos desautorizadores que en muchos sentidos producen y actualizan a la propia academia y otras instituciones certificadas socialmente en la producción de conocimientos, y que son tan propios de las lógicas patriarcales de jerarquización de cuerpos, recintos del saber, logos y epistemes.

Así, esta ruta se afirma en la consideración política y epistémica de que la experiencia de organización y cooperación con objeto de generar condiciones para la reproducción material, simbólica y afectiva de las vidas, y la restauración de estados de salud socioterritorial, constituye saberes fundamentales y necesarios en estos tiempos de despojo reiterado y rapaz.

La segunda coordenada está dada por la convocatoria que nos hacen los feminismos sureños a apalabrar nuestras propias experiencias. Esta es una invitación a la imaginaria colectiva para crear un léxico que trascienda el acartonamiento de la gramática académica más ortodoxa, y que se anime a nombrar con un vocabulario propio. A tono con la coordenada anterior, se propone un lenguaje nutrido de los saberes anidados en los esfuerzos por sostener la vida, dado que, como menciona Menéndez (2021), estas luchas y trayectorias:

Nos han ayudado con dos problemas centrales e interrelacionados, la producción de olvido (Menéndez y Sosa, 2018) o, dicho de otro modo, el desgarramiento de las tramas de la memoria colectiva y la dificultad de crear una lengua política capaz de dar cuenta de nuestras experiencias y deseos. (16)



Este desacato, prosigue Menéndez, se funda en la necesidad “de organizar la huida del lenguaje político plagado de metáforas bélicas” (Castro, 2019, en Menéndez, 2021: 18).

Parafraseando a una colega: ¿cómo creamos historia sin archivo? Como veremos más adelante, la noción de comunidades de cuidados busca contribuir con la documentación de los esfuerzos colectivos de cooperación entre mujeres para la construcción de horizontes de deseo, de futuro y de proyectos no orbitantes en torno al mercado, ni tutelados por el patriarcado, ni fundados en la forma de lo político Estado-céntrica. Por ello, no solo restituye autoridad política, sino también epistémica a los saberes y esfuerzos de quienes se empeñan en gestionar cuidados como mediaciones con el mundo y con ello construye registro; y contra la producción de olvido, producen memoria y narrativa en voz propia.

La tercera coordenada moviliza la discusión de los cuidados a partir de la conjunción de los feminismos del sur, en diálogo con la antropología y la economía feminista. Esto tiene, al menos, dos implicaciones relevantes. Por una parte, nos permite proponer una apuesta que los

piensa desde la contradicción y la tensión. Como punto de partida, esto es fundamental porque desustancializa su abordaje y lo coloca en situación de contingencia; esto es, interpela su consistencia al ubicarla territorial y situacionalmente a razón de los cuerpos, los territorios, las comunidades y las relaciones de poder, dominación, disputa, disidencia e insubordinación, en medio de lo cual se relacionan y despliegan. Diríamos también que esta desustancialización los desromantiza, puesto que al mirarlos en contradicción se observa en qué medida, en tanto se articulan en medio de relaciones de desigualdad, pueden potencialmente ser cooptados por la maquinaria del patriarcado-colonial y capitalista.

Por otra, los sitúa en medio del debate por las estrategias para la reproducción del vivir en contextos de agresión a los cuerpos, territorios, pueblos, aguas; lo que significa desplazar la mirada de los procesos de acumulación de capital y de la devastación que ello conlleva hacia los procesos que sostienen la vida y procuran, en sentido amplio, estados de salud, justicia y dignidad. Retomando a Raquel Gutiérrez Aguilar (2018), este cambio de coordenada representa una “revolución copernicana” que no solo desobedece la glosa con la que nos han acostumbrado a nombrar y problematizar, sino también los sentidos y orientaciones que le son inmanentes:

Resulta que sí, como es costumbre en la modernidad capitalista, patriarcal y colonial, la reflexión parte de la producción y acumulación de capital –y se emplea el lenguaje generado para pensar desde ahí; entonces, se alumbran procesos productivos y procesos de consumo, y se indaga en sus interrelaciones. Colocando la acumulación capitalista como punto de partida, sencillamente se invisibiliza y niega la amplia galaxia de actividades y procesos materiales, emocionales y simbólicos que se realizan y despliegan en los ámbitos de actividad humana que no son de manera inmediata producción de capital, aun si ocurren en medio de cercos y agresiones. (55)

Ruta dos. Vincularidades. La urdimbre de las comunidades de cuidados

El abordaje que proponemos enfatiza la dimensión comunitaria de los cuidados. Hemos insistido en que cuando la organización y gestión de los cuidados se mira desde los feminismos, emergen preguntas y cuestionamientos particulares que resaltan sus contradicciones y permiten observar las tensiones en medio de las cuales se despliegan. Retomando a Corina Rodríguez (2020), los cuidados han sido de interés para los feminismos por tres razones: primero, porque ponen en el centro la pregunta sustantiva por las

condiciones para el sostenimiento de las vidas. Segundo, porque han identificado que, tal como se organizan los cuidados en las sociedades patriarcales, coloniales y capitalistas, son reproductores de desigualdades. Tercero, puesto que se preguntan por las implicaciones de que sean sobre todo mujeres racializadas las que asuman las tareas de cuidados remunerados o no remunerados en sus sociedades.^[2]

Cada uno de estos problemas ha sido ampliamente discutido y no es nuestro propósito aquí recuperar con exhaustividad los diversos planteamientos que los fundamentan. Sin embargo, retomamos algunas ideas que nos parecen centrales y nos permiten apuntalar la noción de comunidades de cuidados.

La primera idea tiene como premisa la interdependencia, esto es, la consideración de que, en tanto somos seres precarios,^[3] la única manera de afrontar la vulnerabilidad que ello conlleva es por mediación de los cuidados, por cuanto estos son la condición de posibilidad del sostenimiento de las vidas y de todo proceso que implique conservar, reparar o restituir estados de salud de los diversos cuerpos.

La perspectiva feminista sobre la interdependencia nos ha ayudado, no solo a nombrar a través de esta palabra una condición común de la existencia sin la cual ninguna vida humana sería posible, sino también a reconocer que el sistema capitalista se ha erigido sobre la invisibilización de dicha condición. Esto es, sobre la negación de los trabajos de cuidado como una dimensión ineludible de la existencia y sobre el ocultamiento de los términos asimétricos bajo los cuales, en las realidades capitalistas, las relaciones de interdependencia que sostienen la vida son organizadas y gestionadas a partir de la transferencia desigual de los cuidados y de la explotación. (Pérez-Orozco, 2014, como se citó en Linsalata et al., 2023: 39)

La segunda idea la encontramos desarrollada con especial contundencia por el grupo constituido en los años setenta del siglo pasado^[4] por Silvia Federici, Mariarosa Dalla Costa, Leopoldina Fortunati y Selma James; ampliada con creces en nuestro tiempo por las economistas feministas contemporáneas. De este vasto planteamiento, recuperamos dos argumentos.

El primer argumento expone que, en el capitalismo, el trabajo reproductivo que las mujeres realizan para sus congregaciones (familiar o comunitaria, por ejemplo) es fundamental no solo para sostenerlas, sino que está en el centro de la maquinaria del capital. Pese a ello, pero sobre todo por esto mismo, el capitalismo patriarcal monta a toda costa una serie de dispositivos de

devaluación y ocultamiento de su relevancia, configurando así las condiciones idóneas para su explotación. Como apunta Silvia Federici (2010), el marxismo clásico fue incapaz de ver en la esfera de la reproducción la producción de valor y explotación, contribuyendo a la invisibilización de esta explotación, al considerar que solo se daba en la relación capital-trabajo. Al plantear el trabajo reproductivo como no-trabajo, dejó fuera de la ecuación el análisis de las condiciones particulares de su explotación.

La segunda idea, interrelacionada con la anterior, expone que en el proceso de acumulación primaria que dio origen al capitalismo, vía la desposesión de los medios materiales para la reproducción de la vida por medio de los cercamientos, fue fundamental el disciplinamiento de los cuerpos, los saberes y la sexualidad de las mujeres. La caza de brujas, documentada por Federici (2010), muestra de qué manera los feminicidios masivos se convirtieron en un mecanismo de control de las mujeres y de pérdida de poder, de saber sobre sus cuerpos, su salud y su sexualidad, y de autoridad en sus comunidades. Pese a que estos cercamientos deterioraron la vida comunal de la totalidad del gremio campesino, fueron las mujeres, en el marco de esta emergente economía salarial, las que se vieron doblemente afectadas, en tanto perdieron sus medios de vida y vieron deteriorado su estatus y poder en la comunidad debido, entre otros factores, a la construcción de un régimen de sexualidad heteropatriarcal que les impuso la obligatoriedad de los cuidados ^[5] y a estos los descolectivizó, encerrándolos en el espacio doméstico (Pérez, 2014; Federici, 2010; Vega Solís, 2019).

Cristina Vega Solís (2019), haciendo hincapié en la relevancia del aporte de Silvia Federici, nos muestra de qué manera el capitalismo convierte a las mujeres en un común al instalar regímenes sexuales que implican un control de sus cuerpos y trabajos, lo que, vinculado a la desposesión de sus medios de vida, implicó ponerlas a disposición de los hombres de sus comunidades (también desposeídos de las tierras que les permitían su sustento). Este “trueque” se derivó de una complicidad interclasista entre varones en esta “desposesión/sustracción” que significó, entre otras cosas, la sustitución de un común natural (la tierra) por otro naturalizado, las mujeres: “De esta manera, la conexión entre mujeres y comunes se decanta en un sentido específico relativo a la producción de sujetos subordinados en un nuevo orden: el patriarcado capitalista y colonial” (55).

Lo que nos interesa resaltar de este y el anterior argumento es cómo la relación entre explotación, devaluación del trabajo reproductivo y de cuidados, y pérdida de poder, saber y valía de las mujeres en el proceso de acumulación primaria que da lugar al capitalismo, afectó ineluctablemente a las mujeres, su bienestar y autoridad, e instaló las condiciones para que el trabajo de reproducción de la vida, que no está dado, sino que requiere ser producido, se devaluara y, con ello, se volviera más vulnerable al expolio y la usurpación hasta nuestros días.

Comunidades de cuidados. La politicidad de los vínculos que sostienen las vidas

La noción que hemos sugerido en otros espacios (Moreno y Casados, 2024), “comunidades de cuidados”, da cuenta de los vínculos que dan forma a iniciativas de cooperación, sostenidas y gestionadas predominantemente por mujeres y disidencias del ordenamiento sexogenérico hegemónico, con objeto de responder a agravios o necesidades diversas y construir horizontes de deseos fincados en la justicia, la salud y la dignidad. Estas comunidades proponen estrategias de reparación, sanación, recuperación de los cuerpos, los territorios y las aguas, que configuran formas de lo político ancladas en la deliberación de la relevancia de los cuidados y las tensiones de su despliegue.

La peculiaridad de estos vínculos es que se organizan en torno a la disposición de co-cuidar las vidas en contextos que tienen en común la agresión a estas. Así, el énfasis que la noción de comunidades de cuidados quiere hacer es sobre la disposición que un grupo de personas tiene para organizarse, enfrentar, resistir o subvertir una agresión, vía la construcción de prácticas de cuidado. Como hemos dicho ya, lo que releva la noción son las complejas vincularidades suscitadas a partir de la intención de desordenar un estado de cosas que lesiona y despoja, y cuestiona cómo ello da forma a una politicidad particular deseante, vertebrada a partir de la mediación de los cuidados.

Verónica Gago nombra esto como potencia feminista, es decir, como capacidad para desplazar los límites que nos han hecho creer y obedecer, “reivindicar la indeterminación de lo que se puede, de lo que podemos” (2019: 13). Esta es, añade, “una capacidad deseante”, lo que significa que su politicidad tiene como epicentro el despliegue de nuestro deseo en el mundo.

La noción de comunidades de cuidados tiene la intención de documentar los esfuerzos, tiempos, energías, afectos, deseos y saberes que personas particulares ponen en juego para comunitar cuidados; esto es, para gestar comunidad, como verbo que nombra la producción de una relación particular, amalgamada en torno a la disposición deseosa de relacionamientos cuidadosos con el mundo. Pone la mirada sobre el acto de hacer comunidad –comunitar–, pero sobre todo en quiénes se empeñan en ello.

Recapitulando, esta noción se llena de contenido a partir del diálogo con mujeres que, pese a la constante agresión a su persona y a los territorios que habitan, o por ello mismo, se han empeñado en armar formas cooperativas de actuación e insubordinación frente a aquello que las lesiona y que, en ese acto político autónomo de despliegue de su capacidad deseante, ponen en movimiento prácticas de sostenimiento mutuo. Todo ello ocurriendo en el marco de

una deliberación continua sobre la relevancia de comunitar por mediación de los cuidados, que desacata las lógicas políticas y de sentido que le apuestan al desempeño individual y a la competencia como epítomes de éxito.

Es importante mencionar que hay al menos tres dimensiones analíticas que nos interesa resaltar en la reflexión sobre comunidades de cuidados y que convergen en la pregunta por el lugar de la salud en los procesos de cuidados comunitarios. La primera explora las estrategias, saberes y prácticas de cuidado que estas comunidades construyen para afrontar y subvertir los embates que les agreden y edificar horizontes de deseo y proyecto propios, muchos de los cuales se despliegan en el campo de la salud de los cuerpos-territorios (Moreno y Casados, 2024). La segunda analiza los esfuerzos realizados para el sostenimiento de las propias comunidades de cuidado y su continuidad, sobre todo considerando que muchas de ellas se desarrollan en contextos de precariedad, sobrecarga de trabajo de las mujeres que las sostienen y exposición a riesgos por el hecho de organizarse para cuidar, lo que implica socavamiento de su salud integral, como reiteradamente mencionan. Tercera, los avatares que enfrentan quienes componen estas comunidades de cuidados para desplegar en paralelo varias acciones, trabajos de cuidados y otros trabajos, remunerados o no.

Como hemos argumentado en la primera parte de este texto, en su genealogía teórico-política, esta noción abreva del planteamiento desarrollado por colectivos feministas, antirracistas y antiextractivistas del sur global, entre los que se encuentran: Miradas Críticas del Territorio desde el Feminismo,^[6] el Grupo de Trabajo de CLACSO, Cuerpos, Territorios y Feminismos,^[7] el espacio de pensamiento crítico “Entramados comunitarios y formas de lo político”, alojado en la Universidad Autónoma de Puebla. El común de su análisis es que insisten en dar preponderancia a las estrategias colectivas para el sostenimiento de las vidas en contextos de creciente despojo, y en problematizar la crisis actual como una de la reproducción de la vida, a contrapelo de aquellos planteamientos que se centran en describirla como resultado unívoco del colapso del sistema capitalista.

Ruta tres. La insubordinación de los cuidados. Imaginerías para transitar la tormenta

Así el escenario, ¿en qué sentido hablamos de la insubordinación de los cuidados?^[8] ¿Qué aportan los feminismos del sur a este debate?

Son varias las pistas que nos aportan los feminismos para problematizar los cuidados. Por una parte, la noción cuerpo-territorio, desarrollada por los feminismos comunitarios y populares, sobre todo en la voz de Lorena Cabnal y Verónica Gago, nos parece fértil en tanto parte de una

premisa: así como no se puede disociar el análisis de las violencias en los cuerpos-territorios, tampoco se puede disociar el análisis de los cuidados en estas dos escalas. En esta dirección, la noción de interdependencia sirve de fundamento para comprender que la integridad, la vida buena, justa y digna, pasa por la salud interconectada de ambas escalas. A contrapelo, cuerpos y territorios subordinados al imperio de la acumulación o explotados bajo su égida se encuentran en el escenario inverso de esta imaginaria de la dignidad.

Segundo, afirmamos que, si bien los cuidados no son en sí mismos configurantes de relaciones de poder, en la medida en la que se ejecutan en medio de condiciones propicias para la expansión de la andanada capitalista-patriarcal y colonial, y en esa intersección son usufructuados por ella, esta captura redundante en la reproducción de desigualdades evidentes que se manifiestan, entre otras cuestiones, en procesos de enfermedad, explotación y despojo.

Encontramos en el centro de esta reflexión dos aristas que evidencian sus tensiones y contradicciones: por una parte, el riesgo al que se exponen las personas que constituyen comunidades de cuidados para la defensa del territorio en contextos de extractivismo y que, por el hecho de desplegar prácticas de cuidado, ponen en riesgo sus vidas, derivando de ello un socavamiento constante a su integridad y salud; y en otro sentido –opuesto, pero convergente–, quienes cuestionan la “ética reaccionaria del cuidado” y la obligatoriedad de cuidar como mandato de la feminidad, sobre todo en condiciones de precariedad y de escasa redistribución de estas tareas, y por ello también se exponen a violencia.

En este sentido, como nos advierte Cristina Vega Solís, los cuidados como “comunes relacionales” que reproducen vincularidades afectivas y materiales, se “estrecharon” “al adherirse a las mujeres y a la feminidad” (2019: 56). Por ello, la invitación es verlos como comunes, por cuanto incumben a todxs y nuestras existencias están mediadas por ellos. Frente a los múltiples cercamientos, actualizaciones del despojo y la rapacidad, y exacerbación de las violencias hacia los cuerpos y los territorios que le es concomitante a la actual tormenta, esta segunda imaginaria nos interpela para colectivizar las tareas de sostenimiento y gestión de las vidas como forma artilugio contra la subordinación de los cuidados, de manera que estos sean asumidos como “lo común reproductivo [que] actualiza la vida comunitaria y los procesos de lucha por la defensa de cuerpos y territorios” (Composto y Navarro, 2014, como se citó en Vega, 2019: 56).

Referencias

Federici, S. (2010). *Calibán y la bruja. Mujeres, cuerpo y acumulación originaria*. Traficantes de Sueños.

Gago, V. (2019). *La potencia feminista. O el deseo de cambiarlo todo*. Traficantes de Sueños.

Gutiérrez Aguilar, R. (2018). Producir lo común: entramados comunitarios y formas de lo político. En R. Gutiérrez Aguilar (coord.), *Comunalidad, tramas comunitarias y producción de lo común. Debates contemporáneos desde América Latina* (51-72). Colectivo Editorial Pez en el Árbol, Editorial Casa de las Preguntas.

Linsalata, L., Navarro Trujillo, M., Cornejo, A. y Gutiérrez, R. (2023). Repensar lo común desde la clave de la interdependencia. *La Pública Digital*.

Lorey, I. (2016). *Estado de inseguridad. Gobernar la precariedad*. Traficantes de sueños.

Menéndez, M. (2021). Palabras-alma para una lengua política propia. En M. Menéndez y M. García (comps.), *La vida en el centro. Feminismo, reproducción y tramas comunitarias* (pp. 15-26). Minervas Ediciones y Bajo Tierra A.C.

Moreno, V. y Casados, E. (2024). Comunidades de cuidados en contextos de violencia: experiencias en territorio veracruzano. En L. R. Valladares de la Cruz, M. P. Castañeda Salgado y A. Aguayo Ayala (eds.), *Antropologías hechas en México, volumen II* (pp. 453-477). Universidad Autónoma Metropolitana, Asociación Latinoamericana de Antropología, Colegio de Etnólogos y Antropólogos Sociales.

Pérez, A. (2014). *Subversión feminista de la economía. Aportes para un debate sobre el conflicto capital-vida*. Traficantes de sueños.

Rodríguez-Enríquez, C. (2020). Elementos para una agenda feminista de los cuidados. En K. Batthyány (coord.), *Miradas latinoamericanas a los cuidados* (pp. 127-136). Consejo Latinoamericano de Ciencias Sociales, Siglo XXI editores.

Vega Solís, C. (2019). Reproducción social y cuidados en la reinención de lo común. Aportes conceptuales y analíticos desde los feminismos. *Revista Estudios Sociales*, (70), 49-63. <https://doi.org/10.7440/res70.2019.05>

1. Facultad de Antropología | Correo electrónico: vermoreno@uv.mx ↑
2. Para conocer con amplitud este planteamiento, revisar los trabajos de Silvia Federici, Cristina Carrasco, Cristina Borderías, Amaia Pérez, Yayo Herrera, Cristina Vega, Silvia Gil, Verónica Gago, entre otras. ↑
3. Proponemos pensar la precariedad en las tres dimensiones que plantea Isabell Lorey (2016): i) como “dimensión socio-ontológica de los cuerpos”, compartida entre todos los cuerpos por ser mortales; ii) la segunda alude al reparto de la condición precaria “con arreglo a las

relaciones sociales de desigualdad” (27); y iii) precarización como gubernamentalidad. [↑](#)

4. Este icónico grupo, crítico del marxismo, salió a las calles con la consigna “Salario por Trabajo Doméstico” (STD) y fue, en la historia del feminismo de la época, la primera vez que se dio centralidad al debate de la reproducción, que posteriormente, en los años noventa, derivaría en la reflexión sobre los cuidados. [↑](#)
 5. Amaia Pérez (2014:91) habla de la “ética reaccionaria del cuidado, que impone la responsabilidad de sacar adelante la vida en un sistema que la ataca como definitoria del ser mujer y como algo a resolver en los ámbitos invisibilizados de la economía, allí donde no se mira y desde donde no se genera conflicto político”. [↑](#)
 6. <https://miradascriticadelterritoriodesdeelfeminismo.wordpress.com/about/> [↑](#)
 7. <https://www.clacso.org/cuerpos-territorios-y-feminismos-2/> [↑](#)
 8. Agradecemos la potencia de esta pregunta planteada por las compañeras de Terraformar Librespacio Cultural, radicado en Puebla, México, y por la provocación de invitarnos a reflexionarla colectivamente. [↑](#)
-

“¿A ti qué te contaron sobre el sexo?”. Feminismo, sexualidad y afectividad en el ámbito universitario

María del Rosario Ramírez Morales^[1]

Universidad de Guadalajara



Ilustración *Ichan Tecolotl* con imagen de Wikimedia Commons.

Resumen

Este artículo sistematiza la experiencia docente y feminista en el ámbito universitario, explorando los vacíos y desafíos que enfrentan las y los estudiantes respecto a la educación sexual en México. A partir de la premisa de que el activismo feminista también se ejerce desde las aulas, la reflexión propone un enfoque integral de la sexualidad que incorpora las dimensiones emocionales, relacionales y afectivas, más allá de los aspectos meramente biológicos. Se argumenta que emociones como la vergüenza, la curiosidad, el miedo, el placer y la vulnerabilidad, lejos de ser obstáculos, se constituyen en potenciadores de un aprendizaje significativo cuando son reconocidas como parte integral del proceso educativo. El texto

analiza cómo el ámbito universitario –espacio en que el estudiantado consolida su identidad y toma decisiones sobre su propio cuerpo– puede convertirse en un lugar privilegiado para la construcción de saberes situados sobre sexualidad y derechos desde una perspectiva crítica y con perspectiva de género.

Palabras clave: educación sexual; feminismo; pedagogía afectiva; saberes situados; perspectiva de género.

Introducción

En México es bien sabido que la educación sexual, aunque está considerada como parte de nuestros derechos sexuales y reproductivos, continúa siendo una materia pendiente en el sistema educativo nacional prácticamente en todos los niveles. A pesar de los esfuerzos realizados para incorporar contenidos sobre sexualidad en los programas de educación básica y media superior, la información que se proporciona suele ser insuficiente, fragmentada y, en muchos casos, carente de un enfoque integral y de género que considere no solo los aspectos biológicos, sino también los emocionales, relacionales y afectivos.

Esta realidad genera una paradoja significativa, ya que, mientras las, los y les jóvenes ingresan con frecuencia a la universidad habiendo tenido ya experiencias sexuales, sus conocimientos sobre sexualidad suelen estar fundamentados principalmente en vivencias personales, información compartida entre pares, desde los medios de comunicación o redes sociodigitales; fuentes que no siempre proporcionan contenidos precisos, confiables o libres de estereotipos y filtros morales. Así, el ámbito universitario se convierte en un espacio particularmente relevante para abordar estas carencias, en especial considerando que esta etapa coincide con un periodo de consolidación de la identidad, autonomía y toma de decisiones sobre el propio cuerpo.

Este artículo sistematiza parte de la experiencia como docente feminista que ha acompañado a diversos grupos de estudiantes universitarios en el complejo ejercicio de reflexionar, cuestionar y profundizar en torno al conocimiento sobre la sexualidad desde una perspectiva social, crítica y de derechos. Parto de la premisa de que el activismo feminista también se ejerce en y desde las aulas, y que es un elemento clave tanto para el acompañamiento docente como en la generación de saberes situados sobre la sexualidad y los derechos, en este caso, en el contexto universitario.

De este modo, este primer ejercicio analítico y autorreflexivo enfatiza cómo los aspectos afectivos y la visión feminista y de género resultan indisociables de los procesos de enseñanza-aprendizaje sobre sexualidad. Las emociones como la vergüenza, curiosidad, miedo, placer y vulnerabilidad emergen constantemente en las aulas universitarias cuando se abordan estos

temas, constituyéndose no como obstáculos, sino como potenciadores de un aprendizaje significativo. En este sentido, afectos y sexualidad se vinculan en este cruce entre propuestas pedagógicas y afectivas que reconocen la dimensión emocional como parte integral del proceso educativo y que permite al estudiantado resignificar sus propias experiencias y narrativas sobre sexualidad.

El contexto universitario como espacio para hablar de sexualidad

El ámbito universitario es un espacio representado como un lugar de libertad académica y desarrollo integral, pero cuando hablamos de sexualidad, es justo ahí donde se perpetúan silencios y tabúes que se encarnan y que tienen también el potencial de ser cuestionados. No es que no se hable de sexo en las universidades, por el contrario, hablamos y vivimos la sexualidad todo el tiempo y de múltiples maneras, y las, les y los estudiantes llegan a este contexto con múltiples narrativas sobre el sexo; pero, paradójicamente, encuentran pocas oportunidades para el diálogo crítico y la construcción de conocimientos situados sobre estos temas. “¡Qué me contaron sobre el sexo!” termina siendo una expresión y una respuesta que adquiere sentidos diversos al revelar esas narrativas transmitidas, a la vez que nos pone frente a aquello que se silencia por el velo moral o las buenas costumbres, que mucho tienen de sexual y de cuestionables si las observamos con cuidado.

Tradicionalmente, la educación sexual ha operado desde la premisa de la separación entre razón y emoción, lo que privilegia la transmisión de información “objetiva” sobre anatomía y prevención, tanto de ITS y ETS como de embarazos no deseados. Sin embargo, los desarrollos contemporáneos en pedagogía crítica, desde los estudios de género e impulsados por las luchas feministas, han cuestionado esta división artificial y aparentemente antagónica, reconociendo que las emociones no solo son inevitables en los procesos educativos y los contextos formativos sobre sexualidad, sino que son constitutivas para el aprendizaje significativo y son también apuestas feministas de autonomía.

La incorporación de los afectos y emociones en los contextos educativos ha sido objeto de creciente atención académica en las últimas décadas. Haciendo un brevísimo recuento de algunas de sus autoras y perspectivas, traigo a cuenta a Sara Ahmed (2004), quien en su teoría de las políticas afectivas nos permite comprender cómo las emociones configuran posibilidades de acción y experiencia. Esta perspectiva resulta fundamental para entender cómo la sexualidad y la afectividad se constituyen como territorios de tensión en las instituciones universitarias debido a las regulaciones que suponen.

Los estudios de bell hooks (1994) sobre pedagogía crítica han destacado la importancia de reconocer la integralidad de las personas en los procesos educativos y la centralidad de los afectos incluso en contextos institucionales. Por su parte, las epistemologías feministas han sido relevantes también para pensar los contextos educativos como espacios de creación, no solo de transmisión de conocimiento, y a la vez como sitios donde surgen propuestas pedagógicas situadas en que el cuerpo, los afectos y el conocimiento se ven entrelazados a través de las experiencias vividas y los saberes encarnados (Troncoso et al., 2019). Las reflexiones desde los estudios de la sexualidad y el género nos permiten pensar cómo las emociones juegan un papel en las identificaciones, en el ejercicio de las libertades y de los derechos, así como en la forma en la que hacemos género y nos hacemos cuerpo, dejando una huella en las trayectorias sexuales de las personas.

Los desarrollos teóricos en torno a la educación sexual integral (ESI), por otro lado, han evolucionado significativamente desde los enfoques biomédicos hacia perspectivas más holísticas e interseccionales. Si bien referentes como Eli Coleman (2002) dan cuenta de cómo los programas en educación sexual son relevantes para la toma de decisiones y el mejoramiento de los comportamientos sexuales, en América Latina estos enfoques han adquirido características específicas vinculadas con las luchas por los derechos humanos y la justicia social (Palumbo y Felitti, 2024; Morgade, 2011). En el caso mexicano, los estudios de Esther Corona y Gema Ortiz (2003) han sido fundamentales para el desarrollo de metodologías de educación sexual participativas en el país. Su propuesta de la educación sexual como “educación para la vida” integra dimensiones cognitivas, afectivas y éticas, reconociendo que la sexualidad es una construcción social que requiere abordajes pedagógicos que trasciendan la mera transmisión de información. Sus investigaciones han documentado cómo la incorporación de metodologías vivenciales y reflexivas genera aprendizajes más significativos y duraderos, y cómo este abordaje se convierte en un reto para las y los docentes desde nuestro rol de formadores en sexualidad.

Un elemento que me parece fundamental tener en cuenta es que los contextos escolares y formativos, a través de la construcción de comunidades afectivas y de sentido, se vuelven espacios de construcción y reproducción de regímenes sexuales y de género. Estos regímenes construyen y regulan tanto las formas de habitar las instituciones (en este caso familiares y académicas) como la forma en la que se construyen las subjetividades relacionadas con la sexualidad a través de su normalización. En otras palabras, los regímenes sexuales y de género establecen un sistema de normas, prácticas, discursos y estructuras sociales que, en un contexto histórico y social específico, moldean cómo se comprende, regula y vive la sexualidad y, en este sentido, son capaces de generar un orden que rechace aquellas prácticas, subjetividades, corporalidades e identidades que transgreden sus principios de inclusión, que

en su mayoría son regulados por el tabú.

Dicho esto, surge la pregunta sobre cómo abordar la experiencia y los saberes en torno a la sexualidad con jóvenes universitarios cuyos contextos sociales y educativos han estado marcados por regímenes sensibles, pero sobre todo sexuales y de género que son restrictivos y que limitan el acceso a la información sobre sexualidad, principalmente al derecho a contar con elementos suficientes para tener una vida sexual y afectiva sana, plena, informada y ética.

Para esta reflexión, traigo a cuenta la experiencia docente acompañando a diversos grupos de estudiantes universitarios en una escuela privada del Área Metropolitana de Guadalajara en el complejo ejercicio de reflexionar, cuestionar y profundizar en el conocimiento sobre la sexualidad desde una perspectiva social, crítica, de género y de derechos. El estudiantado al que he acompañado está conformado por distintas carreras, desde humanísticas hasta ingenierías, lo que hace que sus aproximaciones y problemáticas sean más diversas por sus acercamientos (o la ausencia de ellos) a temas de sexualidad en su formación profesional.

A través de la recuperación y sistematización de narrativas, construyo un relato que identifica y analiza tanto los saberes previos como las dimensiones afectivas que atraviesan el proceso de aprendizaje sobre sexualidad en este nivel educativo. En esta aproximación, reconozco que el conocimiento sobre sexualidad se construye no como un ejercicio de mera transmisión de información, sino de manera colectiva, política y situada. Las narrativas del estudiantado sirven como puente para comprender cómo se articulan saberes previos, experiencias vividas y nuevos aprendizajes en el contexto específico del aula universitaria, al tiempo que me alejo de una postura de “testigo modesto” que pretende neutralidad, invisibilidad y lejanía, para analizar, desde mis sesgos, pero también desde mis saberes y herramientas, mi ejercicio docente en el contexto de interacción del aula.

Hallazgos y reflexiones: de información, desinformación y la dimensión afectiva en el aula

Al plantear la pregunta “¿A ti qué te contaron sobre el sexo?”, se evidencian las múltiples fuentes –y ausencias– que han configurado los conocimientos sexuales del estudiantado y una especie de cartografía de la desinformación. Estas narrativas revelan al menos tres patrones consistentes que caracterizan la educación sexual previa:

1. Fragmentación informativa: Los relatos estudiantiles evidencian cómo la información recibida se presenta de manera fragmentada, lo que separa artificialmente dimensiones biológicas, emocionales y relacionales, pero privilegiando una cuestión en común: la abstinencia. Esta

fragmentación genera comprensiones parciales que dificultan la construcción de una visión integral de la sexualidad como dimensión del desarrollo humano. En este sentido, la fragmentación viene también de las fuentes. En el caso de las familias, lo compartido suele limitarse a advertencias sobre riesgos o silencios totales, mientras que la educación formal se concentra en aspectos anatómicos y reproductivos sin abordar dimensiones relacionales, de placer, temas como la diversidad sexogenérica o la construcción de relaciones sanas y equitativas. Esta desarticulación informativa se traduce en conocimientos parciales que no responden a las necesidades reales de orientación para la vida sexual y afectiva.

Yo fui víctima de abuso sexual por parte de un primo. Ni siquiera sabía que eso que viví era un abuso. Por eso metí esta clase, porque creo que es muy importante que las personas sepan sobre sexualidad y sobre límites a temprana edad y porque no quiero que más personas pasen lo que yo pasé. (Dante, comunicación personal, 2023)



1. Enfoque patologizante y prohibitivo: Un segundo patrón identificado se refiere a la persistencia de enfoques que construyen la sexualidad como territorio de riesgos y peligros más que como dimensión placentera y saludable del desarrollo humano. Los testimonios revelan cómo la información recibida se centra predominantemente en la prevención de embarazos no deseados e infecciones de transmisión sexual, sin abordar dimensiones de bienestar, placer y construcción de relaciones satisfactorias. Esta aproximación patologizante genera acercamientos ansiosos hacia la sexualidad. Entre estudiantes mujeres, refieren haber recibido mensajes contradictorios que las posicionan simultáneamente como responsables de “cuidarse” y como sujetos sin derecho al placer sexual autónomo. Entre estudiantes varones suele construirse una relación ambigua e incómoda al respecto de las relaciones sociales y afectivas no utilitarias asociadas con la sexualidad, e incluso una brecha entre la sexualidad y lo afectivo.

En la clase, uno de los alumnos más callados y ausentes conectó con algo y levantó la mano. Nos contó que él estaba en una escuela religiosa y que un día preguntó a una monja cómo se hacían los bebés. La monja le contestó que era por abrazos cariñosos. Él estaba pequeño y, al recibir esa respuesta, la primera persona en la que pensó fue en su mamá, con quien tenía una relación cercana y corporalmente afectiva. Dejó de abrazar a su mamá durante buena parte de su adolescencia y aún ahora evitaba el contacto físico y afectivo con las personas. Y fue mucho después que descubrió, gracias al porno, que lo que había dicho la monja era mentira. Él mismo dijo sentir que era tarde, porque para ese momento estaba ya en terapia para superar esa lejanía afectiva que la respuesta a aquella pregunta

generó desde su niñez. (Nota de diario de campo, 220 -otoño 2022-)

1. Exposición no es información: el porno, las redes sociodigitales y los pares. Una proporción significativa de las respuestas del estudiantado gira en torno a haber construido sus conocimientos sobre sexualidad principalmente a través del intercambio con pares y la consulta de recursos digitales y el porno. Estas narrativas revelan tanto las potencialidades como los riesgos de los procesos autogestivos de aprendizaje, que pueden generar información valiosa, pero también reproducir mitos, estereotipos y representaciones irreales de la sexualidad. La búsqueda autogestiva se presenta como respuesta a los vacíos informativos institucionales, pero con frecuencia reproduce desigualdades de acceso y perpetúa construcciones normativas sobre cuerpos, prácticas y deseos.

Al respecto, José decía:

Yo me hice adicto al porno y a la masturbación. Cuando mis papás se dieron cuenta de que ya era un problema, me llevaron con un terapeuta. Ahí entendí que lo que veía era irreal, que nadie puede coger como en el porno, que nadie tiene cuerpos como en el porno, que es una ilusión. Yo quería tener una pareja, pero mi obsesión me lo impidió por mucho tiempo. (Comunicación personal, 23° -otoño 2023-)

Al hablar sobre sexualidad en el ejercicio docente, emergen algunas dimensiones afectivas que, desde mi perspectiva, es necesario observar y problematizar para saber cómo operan en contextos de aprendizaje cuando este busca ser significativo. La vergüenza surge consistentemente como la primera emoción expresada cuando se aborda la sexualidad en el aula, manifestándose a través de risas nerviosas, silencios prolongados, posturas corporales y dificultades para sostener contacto visual o participar durante las discusiones. Por otro lado, el miedo y la vulnerabilidad están también muy presentes. El primero, por asociación al juicio social alrededor de la imagen corporal, del ejercicio sexual, de la expresión de los deseos y del placer, y al verse reflejados en público; la segunda como una especie de condición para los procesos de aprendizaje transformadores sobre sexualidad. Los testimonios estudiantiles evidencian cómo el reconocimiento y expresión de vulnerabilidades permite, en realidad, procesos de conexión empática y construcción colectiva de conocimientos que trascienden la mera transmisión de información, así como la transformación de la vergüenza en curiosidad y apertura cuando se construyen espacios que legitiman la expresión de dudas y experiencias.

Esta transformación emocional no es automática, sino que requiere intervenciones

pedagógicas específicas que reconozcan la vergüenza, el miedo y la vulnerabilidad como emociones legítimas sin permitir que se conviertan en barrera para el aprendizaje. Ahí se encuentra un primer gran hallazgo y una necesidad identificada: cómo se construyen los espacios para hablar sobre sexualidad. En este sentido, y dentro del marco de lo afectivo, apuesto por construir el aula como un “espacio valiente”. Este concepto (*brave spaces*), desarrollado por Brian Arao y Kristi Clemens (2013), ofrece un marco particularmente útil para comprender cómo abordar la educación sexual en contextos universitarios. A diferencia de los “espacios seguros” que buscan eliminar la incomodidad, los espacios valientes reconocen que el aprendizaje significativo sobre temas sensibles como la sexualidad requiere precisamente atravesar momentos de vulnerabilidad e incomodidad. Según estos autores, un espacio valiente se caracteriza por cinco elementos fundamentales: controversia con civilidad, apropiación de intenciones e impactos, desafío por elección, respeto mutuo y ausencia de ataques personales.

Dicho esto, se valora la construcción de ambientes donde el alumnado pueda explorar ideas, hacer preguntas consideradas “inapropiadas” en otros contextos y compartir experiencias personales sin temor al juicio. Esta necesidad apunta hacia la construcción de espacios de respeto activo donde la diversidad de experiencias y perspectivas sea valorada como recurso pedagógico; pero también la implementación de pedagogías afectivas que impliquen el desarrollo de competencias docentes de reconocimiento, contención y canalización de las emociones que emergen en los procesos de enseñanza-aprendizaje sobre sexualidad. Esto incluye la capacidad para crear espacios de expresión emocional, facilitar procesos de reflexión sobre experiencias afectivas y conectar las dimensiones emocionales con los contenidos académicos.

En esta cadena de elementos relevantes y necesidades identificadas está también el interés y la impronta por acceder a información científica sobre sexualidad, que trascienda los abordajes biologicistas y con relevancia experiencial. No se trata solo de la demanda de más información, sino de información situada que permita la toma de decisiones autónomas e informadas. Los testimonios estudiantiles evidencian una demanda específica por conocimientos que integren dimensiones biológicas, psicológicas, sociales y culturales de la sexualidad, reconociendo su carácter multidimensional y situado. Esta integralidad incluye información sobre diversidad sexual y de género, prácticas sexuales seguras y placenteras, comunicación asertiva y construcción de relaciones equitativas. Es valorada de forma positiva la información que desmonta mitos y estereotipos sexuales, y que permite cuestionar los regímenes sexuales basados en la perspectiva normativa, proporcionando otros marcos de referencia que permitan evaluar críticamente las representaciones mediáticas y sociales de la sexualidad y encauzar con mayores fundamentos la autonomía sexual.

Una tercera necesidad identificada es la que se enfoca en la construcción de relaciones sociales saludables y el desarrollo de habilidades específicas para la comunicación afectiva y sexual, así como la negociación del consentimiento y la construcción de relaciones basadas en el respeto mutuo y la equidad. La falta de información, espacios y habilidades relacionales más equitativas se agrava y agrava contextos de desigualdad de género, donde persisten expectativas diferenciadas sobre los roles sexuales y afectivos, por lo que se buscan en colectivo las alternativas para cambiar las lógicas de las relaciones afectivas para apostar a composiciones más plenas y satisfactorias.

Conclusiones adelantadas

Las reflexiones aquí desarrolladas evidencian que el ámbito universitario se constituye como un espacio privilegiado para abordar los vacíos de la educación sexual integral, en particular cuando se implementan enfoques que reconocen las dimensiones afectivas como constitutivas de los procesos de aprendizaje. Sin embargo, esta potencialidad requiere transformaciones profundas en las concepciones pedagógicas dominantes y en las políticas institucionales. En este sentido, la pregunta “¿A ti qué te contaron sobre el sexo?” se revela no solo como una entrada analítica para comprender las trayectorias formativas del estudiantado; es una invitación a construir nuevas narrativas colectivas sobre la sexualidad que integren rigor académico, pertinencia experiencial y afectiva, y justicia social. Así, la educación sexual universitaria emerge como práctica de libertad que contribuye a la formación de ciudadanías sexuales más plenas y autónomas.

Desde mi perspectiva, los espacios universitarios tienen el potencial de convertirse en territorios de construcción colectiva de conocimientos sobre sexualidad que trascienden las limitaciones de la educación formal y responden a las necesidades reales de orientación para la vida sexual y afectiva. Pero esta transformación requiere el compromiso institucional para la formación docente con perspectiva de género, el desarrollo de políticas académicas inclusivas y la construcción de alianzas con organizaciones sociales que trabajen en el campo de los derechos sexuales y reproductivos. Muchas de estas son tareas tanto ausentes como pendientes por atender, al menos en el contexto de la educación formal.

Finalmente, esta primera sistematización de la experiencia evidencia, en principio, que la educación sexual integral en el nivel universitario no constituye solo una intervención académica, sino una práctica política que contribuye a la construcción de sociedades más justas e igualitarias, donde todas las personas puedan ejercer sus derechos sexuales y reproductivos en condiciones de libertad, respeto y dignidad. Por otro lado, enuncia cómo la educación sexual desde una docencia feminista no es únicamente una práctica pedagógica,

también es un acto de cuidado colectivo. Enseñar sobre el cuerpo, el placer y la autonomía implica desafiar los silencios que históricamente han despojado a las personas del derecho a nombrar sus propias experiencias. En este sentido, el aula se transforma en un espacio de reparación donde los saberes situados dialogan con las urgencias comunitarias. Apostar por una educación sexual feminista es reconocer que la salud sexual se construye también desde la palabra compartida, la escucha activa y la producción de conocimientos que sostengan la vida digna.

Referencias

Ahmed, S. (2004). *The Cultural Politics of Emotion*. Edinburgh University Press.

Arao, B. y Clemens, K. (2013). From safe spaces to brave spaces: A new way to frame dialogue around diversity and social justice. En L. Landreman (ed.), *The Art of Effective Facilitation: Reflections from Social Justice Educators* (pp. 135-150). Stylus Publishing.

Coleman, E. (2002). Promoting sexual health and responsible sexual behavior: An introduction. *The Journal of Sex Research*, 39(1), 1-6. <https://doi.org/10.1080/00224490209552111>

Corona, E. y Ortiz, C. (2003). *Educación sexual en la escuela primaria: materiales de apoyo para el docente*. Colibrí.

Felitti, K. A. y Palumbo, M. (2024). *Promesas de la revolución sexual: mercado del sexo y del amor en tiempos feministas*. Prometeo Editorial

hooks, b. (1994). *Teaching to Transgress: Education as the Practice of Freedom*. Routledge.

Morgade, G. (coord.). (2011). *Toda educación es sexual: Hacia una educación sexuada justa*. La Crujía.

Troncoso, L., Follegati, L. y Stutzin, V. (2019). Más allá de una educación no sexista: aportes de pedagogías feministas interseccionales. *Pensamiento Educativo, Revista de Investigación Educativa Latinoamericana*, 56(1), 1-15. <https://doi.org/10.7764/PEL.56.1.2019.1>

1. Centro Universitario de Ciencias Sociales y Humanidades | Correo electrónico:
mros.rm@gmail.com ↑

Reconocimiento legal, acompañamiento feminista e implementación institucional del aborto en San Luis Potosí[1]

María de Lourdes Alejandra Miranda Herrera^[2]

Universidad Autónoma de San Luis Potosí

Fátima Patricia Hernández Alvizo^[3]

Universidad Nacional Autónoma de México

Mariana Juárez Moreno^[4]

Universidad Politécnica de San Luis Potosí

Leticia Martínez Martínez^[5]

Universidad Autónoma de San Luis Potosí



Ilustración *Ichan Tecolotl* con imagen de Wikimedia Commons.

Resumen

El presente ensayo analiza el proceso de reconocimiento e implementación del derecho a decidir en San Luis Potosí tras la despenalización del aborto, a través de la identificación de los avances normativos, los límites institucionales y el impacto del acompañamiento feminista en la autonomía reproductiva. La metodología del estudio es mixta, descriptiva y transversal. Se analizó información de instituciones públicas y registros de redes de acompañamiento entre 2024 y 2025. Los resultados muestran que, a pesar del avance histórico de la reforma penal de 2024, persisten tensiones punitivas y barreras institucionales, como la concentración territorial de servicios y la objeción de conciencia del personal de salud, que impide el acceso real. En contraste, el acompañamiento comunitario es un pilar central para garantizar seguridad y apoyo psicoemocional frente a las deficiencias del Estado. Se concluye que la consolidación de la autonomía reproductiva requiere transformaciones estructurales que trasciendan la reforma legal, articulando Estado, instituciones de salud y sociedad civil bajo un enfoque de derechos humanos.

Palabras clave: acompañamiento; derecho a decidir; colectivas feministas; autonomía reproductiva.

Introducción

El derecho a decidir se fue construyendo de manera progresiva en la experiencia cotidiana de mujeres y personas con capacidad de gestar a partir de procesos de reflexión, organización y cuidado colectivo en torno a sus cuerpos y vidas. En México, centrándonos aquí en San Luis Potosí, este recorrido se ha tejido entre luchas feministas, redes de acompañamiento, prácticas de autocuidado y disputas legales que han transformado experiencias relegadas históricamente al ámbito privado en una demanda pública de autonomía, dignidad y justicia.

Sin embargo, esta transformación no ha sido lineal ni definitiva. El reconocimiento legal del derecho a decidir no ha sido el fin, sino el inicio de un proceso aún en disputa, cuya efectividad depende de la voluntad y las condiciones institucionales, así como de las prácticas de atención y cuidado que lo sostienen. La despenalización del aborto en San Luis Potosí ha significado un cambio legal y es un indicador de las formas en que el Estado reconoce, organiza o restringe la autonomía reproductiva en el campo de la salud.

A un año de la despenalización del aborto, la violencia estructural que se vive evidencia cómo el orden jurídico y el saber médico han operado de manera convergente para delimitar lo que se considera legítimo en el ámbito reproductivo, sometiendo los cuerpos de las mujeres a regímenes de tutela y control. Esta confluencia configuró un marco normativo restrictivo y consolidó una autoridad institucional sobre las decisiones reproductivas, al definir qué

prácticas se consideran aceptables, qué riesgos se toleran y quiénes pueden ejercer su autonomía sin sanción. Frente a ello, los feminismos y los activismos en el área de la salud han cuestionado esa arquitectura de poder y han ampliado el debate hacia el reconocimiento de saberes situados, prácticas de acompañamiento y formas de cuidado que desafían el monopolio médico y del Estado sobre la reproducción.

El reconocimiento jurídico de la autonomía reproductiva

Para los marcos jurídicos convencionales y constitucionales suscritos por el Estado mexicano, la autonomía reproductiva se ha construido como un derecho llave. Sus “bordes internos y externos del derecho” (Suprema Corte de Justicia de la Nación, 2021) abarcan desde la educación integral en sexualidades y el acceso a la planificación familiar, hasta la doble dimensión de protección en la gestación y el acceso a los servicios de aborto seguro. Esto impone la obligación de crear las condiciones para que las decisiones reproductivas puedan ejercerse de manera libre y efectiva; es decir, implica remover obstáculos legales e institucionales capaces de sostener dichas decisiones.

Lo anterior cobra relevancia ya que, derivado del cambio de paradigma en materia de derechos humanos que nuestro país adoptó en 2011, está obligado a promover, respetar, proteger y garantizar los derechos humanos de todas las personas. Entre los principios adoptados en dicha reforma se sumó el de progresividad, lo que ha funcionado como un parteaguas para avanzar de forma constante en la ampliación del reconocimiento del derecho a decidir, incluyendo su componente de acceso y calidad de los servicios, así como a evitar restricciones que profundicen cualquier obstáculo o barrera que impida su pleno ejercicio.

Ahora bien, cuando este mandato se lleva a la materialidad, queda de manifiesto que el llamado derecho a decidir, si bien pasa por una decisión individual, depende de condiciones concretas para su posibilidad de acceso. Es decir, no ha bastado su reconocimiento como derecho fundamental, sino que está permeado por situaciones variadas: el acceso a educación integral en sexualidad, a métodos anticonceptivos, y la capacidad para tomar decisiones libres, no generadas en entornos coercitivos, entre otros.

Podemos decir que la Marea Verde en nuestro país ha evolucionado impulsada por los estándares internacionales. Ejemplo de ello es que, desde hace más de dos décadas, se cuenta con la despenalización parcial en la Ciudad de México, pero fue hasta 2017 cuando a nivel nacional vivimos un punto de inflexión, gracias al desarrollo jurisprudencial de la Acción de Inconstitucionalidad 148/2017 por la Suprema Corte de Justicia de la Nación. Dicha

jurisprudencia declara inconstitucional la criminalización del aborto voluntario en Coahuila, invalidando normas penales, con lo que reordenó el panorama jurídico en la materia al establecer que el aborto es un tema de salud pública y no un delito. Esto aceleró la despenalización, aún parcial, en Oaxaca, Hidalgo, Veracruz, Baja California, Colima, Sinaloa, Guerrero, Baja California Sur, Quintana Roo, Aguascalientes, Estado de México, Puebla, Michoacán, Jalisco y San Luis Potosí, y continúa avanzando.

A la par, la Suprema Corte consolidó este criterio al reconocer el aborto como un servicio esencial de salud, anclado a los derechos a la igualdad, la no discriminación, la autonomía personal y el libre desarrollo de la personalidad (SCJN, 2017). Este contexto nacional explica los procesos locales, donde los cambios legales no suelen ser espontáneos.

El caso de San Luis Potosí ilustra bien esta dinámica nacional, en la que los avances a nivel local dependen en muchas ocasiones de las voluntades políticas. En 2009, como respuesta conservadora a los avances en la capital del país, el Congreso local reformó el artículo 16 de su Constitución para “proteger la vida desde la concepción”, generando un blindaje que buscaba sepultar la posibilidad de la despenalización del aborto, así fuese parcial. Lejos de proteger, restringió derechos y afianzó el control estatal sobre los cuerpos con capacidad de gestar, reduciendo la maternidad a un destino biológico en lugar de una elección (Lagarde y de los Ríos, 2005).

Esta reforma constitucional estatal creó un clima político y moral que impregnó el sistema de salud y a sus prestadores del servicio, ya que enmarcó el aborto en el terreno de lo penal, sacándolo del campo de la salud pública y colocándolo en el ámbito de la sospecha y el castigo. El miedo a la denuncia, al despido, a la criminalización penal se convirtió en un mecanismo de control patriarcal que paralizó al personal médico y normalizó la negación del servicio, marcando las trayectorias de miles de mujeres que no contaron con el apoyo institucional para ejercer su autonomía corporal.

A pesar de este cerco institucional, jurídico y político, las mujeres y personas acompañantes no se detuvieron. Frente al miedo y la falta de clínicas, organizaron rutas colectivas de acceso al aborto seguro. Mientras el texto constitucional permanecía intacto, en la vida cotidiana se fue tejiendo otra legalidad, un derecho construido desde abajo, a través de acompañamientos, redes de información, estrategias colectivas y cuidados compartidos que posibilitaron (y lo siguen haciendo) abortos seguros en contextos restrictivos (De la Torre, 2004).

Las colectivas feministas, las acompañantas y el personal de salud aliado sostuvieron durante años una infraestructura que garantizó el acceso a la interrupción del embarazo y disputó el propio sentido del derecho, demostrando que la autonomía reproductiva no desaparece bajo

la prohibición; se reorganiza y se ejerce incluso en los márgenes del orden jurídico formal.

Entre 2015 y 2023, la organización colectiva de mujeres y acompañantas impulsó iniciativas legislativas y acciones públicas orientadas a disputar el estigma y transformar el sentido social del aborto, dando lugar a un proceso de despenalización social. Este movimiento dialogó con el fortalecimiento del marco internacional de derechos sexuales y reproductivos (en particular la CEDAW y la Convención de Belém do Pará), que consolidó la obligación estatal de remover obstáculos legales e institucionales para el ejercicio de la autonomía.

Tras años de prisión pública, judicial y social, en 2024, un juzgado federal emitió una sentencia de amparo que declaró inconstitucionales las disposiciones clave del marco normativo potosino, el artículo 16 de la Constitución local y diversos artículos del Código Penal que criminalizaban el aborto. Este fallo coincidió con un cambio en el equilibrio político de la entidad, marcado por la pérdida de poder de los partidos conservadores tradicionales y la llegada de legisladoras afines a los derechos humanos, que pavimentaron la implementación de la sentencia, aunque no sin resistencias.

Para cumplimentar el amparo, el Congreso del Estado reformó el Código Penal local el 12 de noviembre y, mediante el Decreto 0007 (Poder Legislativo del Estado de San Luis Potosí, 2024), el aborto dejó de estar definido como daño a la vida y pasó a ser un acto punible cuando es forzado, sucede después de la semana 12.6 de gestación o no cumple con alguna de las causales autorizadas (acción culpable, violación e inseminación forzada).

Asimismo, cumplió la resolución modificando el falso llamado “candado de la vida” mediante el Decreto 0205, quedando como la única Constitución local en todo el país en establecer que “toda persona tiene el derecho a decidir sobre su gestación de manera libre, informada, autónoma y responsable” (Poder Legislativo del Estado de San Luis Potosí, 2025). En el mismo decreto, además, se modificó la Ley de Salud del Estado para eliminar cualquier duda sobre la obligación estatal de brindar servicios de aborto seguro, pese a que eso no había sido parte de las resoluciones emitidas por el juzgado federal en cuestión.

Sin embargo, este giro, que incluye la adopción de la categoría de personas con capacidad de gestar, que plantea que quien aborte voluntariamente fuera del plazo legal o de las causales solo tendrá pena de trabajo comunitario, y que catalogó la autonomía reproductiva como un derecho constitucional local, convive aún con tensiones no resueltas. Sigue siendo una reforma parcial al no eliminarlo por completo del Código Penal. Si bien es un avance destacado en un ecosistema político y jurídico como el de San Luis Potosí, inscrito en la región del Bajío, el mensaje estructural persiste: el aborto es un delito y quienes lo ejercen son delincuentes. Por otro lado, ha sido en particular preocupante que, con la reforma del Código Penal, se eliminara

la protección de la causal salud, es decir, la posibilidad de interrumpir el embarazo cuando su continuación implica riesgos o afectaciones graves para la salud física, mental o social de la persona gestante. Esta omisión no es menor porque borra la salud como razón jurídicamente legítima para decidir y desconoce que los riesgos asociados con el embarazo no se distribuyen de manera homogénea.

Esta lógica produce efectos desiguales: quienes se enteran tarde del embarazo, viven violencia, habitan zonas rurales o enfrentan barreras institucionales, tienen mayor probabilidad de exceder los plazos y quedar expuestas a la criminalización y la incertidumbre jurídica. Así, las reformas analizadas representan al mismo tiempo un paso histórico y una muestra de los límites de un reconocimiento que no logra desactivar del todo las lógicas punitivas que lo atraviesan.

Implementación y acompañamiento feminista a partir de la reforma

El reconocimiento normativo del derecho a decidir no aseguró el proceso, sino que formuló nuevas preguntas, como en qué hospitales se brindaría el servicio, si existía personal capacitado y no objetor de conciencia, si existían rutas claras de atención, si se contaba con insumos suficientes y si podría garantizarse el acceso en todo el estado.

Si bien las reformas aprobadas entre 2024 y 2025 en San Luis Potosí reordenaron el marco legal del aborto, a un año de la despenalización, los datos muestran que el acceso al aborto en la práctica no es posible en todos los casos y que, por lo tanto, el derecho a decidir sigue siendo profundamente desigual.

Esta desigualdad se refleja en la información obtenida por el Frente Marea Verde San Luis Potosí mediante solicitudes de acceso a la información de los servicios de salud estatales y del Instituto Mexicano del Seguro Social. En total, los servicios de salud reportaron 136 usuarias atendidas, principalmente mujeres jóvenes de entre 16 y 25 años, y la mayoría de los procedimientos se realizaron durante el primer trimestre de gestación, predominando el uso de medicamentos (131 mujeres), lo que sugiere avances técnicos en la atención.

En cuanto a la distribución de las unidades habilitadas y del personal disponible, los datos revelan que el servicio se concentra en seis unidades públicas en todo el estado, con una distribución desigual del personal no objetor de conciencia. Esta desigualdad se vuelve más visible en regiones como la Huasteca potosina (zona con alta presencia de población indígena y mayores barreras geográficas de acceso a los servicios de salud), en específico en Ciudad

Valles, donde la mayoría del personal se declara objetor, lo que reduce la disponibilidad real del servicio y evidencia la manera en que la objeción se configura como una barrera estructural que afecta de forma desproporcionada a quienes viven fuera de la capital y en territorios históricamente excluidos de la infraestructura sanitaria.

Uno de los datos más reveladores está en el registro, debido a que en ningún caso registrado por los servicios de salud aparece la causal voluntaria, a pesar de la reforma. Esta omisión no se lee como un simple error administrativo, pues el nombrar esta causal implica reconocer a las mujeres y personas gestantes como sujetas de derecho. Su ausencia revela una dificultad institucional para asumir la autonomía reproductiva como un derecho pleno y exigible. Cuando el Estado no reconoce y nombra la interrupción voluntaria, es casi imposible planificar servicios, capacitar personal o diseñar estrategias de difusión que garanticen condiciones de igualdad. En términos de política pública, la falta de registro impide evaluar la calidad de la atención, identificar fallas y mejorar el servicio ofrecido.

Algo similar ocurre en el IMSS, donde los datos confirman que la implementación del aborto ha sido limitada y se concentra territorialmente. Durante el 2025 se reportaron 71 procedimientos, de los cuales 64 se realizaron en el Hospital General de Zona No. 1 “Zapata” (en la capital de San Luis Potosí) y 7 en el HGZ No. 6 de Ciudad Valles, lo que evidencia la centralización en la capital y una oferta mínima en regiones periféricas del estado. Las usuarias atendidas se concentran en los grupos de 21 a 30 años y, con respecto al manejo clínico, es preocupante la persistencia del legrado uterino instrumental en 17 casos (12 en el HGZ 1 y 5 en el HGZ 6), a pesar de que las recomendaciones nacionales e internacionales señalan que este procedimiento debe ser sustituido por métodos menos invasivos, más seguros y respetuosos de los derechos de las usuarias, como el manejo de medicamentos o la aspiración manual endouterina (OMS, 2022).

La persistencia de prácticas médicas desactualizadas y la falta de regulación efectiva de la objeción de conciencia reducen la disponibilidad del servicio y generan incertidumbre en la operación de las unidades de salud y en las usuarias. Para ejemplificar esto, se observa que en el HGZ No. 1, de 69 personas adscritas a ginecología, 56 se declaran objetoras, lo que limita de forma drástica la oferta del servicio. A ello se le suma la ausencia de protocolos de atención y de capacitaciones específicas.

Ante esta realidad, las redes de acompañamiento han sido fundamentales para que la autonomía reproductiva se pueda ejercer, más allá de lo que establece la ley o de los servicios que ofrezca el Estado. El trabajo de las redes muestra que el derecho a decidir no se sostiene solo en la norma, sino en relaciones de cuidado, información y confianza. Entre 2024 y 2025, estas redes acompañaron a 467 mujeres, lo que demuestra que cuando existe información

oportuna y seguimiento cercano, la interrupción del embarazo ocurre de manera segura. La mayoría de los acompañamientos se desarrolló sin complicaciones; solo en 22 casos se presentaron dificultades (como retención de restos o expulsión incompleta), las cuales se resolvieron con dosis adicionales de medicamento o mediante referencias oportunas con médicas aliadas.

Estos datos nos muestran que el acompañamiento en el aborto reduce riesgos y evita que las mujeres tengan que enfrentarse a servicios públicos que presentan barreras de acceso y calidad. Los registros también dan cuenta de la diversidad de las personas acompañadas: las edades van de 11 a 46 años, con un promedio de 26.5 años, concentrándose en el grupo de 21 a 30 años. Además, la presencia de niñas y adolescentes menores de 14 años, reportada por las acompañantas, obliga a mirar con atención las condiciones en las que ocurren estos embarazos, que lejos de ser situaciones excepcionales, evidencian la persistencia de violencias sexuales, las fallas en la educación sexual integral y la ausencia de mecanismos institucionales de protección para infancias y juventudes.

La integralidad del acompañamiento fuera de las instituciones de salud también se hace evidente (a diferencia de lo reportado por la vía institucional), ya que no se reduce a la atención clínica. En casi 9 de cada 10 casos, las acompañantas ofrecieron información detallada sobre el uso de medicamentos; en más de la mitad se brindó acompañamiento emocional y apoyo para conseguir insumos; y en 4 de cada 10 casos hubo acompañamiento presencial. Respecto a los métodos utilizados, el misoprostol es el que más se usa, principalmente por su disponibilidad y facilidad de acceso. El segundo esquema más usado es la combinación de mifepristona y misoprostol.

Reflexiones finales

A un año de la despenalización del aborto en San Luis Potosí, los resultados muestran una transición que es compleja. Si bien se han presentado avances jurídicos significativos, siguen persistiendo tensiones en su implementación. La reforma aprobada en 2024 implicó una modificación del marco penal y representó la ruptura de un candado constitucional que durante décadas limitó el reconocimiento de la autonomía reproductiva. Consideramos que, al desplazar la interrupción del embarazo a una lógica de derechos humanos, el Estado dio un paso para reconocer a las mujeres y a las personas gestantes como sujetas de derechos capaces de decidir sobre su propio cuerpo.

Sin embargo, las experiencias documentadas en este ensayo evidencian que el reconocimiento jurídico no es suficiente, pues el acceso efectivo al servicio continúa

atravesado por desigualdades estructurales que lo condicionan. En la práctica, los vacíos en la regulación de la objeción de conciencia del personal de salud, la falta de protocolos actualizados y la concentración de servicios en las zonas urbanas del estado generan barreras que limitan el acceso al aborto, mostrando que el reconocimiento formal no garantiza igualdad sustantiva porque el ejercicio de este derecho depende del lugar de residencia, el acceso a información o el nivel socioeconómico. Ante esta realidad, seguimos sosteniendo que el acompañamiento feminista es fundamental para que se ejerza el derecho al aborto.

Referencias

Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (2016). *Observación general núm. 22. El derecho a la salud sexual y reproductiva (artículo 12 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales)*. Naciones Unidas.

Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer (2017). *Recomendación general núm. 35 sobre la violencia por razón de género contra la mujer, por la que se actualiza la Recomendación general núm. 19*. Naciones Unidas.

Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos (1917). *Diario Oficial de la Federación*.

De la Torre Rangel, J. A. (2004). *El derecho que nace del pueblo: El derecho insurgente*. Porrúa/ Universidad Autónoma de Aguascalientes.

Grupo de Información en Reproducción Elegida (2022). *Paso a paso: Las sentencias de la Corte sobre aborto*. <https://gire.org.mx/wp-content/uploads/2022/11/Paso-a-paso.pdf>

Lagarde y de los Ríos, M. (2005). *Los cautiverios de las mujeres: Madresposas, monjas, putas, presas y locas*. Universidad Nacional Autónoma de México.

Organización Mundial de la Salud (2022). *Guía sobre la atención del aborto*. OMS.

Poder Legislativo del Estado de San Luis Potosí (2024). Decreto 0007. *Periódico Oficial del Estado "Plan de San Luis"*, (03).

Poder Legislativo del Estado de San Luis Potosí (2025). Decreto 0205. *Periódico Oficial del Estado "Plan de San Luis"*.

Secretaría de Salud (2022). *Lineamiento técnico para la atención del aborto seguro*. Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva.

Suprema Corte de Justicia de la Nación (2017). *Acción de inconstitucionalidad 148/2017*,

Dirección General de Derechos Humanos.

1. Este texto se deriva del primer informe a un año de la despenalización del aborto en San Luis Potosí, elaborado a partir del trabajo de seguimiento, sistematización y análisis de información realizado por colectivas feministas y acompañantas en el estado. Fue financiado en el marco del Programa de Subvenciones Locales del proyecto “Mujeres defensoras y periodistas incorporan el enfoque de derechos humanos de las mujeres en la política pública de protección integral en la materia”, iniciativa implementada por Comunicación e Información de la Mujer A.C., el Centro de Derechos Humanos de las Mujeres A.C. (Chihuahua) y el Consorcio para el Diálogo Parlamentario y la Equidad Oaxaca A.C., con financiamiento de la Unión Europea. Se agradecen las facilidades otorgadas para su implementación, así como a las mujeres que participaron y compartieron sus experiencias. [↑](#)
 2. Correo electrónico: lourdes.miranda@uaslp.mx Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-6831-4650> [↑](#)
 3. Correo electrónico: falvizo@unam.edu Orcid: <https://orcid.org/0009-0005-7268-6560> [↑](#)
 4. Correo electrónico: mariana.juarez@upslp.edu.mx Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-6921-4678> [↑](#)
 5. Correo electrónico: leticia.mtz288@gmail.com
Orcid: <https://orcid.org/0009-0008-0278-9355> [↑](#)
-

Menstruar en movimiento: Salud menstrual y derechos humanos en contextos de movilidad humana en México

Iris del Rosario Jiménez Serrano^[1]

CIESAS Golfo



Ilustración *Ichan Tecolotl* con imagen de Wikimedia Commons.

Resumen

El presente artículo es resultado de una investigación etnográfica sobre las experiencias menstruales de mujeres venezolanas en tránsito por México durante el periodo de octubre de 2022 a enero de 2023. Con un enfoque cualitativo y de derechos humanos, esta investigación abordó los desafíos y necesidades de la salud menstrual en contextos de movilidad humana y su relevancia en la construcción de derechos y políticas públicas. En este sentido, el trabajo tiene por objetivo (de)enunciar la diversidad de realidades menstruales de las personas en situación de movilidad, los retos que enfrentan en su salud y gestión menstrual, así como reflexionar sobre la importancia del papel que juegan las instituciones, organismos

internacionales y defensores de derechos humanos en la construcción, protección y garantía de la dignidad menstrual en contextos de movilidad humana.

Palabras clave: menstruación; migración; derechos humanos; salud; feminismos.

Introducción

La necesidad por investigar las experiencias menstruales en contextos de movilidad humana surge en 2019 a raíz de mi acercamiento a los activismos menstruales, cuando conocí la copa menstrual. Durante mi etapa universitaria, vinculé este interés en espacios feministas, lo que me llevó a coordinar campañas de donación de productos de gestión menstrual para el comedor Las Patronas, un espacio para personas en tránsito en Amatlán de los Reyes, Veracruz. A partir de estos primeros pasos, fui reflexionando sobre aspectos poco explorados en la academia: “Los escenarios de la migración también son los escenarios de la menstruación”.

Quienes migran de forma irregular no solo enfrentan desafíos relacionados con la gestión de su ciclo menstrual, sino que, como señala Winkler (2020: 469), “encarnan concepciones, sentimientos y sensibilidades que vinculan el proceso menstrual con la realidad inmediata”; en este caso, de su desplazamiento. Es decir, viven sus ciclos menstruales mientras cruzan fronteras, atraviesan ríos o caminan por lugares sinuosos, en su búsqueda de seguridad y dignidad. Bajo esta premisa surgieron las siguientes interrogantes: ¿Cuáles son los desafíos que enfrentan las personas en términos de salud y gestión menstrual? ¿Qué lugar ocupa la menstruación en sus trayectorias migratorias? Y, sobre todo: ¿Qué estrategias se están gestando en materia de derechos para garantizar su dignidad? Estas preguntas sirven de guía para comprender la dignidad menstrual como un espacio en disputa política y corporal.

El presente artículo, enmarcado en la investigación de tesis para la Maestría en Antropología Social del CIESAS-Golfo y presentado especialmente para este dossier, analiza las experiencias menstruales y su dimensión corporal como elementos intrínsecos al fenómeno migratorio. A través de una etnografía con mujeres venezolanas en Ciudad de México, se expone la diversidad de realidades y desafíos de su salud menstrual en el tránsito. Asimismo, reflexiona sobre el papel que juegan las instituciones y organismos internacionales en garantizar la dignidad menstrual como un derecho fundamental en contextos de movilidad.

Coordenadas metodológicas de una etnografía menstruocentrada

Dado que mi reflexión se basa en las experiencias menstruales de personas en movilidad, las

coordenadas metodológicas se situaron bajo un compromiso ético de colaboración con las personas migrantes y las organizaciones con las que me involucré. Para ello, la investigación se configuró como una etnografía afectiva, feminista y, sobre todo, menstruocentrada. Es decir, privilegiando las vivencias y sensibilidades de las mujeres sobre su ciclo menstrual, manteniendo un diálogo constante para que el proceso y sus resultados estén al servicio de las comunidades.

En este sentido, la labor etnográfica fue central para alcanzar comprensiones situadas y profundas, desde la participación e interacción directa. Al investigar la experiencia menstrual, el enfoque etnográfico se centró en generar una mirada (auto)reflexiva del y desde el cuerpo, que, como señalan Felitti y Ramírez (2022), permite resaltar la multiplicidad de la vida social, involucrando la sensorialidad y corporalidad tanto de las informantes como de la investigadora. Esto fue relevante para dar cuenta de que las interacciones entre mis interlocutoras y yo produjeron un intercambio de experiencias, afectos y reconocimientos mutuos que influyeron fuertemente en el análisis.

Considerando estos principios, es posible mencionar algunas coordenadas metodológicas. En primer lugar, la totalidad del trabajo en campo se realizó en la Ciudad de México, entre octubre de 2022 y enero de 2023, en distintos espacios de refugio, como el Centro de Día “La Ceiba”, de Sin Fronteras IAP, Casa Fuente A.C. y Casa Tochán A.C. Al abordar las experiencias de mujeres en tránsito irregular, la construcción de un espacio de confianza fue tanto relevante como un desafío. Esto debido a que hablar sobre menstruación no solo implicaba abrir un sitio a la vulnerabilidad, sino sostener una postura de involucramiento que priorizara el cuidado afectivo y empático. En este sentido, la participación observante fue clave para comprender dimensiones de la realidad que suelen pasar desapercibidas si no se establecen dinámicas basadas en compartir con las informantes. Para ello, realizar voluntariados al interior de estos espacios fue importante para poder acompañar a las mujeres en sus actividades cotidianas y tener un nivel de involucramiento mucho más profundo.

A partir de estas acciones, combiné distintas técnicas de investigación, como la facilitación de talleres sobre menstruación y entrevistas semiestructuradas a actores clave. Estos talleres, nombrados “Menstruación consciente y autonomía corporal” y “Menstruar no es solo cosa de mujeres”, fueron impartidos una vez por semana entre noviembre de 2022 y enero de 2023. Se integró una dinámica de grupos focales al inicio de cada sesión, esto con el objetivo de observar y captar el sentipensar de las informantes sobre sus ciclos.

En segundo lugar, estos talleres sirvieron como un espacio para la construcción de itinerarios menstruales, que es una técnica adaptada de la propuesta de Mari Luz Esteban sobre los itinerarios corporales, que se basa en la “descripción de los procesos vitales individuales y

colectivos que ocurren en estructuras sociales concretas, centralizadas en las prácticas corporales de cada sujeto” (2004: 58). En este caso, los itinerarios sirvieron como una estrategia para comprender cómo las mujeres en tránsito migratorio se relacionan y perciben sus ciclos menstruales, sin dejar de lado las categorías sociales que enmarcan las desigualdades del contexto. Esto da lugar a las voces de las personas menstruantes y a las subjetividades que emergen de su ciclo menstrual, su corporalidad, su género y, en este caso particular, su identidad y su estatus migratorio.

Por último, para profundizar en dichas experiencias, se realizaron un total de 14 entrevistas semiestructuradas a dos grupos de actores. El primero estuvo integrado por mujeres venezolanas, con el fin de dar seguimiento a los ejes surgidos durante los talleres y explorar sus trayectorias migratorias. El segundo grupo incluyó a figuras clave en refugios, de salud pública, defensoras de derechos y activistas; con el objetivo de conocer la respuesta institucional, de salud y el avance del debate sobre derechos menstruales en contextos de movilidad humana en México. Estos elementos fueron clave no solo para visibilizar la vulnerabilidad en la gestión menstrual, sino para reconocer la voz y la agencia de las mujeres venezolanas en tránsito, bajo un compromiso ético que mantengo vigente.

Los escenarios de la migración también son los escenarios de la menstruación

Tardamos diez días en cruzar la selva [del Darién]. Tardamos tres días más que los hombres porque además íbamos con niños. Uno no sabe los retos que uno pasa ahí dentro, mucha gente muere, caminas entre el fango y el lodo [...] te das cuenta de que no debes llevar muchas cosas porque son varios días caminando. Yo tuve que botar mi ropa, ¡ah!, y mis toallitas también porque además no me sirvieron nunca, porque como en la selva llueve mucho, siempre te mojas y eso, se me mojaron. Yo llevaba puestas unas y las tuve que botar porque con la humedad me comenzó a dar una infección. [...] Yo me pude cambiar hasta que llegamos a un pueblo en Panamá, donde una señora me regaló unos pantalones. Fue un alivio porque ya me sentía muy sucia. (Johana, en entrevista, Casa Fuente, noviembre de 2022)

Con el testimonio de Johana inició la introducción de mi trabajo de tesis “Menstruación, migración y derechos humanos: Salud y gestión menstrual de mujeres venezolanas en tránsito por México (2022-2023)”. Retomo este relato en el presente marco por dos razones: la primera, por su capacidad para resaltar la experiencia migratoria de esta mujer joven y madre, en

condiciones de tránsito irregular por rutas de alta peligrosidad. La segunda, porque pone de manifiesto que la gestión menstrual en situaciones de vulnerabilidad es una expresión de inequidad social y de género a menudo invisibilizada.

De acuerdo con Felitti (2016), la experiencia menstrual se relaciona con las posibilidades sociales, económicas, políticas y culturales con las que una persona cuenta. La diversidad étnica, de clase, religiosa, de nacionalidad o de edad son algunos de los factores que influyen en un mayor o menor acceso a estos elementos. Estas dificultades no suelen reconocerse como una expresión de inequidad, principalmente porque la menstruación es considerada como algo que se oculta y pocas veces se plantea como un aspecto de la vida que convive con los contextos y el tejido social.

En el caso de las personas en tránsito irregular, sus experiencias menstruales se vuelven más complicadas debido a los desafíos que enfrentan a lo largo de su trayectoria migratoria. Por un lado, al ser personas extranjeras que transitan entre países, se enfrentan a condiciones precarias para acceder a elementos básicos como la vivienda, servicios de atención médica, expedición de documentos oficiales para su estatus legal, así como dificultades para incorporarse al mercado laboral y ambientes culturales hostiles debido a una larga construcción de narrativas antiinmigrantes (Castro Neira, 2020). Por otro lado, estas dificultades generan, simultáneamente, una precarización en el acceso a condiciones adecuadas para su gestión menstrual, como insumos de productos menstruales, espacios de descanso y aseo, o privacidad. A ello se le suman los prejuicios y estigmas menstruales, lo que abona a que vivan situaciones de exclusión y vulnerabilidad.

A continuación, presento el análisis de la investigación a través de tres ejes temáticos, con el objetivo de profundizar en las vivencias de las mujeres venezolanas y la complejidad de la gestión menstrual en contextos de tránsito irregular en México.

1. La gestión menstrual como un desafío en el tránsito

Imagínate estar tú con una toalla puesta desde no sé ni cuántas horas, estar mojada, sentirse frustrada porque estás toda sucia, no hay un baño donde cambiarte, sentir malestar, sentir dolor, cólicos, sentir que no puedes caminar, sentir que no te puedes cambiar tu toalla, que estás toda manchada, que estás toda sucia, que si te pones otra ropa, igual está mojada. Imagínate, no sé, si la menstruación es mala, en la selva es 10 veces peor. (Beatriz, en entrevista, Casa Fuente, noviembre de 2022).



Beatriz, una mujer de 36 años, exmilitar venezolana, describió su experiencia en la selva del Darién como una de “las vivencias más atroces” que ha enfrentado. Al igual que muchas personas que transitan por la frontera biorregional entre Colombia y Panamá en su ruta hacia el norte, ella considera este tramo como un paso fronterizo mortal. Una percepción que converge con la mayoría de los testimonios de mujeres con quienes colaboré. Es decir, para ellas el tránsito migratorio no solo se vive como un desafío geográfico y político, sino como una realidad encarnada.

Migrar (en tránsito irregular) es una situación extraordinaria en la que el cuerpo se expone a condiciones de supervivencia extrema. Al respecto, Horvat (2018) señala que la situación o el contexto juega un papel importante para entender cómo se significan estas vivencias, pues toda existencia humana está definida por su situación. Es decir, los entornos sociales, estructuras y normas afectan la forma en que se percibe el ser persona (menstruante), así como la forma en que perciben y sienten su cuerpo, mostrando “cuán constitutiva es la situación también para el cuerpo biológico-físico” (11). En otras palabras, el contexto también se encarna y produce efectos visibles que pocas veces son reconocidos dentro de los márgenes de la política pública.

En el escenario de supervivencia de la selva del Darién, las limitaciones geográficas y sociopolíticas no solo complejizan la gestión menstrual, sino que transforman un proceso biológico en una carga física y mental, multiplicando la vulnerabilidad del tránsito. Sin embargo, estos desafíos no fueron exclusivos de la selva; persistieron a lo largo de todo el trayecto entre caminatas extenuantes, trayectos en autobuses, pernoctar en campamentos y refugios hacinados o en situación de calle. Asimismo, debieron enfrentar detenciones en estaciones migratorias, deportaciones o incluso extorsión por parte de agentes estatales y del crimen organizado.

A lo anterior se suma el acceso reducido a los productos de gestión menstrual a los cuales están habituadas. Esta carencia, sumada a los estigmas en torno a su ciclo menstrual, muestra cómo la precariedad de la ruta –consecuencia directa de las políticas migratorias– se entrelaza con sus ciclos hormonales, evidenciando que la gestión menstrual no es un detalle menor, sino un eje que complejiza y marca sus experiencias migratorias.

1. Ser en la espera y sus desafíos frente a un contexto de saturación

El 12 de octubre de 2022, el gobierno de Estados Unidos anunció nuevas modificaciones a los requisitos de solicitud de refugio para la entrada a migrantes venezolanos. El documento que publicó el Departamento de Seguridad Nacional (DHS, por sus siglas en inglés) había anunciado que abrirían 24 mil permisos para los venezolanos que cumplieran con los

siguientes requisitos: 1) debían contar con un patrocinador que financiara su movilidad y estancia en Estados Unidos; 2) pasar los controles biométricos y biográficos de seguridad nacional; y 3) cumplir con los requisitos de vacunación y salud. Asimismo, consideraron como inelegibles a quienes hayan entrado a México o Panamá de forma irregular o cruzaran la frontera de México y Estados Unidos después de entrar en vigor las modificaciones, el 17 de octubre de ese mismo año.

Esta situación forzó a miles de venezolanos a permanecer varados en ciudades fronterizas como Tijuana, Ciudad Juárez y Matamoros. Como consecuencia directa, las solicitudes ante la Comisión Mexicana de Ayuda a Refugiados (COMAR) aumentaron. De acuerdo con el informe del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Refugiados (ACNUR), alrededor de seis mil venezolanos solicitaron asilo en México en el periodo de octubre a diciembre de 2022, y lo posicionó como uno de los países con el mayor número de registros individuales de nuevas personas solicitantes de asilo (2023: 6). Aunque este fenómeno tiene antecedentes en las caravanas centroamericanas de 2018 y 2019, el incremento de personas con necesidades de protección internacional y en situación irregular durante 2022 –principalmente de origen haitiano y venezolano– obligó a reconfigurar las políticas migratorias nacionales y regionales, desplazando el enfoque de integración hacia medidas de control y contención.

En la frontera sur, el Instituto Nacional de Migración (INM) comenzó a entregar de manera masiva Formas Migratorias Múltiples (FMM), un documento provisional que permite la permanencia legal en el país por hasta 180 días. El objetivo era que las personas pudieran movilizarse hacia el centro del país y reducir la saturación en las ciudades del sur. Sin embargo, en puntos de control como el campamento de Tapanatepec, Oaxaca, los trámites fueron arbitrarios y se realizaron en condiciones precarias. Según el informe de 2024 del Grupo de Monitoreo Frontera Centro (2025), los tiempos de espera oscilaban entre 8 y 21 días, y la vigencia del documento se definía de forma discrecional (entre 7 y 30 días). Además, la falta de reconocimiento de estas FMM en otras regiones del país incrementó el riesgo de que las personas fueran detenidas por el propio INM en estaciones migratorias.

En este sentido, la prolongada espera de las personas migrantes por una resolución de su estatus es un periodo marcado por la desigualdad y la precariedad extrema. Durante este limbo administrativo, se ven privadas de derechos básicos como el empleo formal, una vivienda digna y seguridad, enfrentando carencias que vulneran incluso su integridad más íntima. En el caso de las mujeres y personas menstruantes, esta espera es sinónimo de violencia estructural, como relata Francis, de 29 años:

En San Pedro vi mucha gente aprovechada. Por ejemplo, nosotros alquilamos una casa, [...]

nos cobraban 100 diarios por la casa por persona, y luego 50 por estar ahí, y nos cobraban 50 por cocinar y por bañarnos 20 pesos. [...] Puedes gastar hasta 300 o 200 diarios para puro usar servicios y más si vas con la familia. Y si no, pues ahí estaba el río para bañarse o ir al baño. Yo casi llevo un mes y tres días en México, acababa de entrar a Tapachula cuando cerraron la frontera en Estados Unidos. Esa vez yo lloré, me tiré al suelo y quise volar a la frontera. (En entrevista, Casa Fuente, noviembre de 2022).



La falta de acceso a entornos seguros y privados dificulta el aseo personal, el cambio de ropa o el descanso durante la espera. Este escenario de alta tensión manifiesta la desigualdad y el desgaste tanto físico como emocional que caracteriza las políticas migratorias actuales como una medida de control.

Por otro lado, en Ciudad de México, albergues e instituciones de protección llegaron al límite de sus capacidades, lo que aumentó las cifras de personas pernoctando en calles y campamentos improvisados. En las calles, parques y centrales de autobuses, grupos grandes de familias con mochilas y carriolas comenzaron a organizar campamentos improvisados mientras esperaban una resolución a su estatus migratorio. En albergues como Cafemin, esta crisis de infraestructura fue evidente, pues la institución llegó a albergar a cerca de 800 personas a pesar de tener una capacidad para 100 huéspedes. De igual forma, espacios más reducidos, como Casa Tochan y Casa Fuente, recibieron hasta 120 personas, en su mayoría de origen venezolano, superando drásticamente sus posibilidades de atención.

El hacinamiento en estos espacios impacta directamente en la autonomía corporal. Al desbordarse la capacidad de los refugios, el acceso a servicios básicos como el agua o el aseo privado deja de ser un derecho para convertirse en un privilegio en disputa. Para las personas menstruantes, la saturación de estos espacios no solo anula la privacidad necesaria para el manejo de su ciclo menstrual, sino que transforma sus prácticas de higiene en una negociación constante. El colapso de la infraestructura de acogida y de contención se traduce en una barrera estructural que precariza aún más la gestión menstrual, obligando a las mujeres a habitar su cuerpo en condiciones de exposición. No obstante, en contraste con las experiencias del tránsito, contar con un espacio seguro para dormir, comer y asearse representaba una mejora en su experiencia, a pesar de que el estrés o la angustia persistía.

1. Los efectos de la migración en la salud menstrual

A lo largo de este artículo se han explorado las dificultades que enfrentan las mujeres venezolanas en su gestión menstrual. Estas dificultades son expresiones de una desigualdad producida por políticas migratorias que apuestan por la desaceleración de los flujos. No

obstante, la precariedad no solo limita el manejo del ciclo, también impacta en la salud, inscribiendo el estrés producido por migrar directamente en los cuerpos. Al respecto, la mayoría de las mujeres relataron haber experimentado alteraciones físicas concretas, como la ausencia de su periodo (amenorrea) o sangrados abundantes y recurrentes, acompañados de dolores persistentes (polimenorrea).

En sus narrativas, la irregularidad emerge no solo como una incomodidad para gestionarla, sino como un indicador de las exigencias físicas, económicas y sociales del trayecto. A estas alteraciones se suma el uso de métodos anticonceptivos –muchas veces empleados como una estrategia de protección ante la violencia sexual en la ruta–, cuya administración sin supervisión médica puede desestabilizar su ciclo hormonal. En este sentido, la mayoría de las participantes atribuyó estos síntomas al estrés que les provocaba su trayectoria migratoria, asumiéndolos como una “parte del proceso de migrar”.

La normalización del malestar y la patologización de sus ciclos son consecuencias directas de una desatención médica que a menudo precede a la trayectoria migratoria. Pero que una vez en el tránsito se complejiza aún más, pues enfrentan nuevas barreras, como la falta de privacidad y el acceso limitado a servicios de higiene y productos menstruales. Esta situación propicia afecciones ginecológicas (como infecciones vaginales o urinarias) que se agravan ante la ausencia de servicios especializados y la falta de información clara para navegar el sistema público mexicano. Dicha exclusión pone de manifiesto la carencia de mecanismos efectivos con perspectiva de género para atender a la población migrante.

Consideraciones finales: Tejer dignidad y resistencia frente a la exclusión

A lo largo de este artículo se analizó cómo menstruar en contextos de tránsito irregular resulta una experiencia vulnerable, donde los retos que enfrentan las personas menstruantes se vinculan directamente con el acceso limitado a sus derechos. Lejos de ser un fenómeno aislado, esta precariedad es consecuencia de un escenario migratorio cuyas políticas de control y desaceleración de los flujos se inscriben de forma directa en los cuerpos. Al llegar a México, esta violencia se profundiza ante un vacío institucional y la ausencia de protocolos de salud, evidenciando una falla estructural que ignora las necesidades biológicas y políticas de las personas en movilidad. Esta omisión representa una vulneración sistemática de la garantía de sus derechos humanos y una deuda histórica que es necesario seguir interpelando.

Por otra parte, la respuesta ante esta problemática no ha venido del Estado, sino de la cooperación internacional y las organizaciones civiles. Esta red de actores ha implementado

estrategias que funcionan como un tejido de contención que transforma la precariedad en acción política, así como espacios de disputa. Un ejemplo de ello es la colaboración entre ACNUR, HIAS, Médicos del Mundo y WASH para integrar el acceso a productos menstruales, agua potable y saneamiento en los protocolos de atención a personas refugiadas en México. Sin embargo, estas medidas, que sirven como remiendos a los vacíos institucionales, al centrarse en lo higiénico, reducen la complejidad de la experiencia menstrual al suministro de productos, dejando de lado los factores socioculturales que estigmatizan estos procesos (Gómez Nicolau y Marco Arocas, 2019: 158).

La dignidad menstrual no solo se trata del acceso a productos menstruales; implica una serie de necesidades atravesadas por la cultura, la clase social, la religión, el idioma, la etnia y el género, en estrecha relación con el entorno y la garantía de los derechos fundamentales (Accerenzi, 2023). Atender esta urgencia requiere una transformación que abarque desde la mejora de la infraestructura hasta la desestigmatización de la sangre y la politización de la salud menstrual. En este sentido, el trabajo de Las Vanders, una colectiva feminista que acompaña procesos migratorios; el proyecto Menstruación Digna en Estaciones Migratorias (MDEM), dedicado al monitoreo de la salud y gestión menstrual de personas detenidas en las estaciones migratorias del INM; y la Clínica Justicia en Salud, cuyo equipo de parteras imparten talleres sobre menstruación en albergues de Tijuana; destacan por su trabajo enfocado en la autonomía corporal, implementando estrategias que promueven un activismo por la dignidad menstrual, situado en su experiencia directa en el ámbito humanitario.

La labor de estas organizaciones subraya la necesidad de establecer relaciones interinstitucionales que integren protocolos de acción orientados a garantizar la salud menstrual como un derecho humano de las personas en movilidad. Por lo tanto, hablar de dignidad menstrual en estos escenarios no solo implica asegurar insumos y espacios de cuidado, sino exigir una transformación en el diseño, la normatividad y aplicación de las políticas migratorias vigentes.

Referencias

Accerenzi, M. (2023). Políticas menstruales y desarrollo. Una crítica al abordaje de la menstruación en el ámbito de la cooperación internacional. *Cuadernos de Trabajo/Lan-Koadernoak Hegoa*, (93).

Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Refugiados (2023). *Informe 2022. Caminando hacia la integración. Principales resultados de ACNUR México*. ACNUR. <https://www.acnur.org/mx/sites/es-mx/files/2023-05/Informe%202022%20Espa%C3%B1ol.pdf>

Castro Neira, Y. (2020). Fabricar a personas ilegales por medio de la ley. *Condition humaine/ Conditions politiques*, (1). <https://doi.org/10.56698/chcp.122>

Esteban, M. L. (2004). *Antropología del cuerpo. Género, itinerarios corporales, identidad y cambio*. Ediciones Bellaterra.

Felitti, K. (2016). El ciclo menstrual en el siglo XXI. Entre el mercado, la ecología y el poder femenino. Sexualidad, salud y sociedad. *Revista Latinoamericana*, (22), 175-206. <http://dx.doi.org/10.1590/1984-6487.sess.2016.22.08.a>

Felitti, K. y Ramírez, R. (2022). Sangre, lágrimas y abrazos: Reflexiones encarnadas del trabajo de campo en círculos de mujeres. En R. Parrini y K. Tinat (coords.), *El sexo y el texto. Etnografías y sexualidad en América Latina* (pp. 385-426). El Colegio de México.

Gómez Nicolau, E. y Marco Arocas, E. (2019). Desafiando las reglas: articulaciones políticas del activismo menstrual. *Revista Española de Sociología*, 29(3), 155-170. <https://doi.org/10.22325/fes/res.2020.62>

Grupo de Monitoreo Frontera Centro (2025). *Entre la espera forzada y la esperanza: Los campamentos de personas migrantes y solicitantes de asilo en Ciudad de México. Resultados del monitoreo 2024*.

Horvat, H. (2018). *To Menstruate in Peace: Embodied experiences of menstruation during migration* [Tesis de maestría]. Linköping University. <http://urn.kb.se/resolve?urn=urn:nbn:se:liu:diva-149445>

Winkler, I. T. (2020). Introduction: Menstruation as Fundamental. En C. Bobel, I. T. Winkler, B. Fahs, K. A. Hasson, E. A. Kissling y T. A. Roberts (eds.), *The Palgrave Handbook of Critical Menstruation Studies* (pp. 9-13). Palgrave MacMillan. <https://doi.org/10.1007/978-981-15-0614-7>

1. Correo electrónico: rosarioj95@gmail.com ↑

Repensando la salud desde la experiencia sáfica

Amir Samaria León

Amy Salazar Pantoja

Sofía Garduño Huerta^[1]

Balance Promoción para el Desarrollo y Juventud, A.C.

Resumen

Este fotoensayo presenta la propuesta de salud comunitaria que desarrolla Balance, organización feminista de la sociedad civil con más de 20 años de trayectoria, enfocada en los derechos sexuales y reproductivos de personas sáficas –mujeres, personas no binaries y hombres trans que se relacionan entre sí– en la Ciudad de México. Partiendo de una concepción integral de la salud que incluye bienestar emocional, social, cognitivo y espiritual, el texto da cuenta de tres iniciativas centrales: el Círculo Sáfico, espacio mensual de diálogo y comunidad; el Consultorio Sáfico, plataforma de atención virtual especializada; y el kit de placer sáfico, herramienta que incorpora insumos de cuidado y placer distribuida gratuitamente en eventos y espacios universitarios. El ensayo argumenta que la mirada cisheteronormada en la atención a la salud sexual produce omisiones estructurales para las poblaciones de la diversidad sexogenérica, invisibilizando sus prácticas, necesidades y derechos. Frente a ello, Balance apuesta por espacios de emancipación que convierten el cuidado en una responsabilidad colectiva, sitúan el placer como componente esencial de la salud y construyen comunidad desde la disidencia sexogenérica.

Palabras clave: experiencia sáfica; salud comunitaria; derechos sexuales y reproductivos; disidencia sexogenérica; colectividad.

Introducción

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (2014), cuando hablamos de salud, es importante definirla más allá de una visión tradicional de ausencia de enfermedad. Esta se determina como un estado de bienestar integral en todas nuestras dimensiones: emocional, social, cognitiva y espiritual, además de la física. Hablar de salud también implica reconocer que hay determinantes sociales y económicas que impactan de manera diferenciada en las

vivencias y experiencias de distintas poblaciones. Gozar de salud es un derecho humano fundamental y no debe ser privilegio de unos cuantos; implica que todas las personas tengamos acceso a servicios de calidad, oportunos, accesibles, asequibles y libres de discriminación; a insumos y medicamentos, a entornos seguros, pero también implica libertades: que tengamos el control, conozcamos los procesos que ocurren en nuestro cuerpo, tengamos opciones y decidamos de forma libre e informada. Esta es la visión de salud por la que trabajamos en Balance.



Balance es una organización feminista de la sociedad civil que trabaja para que exista un entorno que permita a mujeres, adolescentes, jóvenes y personas con capacidad de gestar tomar decisiones libres sobre su sexualidad, promoviendo los derechos sexuales y reproductivos, colaborando con instituciones para el reconocimiento de la autonomía y el respeto a la capacidad de decisión de cada persona, con el objetivo de que la sexualidad sea placentera y fuente de bienestar. Con más de 20 años de trayectoria, nos enfocamos particularmente en el aspecto social de la salud a través de la promoción, la creación de espacios comunitarios de encuentro y diálogo, y la prevención. Compartimos información, herramientas e insumos de salud sexual de manera gratuita para contribuir al libre ejercicio de la sexualidad.

Reconocemos que las personas vivimos en entornos con contextos distintos que influyen directamente en nuestra salud: cómo la pensamos, qué sentimos y cómo actuamos respecto a ella. A su vez, creemos en el impacto que puede generarse cuando la salud se trabaja desde la colectividad. Por ello, creamos “espacios de emancipación” que tienen el objetivo de hacer comunidad, facilitar el diálogo y acercar herramientas a las personas, de forma que la salud deje de ser una responsabilidad individual para convertirse en compartida. De este modo,

abrimos la posibilidad de intercambiar estrategias para su cuidado y atención.



De acuerdo con Sobrino et al. (2018, como se citó en Cottonieto-Martínez y Rodríguez-Terán, 2021), al hablar de salud comunitaria no nos referimos únicamente al estado de salud de una comunidad, sino al “hacer” salud comunitaria, es decir, trabajar propuestas para aumentar el nivel de sanidad de un colectivo. En ese sentido, en el programa de Identidad Sexual generamos espacios de diálogo y conexión para compartir lo que nos atraviesa como personas disidentes de la cisheteronorma.

Nuestro trabajo se enfoca en la población que nombramos “personas sáficas”, que engloba a mujeres, personas no binaries y hombres trans que se relacionan entre sí. El término “sáfico” viene de la poeta griega Safo de Mitilene, famosa por haber escrito sobre las relaciones entre mujeres en la Antigua Grecia (Rupp, 2009). Esta palabra se retomó en el siglo XX para referirse a lo relacionado con mujeres que aman a otras mujeres.





En Balance, retomamos este concepto para referirnos a todo lo relacionado con la experiencia de sentir atracción hacia otra mujer y lo usamos como un término “paraguas” para englobar varias formas de nombrar los afectos de mujeres e identidades trans desde la disidencia sexogenérica: lesbianas, bisexuales, pansexuales, entre otras. Utilizamos el prefijo “persona” para visibilizar que quienes nos convocamos desde el safismo no somos únicamente mujeres y que existen tanto personas no binaries como hombres trans que se identifican como “sáficas” por sus experiencias de vida.

Este uso del concepto también se encuentra en nuestro trabajo cotidiano, en particular en nuestros dos proyectos principales: el Círculo Sáfico y el Consultorio Sáfico. El Círculo Sáfico es un espacio específico para personas sáficas donde nos reunimos de manera mensual para hablar abiertamente de nuestra sexualidad, poniendo el placer en el centro. Conversamos en sesiones temáticas sobre tópicos que sugieren las personas que asisten: prácticas sexuales seguras, atravesar rupturas, detección de dinámicas de violencia en relaciones románticas y ocupar los espacios como sáficas.



Por su parte, el Consultorio Sáfico es otra apuesta de salud comunitaria con la que buscamos poner al centro el conocimiento de la sexualidad de las personas sáficas. Con cuatro vías de comunicación (contacto por mensajería instantánea de WhatsApp o llamada al 55 66 51 9013, consulta al correo safico@balancemx.org o cita mediante la página web consultoriosafico.org), buscamos ofrecer un espacio virtual de personas sáficas para personas sáficas. A través del consultorio, hemos podido acompañar procesos en torno a la identidad y expresión de género, dudas e inquietudes acerca de la orientación sexual, o referir a servicios

de salud aliados y sensibilizados en la Ciudad de México cuando se requiere una revisión médica presencial.



Las necesidades identificadas en estos espacios nos llevaron a crear una propuesta sáfica de salud: el kit de placer sáfico. Este es una herramienta para el pleno ejercicio de la sexualidad de las personas sáficas, pensada desde el cuidado y el placer, y que busca mitigar la perspectiva cisheteronormada que impera en la atención a la salud. Desde una mirada tradicional, “insumos de salud sexual” suele ser sinónimo de “condones”, y la estrategia de prevención en los centros de salud casi siempre parte de la suposición de prácticas heterosexuales, la prevención del embarazo y de algunas infecciones de transmisión sexual (ITS); en consecuencia, se reduce a la entrega de condones externos. Sin embargo, en el programa Identidad Sexual nos parece fundamental introducir el componente del placer, poniendo al

El kit de placer sáfico es una bolsa que lleva el mensaje “El placer es esencial para mi salud sexual”, como recordatorio de que la experiencia del placer no es trivial ni está alejada de la salud, sino que es parte fundamental de vivir con bienestar y autonomía. En su interior, contiene los siguientes elementos:



Postal con información del Consultorio Sáfico

Pensamos este kit con insumos como antifaz, pluma y caramelos de menta porque

consideramos que los elementos que añaden placer a las experiencias sexuales son necesarios y no deberían ser considerados un lujo. Buscan potenciar el placer y, por lo tanto, contribuyen a la salud sexual y el bienestar de las personas sáficas.

Por esta misma razón, apostamos por la distribución de estos insumos de manera amplia y gratuita entre la población sáfica. La mirada cisheteronormada en la atención a la salud sexual deriva en omisiones hacia las poblaciones de la diversidad sexogenérica: al no tomar en cuenta nuestras necesidades, nuestras prácticas y, por lo tanto, los riesgos asociados a ellas, nos dejan fuera de los planes de salud preventiva. Al mismo tiempo, es una deuda con nuestros derechos sexuales, al no tomar en cuenta el placer como parte de nuestro bienestar.

Es por ello que decidimos abordar esta situación mediante la amplia distribución de los kits en eventos clave para las personas sáficas. Así lo hicimos en la Marcha Lencha de junio de 2025, llevada a cabo en la Ciudad de México. En este evento entregamos 230 kits a las personas asistentes, además de otros materiales informativos, y les presentamos el proyecto del Consultorio Sáfico. También hemos entregado estos kits en jornadas comunitarias de salud llevadas a cabo en espacios estudiantiles, como la Universidad Autónoma Metropolitana, plantel Xochimilco, y a las personas asistentes de nuestro espacio mensual Círculo Sáfico.



De esta manera, buscamos construir estrategias para sacar la mirada cisheteronormada del abordaje de la salud. Apostamos por ver la salud de las personas sáficas desde el cuidado, la colectividad y el placer. Igualmente, seguiremos pensando en los espacios comunitarios, lúdicos y sociales como herramientas fundamentales para contribuir al bienestar de estas poblaciones.

Referencias

Cotonieto-Martínez, E. y Rodríguez-Terán, R. (2021). Salud comunitaria: una revisión de los pilares, enfoques, instrumentos de intervención y su integración con la atención primaria. *Journal of Negative and No Positive Results*, 6(2), 393-410. <https://dx.doi.org/10.19230/>

Faldas, espejos y tejidos: contra-pedagogías del cuidado de la salud sexual por parteras autónomas urbanas[1]

Yaredh Marín Vázquez^[2]

Universidad Nacional Autónoma de México

Ricardo López Sustaeta

Fotoperiodista

Resumen

Este foto-ensayo es el resultado de una colaboración entre investigación antropológica, fotografía documental y práctica de partería, derivada de una etnografía de largo aliento sobre partería urbana. A través de imágenes tomadas en el Centro de Atención Integral a la Salud Sexual y Reproductiva Morada Violeta –espacio sostenido por parteras autónomas feministas–, visibiliza la potencia política de los objetos cotidianos: faldas, espejos, tejidos y modelos anatómicos que, en el contexto de las consultas gineco-holísticas, se convierten en herramientas de contra-pedagogía frente al Modelo Médico Hegemónico y sus historias de violencia y asimetría. Recuperando los conceptos de pedagogía de la crueldad y contra-pedagogías de Rita Segato, el ensayo propone que las prácticas de estas parteras –consultas extendidas, consentimiento informado, autoexploración corporal, lenguaje que reconoce autonomía– constituyen una apuesta política por recolocar la autonomía corporal en el centro del cuidado de la salud sexual y reproductiva, en disputa con los efectos normalizadores de la violencia ginecológica sistémica.

Palabras clave: partería urbana; contra-pedagogías; autonomía corporal; violencia ginecológica.

Introducción

El siguiente foto-ensayo es un trabajo colaborativo que articula investigación antropológica, fotografía y partería. Surge de una etnografía de largo aliento sobre partería urbana en México que me ha permitido identificar la relevancia de los objetos, los lenguajes y la construcción del tiempo-espacio en la práctica cotidiana de las parteras. En diálogo con la fotoperiodista Ricardo López, diseñamos una estrategia visual para registrar los elementos sutiles con los que las parteras transforman políticamente su quehacer. El equipo de Morada Violeta abrió generosamente su espacio de trabajo y compartió su cotidianidad; las usuarias retratadas fueron consultadas y el material producido permanece también a disposición del colectivo. La fotografía es aquí una práctica colectiva de producción de conocimiento y un medio para ampliar las formas de representación de la partería.

Las imágenes no funcionan como ilustraciones, sino como parte del propio encuentro etnográfico. Buscamos mostrar la potencia de las materialidades –prendas, espejos, tejidos, instrumentos– en los ejercicios contra-pedagógicos que sostienen estas prácticas de cuidado. En palabras de Zamorano y Kernaghan (2022), la construcción colectiva de la fotografía “crea oportunidades para enfocarse en la materia y la materialidad más allá de los bordes de la representación”. Este foto-ensayo se plantea como un ensamblaje etnográfico, técnico y narrativo que articula saberes para interpelar sensorialmente a quien observa, como una invitación para recolocar la autonomía corporal en el centro del cuidado de la salud sexual y reproductiva.

Transmutar el miedo

“Queridas Morada Violeta. Gracias por ayudarme a perderle el miedo al cuidado de mi salud sexual. ¡Son las mejores!”. Un *sticker* de perrito con cara de sorpresa acompaña estas palabras escritas en un *post-it* rosa chillante. El papelito forma parte de un *collage* de mensajes dejados por mujeres que han acudido al Centro de Atención Integral a la Salud Sexual y Reproductiva Morada Violeta, en Ciudad de México; un espacio creado y sostenido por parteras autónomas feministas. Entre colores y letras manuscritas, un mensaje se repite: gratitud por el respeto y por la posibilidad de aprender sobre el propio cuerpo. ¿Qué produce ese eco?

Foto 1. Sentires/cuerpos/territorios





Nota: Todas las fotos de este ensayo son del 6 de diciembre de 2024, en Ciudad de México.

Karina, autora del *post-it* citado, probablemente acudió a una citología cervical o a pruebas rápidas de ITS. Su agradecimiento revela el miedo e incomodidad cotidiana que en muchas ocasiones rodea las consultas ginecológicas. En una charla pública, Isabel –una partera autónoma colega del equipo de Morada Violeta– tomó un espéculo y preguntó qué sentían al verlo. Las respuestas fueron inmediatas: “frío”, “horrible”, “feísimo”. Isabel (DEAS-TV, 2025) declaró que para ella el instrumento condensa la historia violenta de la ginecología, pues Sims, quien lo inventó, experimentó en cuerpos de mujeres racializadas sin su consentimiento y sin anestesia. La historia del objeto, dice ella, muestra la relación jerárquica que la atención médica suele tener sobre los cuerpos de las mujeres.

Isabel menciona que la historia de la ginecología como disciplina médica tiene un profundo trasfondo anclado en la violencia ejercida en los cuerpos de las mujeres, particularmente en las mujeres racializadas. Por ejemplo, el ejercicio de la ginecología como medio para operar proyectos eugenésicos a través de esterilizaciones forzadas en distintas partes del mundo es una historia reciente y en algunos casos, vigente (Cooper Owens, 2018; McGregor, 1998; Martin, 2024).

Foto 2. Objetos en disputa





El temor a una consulta no es individual. Como sugiere Sara Ahmed (2015), el miedo circula socialmente y se adhiere a objetos, memorias y relatos compartidos. El espéculo no solo es metal frío; está cargado de historias de asimetría, silencios y despojos. Eduardo Menéndez nombró a esta lógica como Modelo Médico Hegemónico (2003: 194), una atención centrada casi exclusivamente en lo biológico, donde el especialista habla y la paciente escucha, y la experiencia vivida queda relegada frente a la autoridad técnica.

De acuerdo con las cifras de la Comisión Nacional de Arbitraje Médico (2024), la ginecología-obstetricia se mantiene entre las especialidades con más quejas médicas en México. A ello se suman denuncias de violencia obstétrica y, más recientemente, reflexiones sobre violencia ginecológica: acciones despectivas, procedimientos dolorosos, sin consentimiento, infantilización o moralización de los cuerpos. La desnudez forzada y la exposición genital pueden profundizar la vergüenza y la vulnerabilidad. Experiencias que, por su recurrencia, sistematicidad y dimensiones, pueden entenderse como lo que Rita Segato llama una “pedagogía de la crueldad”: prácticas repetidas que normalizan la despersonalización.

...los actos y prácticas que enseñan, habitúan y programan a los sujetos a transmutar lo vivo y su vitalidad en cosas. [...] Me refiero a algo muy preciso, como es la captura de algo que fluía errante e imprevisible, como es la vida, para instalar allí la inercia y la esterilidad de la cosa, mensurable, vendible, comparable y obsolescente, como conviene al consumo en esta fase apocalíptica del capital. La repetición de la violencia produce un efecto de normalización de un paisaje de crueldad y, con esto, promueve en la gente los bajos umbrales de empatía indispensables para la empresa predatora. (2018: 11)



Caminos alternativos: prácticas contra-pedagógicas

El mensaje de Karina apunta hacia otra posibilidad: perder el miedo. Las parteras de Morada Violeta nombran sus consultas como “gineco-holísticas” y las conciben como espacios de conversación extensa, donde se integran dimensiones emocionales, corporales y sociales. Frente a la rapidez del sistema médico convencional, proponen citas largas, mesas circulares en lugar de escritorios y un lenguaje que reconoce la autonomía. Explicar cada procedimiento antes de iniciarlo, pedir permiso y describir posibles sensaciones permite que las usuarias imaginen una ruta sobre su propio cuerpo. Propongo entender estas rutas diseñadas por las parteras como lo que Rita Segato ha llamado “contra-pedagogías”, prácticas que buscan “rescatar una sensibilidad y vincularidad que puedan oponerse a las presiones de la época y,

sobre todo, que permitan visualizar caminos alternativos" (Segato, 2018: 15).



Foto 3. Acompañamiento a la salud, juntas

En estas consultas, los objetos cotidianos adquieren otro sentido. Una falda evita la desnudez total, un espejo permite mirar por primera vez la propia vulva o el cérvix, modelos anatómicos tejidos transforman la explicación clínica en gesto cercano. Incluso la auto-inserción del espéculo se propone como opción, no como obligación, para que cada persona decida cómo relacionarse con su cuerpo. Confirmar antes de tocar, observar gestos y reiterar el consentimiento se vuelven prácticas centrales.



Foto 4. Mapa vulvar



Foto 5. Trazado de ruta al cervix

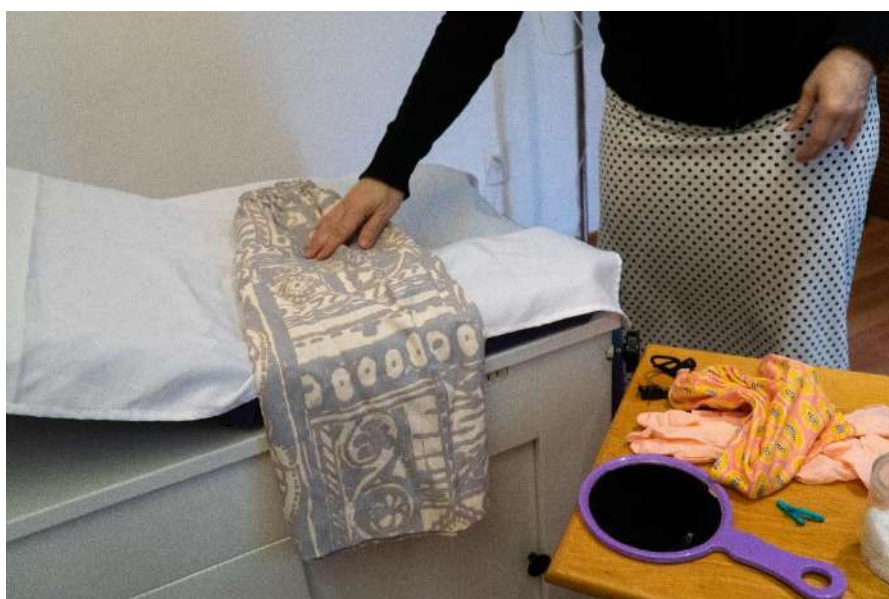


Foto 6. Proteger la experiencia



Foto 7. Espejo: la herramienta de la exploradora

Antes de realizar pruebas de ITS, las parteras abren conversaciones amplias y ofrecen un cuadernillo ilustrado que inicia con una frase clara: “Tener una ITS no es motivo de vergüenza”. El mensaje no elimina la tensión de un posible diagnóstico, pero recuerda que la consulta también es un espacio emocional. Mientras esperan resultados, el vapor del té y las risas nerviosas sostienen la escena: cuidado compartido más allá del procedimiento técnico.



Foto 8. Tener una ITS no es motivo de vergüenza



Foto 9. Proteger la experiencia

Aunque este ensayo se centra en un colectivo específico, este forma parte de un movimiento más amplio que busca transformar las relaciones históricamente asimétricas en la atención sexual y reproductiva, incluyendo a mujeres y disidencias sexo-genéricas. La partería autónoma feminista es una apuesta política por la autonomía corporal, pero no está exenta de tensiones: incluso acciones liberadoras pueden volverse imposición si no se escuchan los límites de cada cuerpo.

Tejer dignidad en terreno incierto

La decisión de anonimizar rostros responde también a un contexto legal incierto, donde el reconocimiento institucional no siempre protege a quienes practican formas autónomas de cuidado; particularmente tras la entrada en vigor de la NOM-020-SSA-2025, que regula establecimientos de salud y reconoce ciertas formas de partería. El trabajo autónomo permanece fuera del marco legal. Muchas parteras quedan en un territorio incierto, en el que su labor, orientada al cuidado de la vida, se desplaza hacia la clandestinidad y su seguridad se vuelve vulnerable. Ocultar sus rostros es una forma de resguardo, un gesto ético frente a un contexto que todavía no les abre la puerta del reconocimiento institucional.

Resulta paradójico que prácticas orientadas a la dignidad del cuerpo se sitúen en los márgenes de la legalidad. Aun así, este registro insiste en que la dignidad se construye con gestos mínimos: una prenda que cubre, un espejo que devuelve la imagen propia, un tejido que explica, una fotografía que atestigua.

Quizá se trate, simplemente, de seguir insistiendo, de actuar, nombrar y registrar estas

prácticas hasta que la dignidad con la que se construyen estos espacios se haga costumbre.



Foto 10. Panorámica interior: vulva, cérvix, útero

Referencias

Ahmed, S. (2015). *La política cultural de las emociones*. Universidad Nacional Autónoma de México, Programa Universitario de Estudios de Género.

Comisión Nacional de Arbitraje Médico (2024). *Anuario estadístico 2023*. Secretaría de Salud.

Cooper Owens, D. (2018). *Medical bondage: Race, gender, and the origins of American gynecology*. The University of Georgia Press.

DEAS-TV (19 de noviembre de 2025). *Parteras urbanas y casas de partería: territorios, sensibilidad y cuidados* [Video]. YouTube. <https://www.youtube.com/watch?v=QVH0rbvBXe4>

Marín, Y. (2023). *Germinar y sostener la vida en pandemia: Experiencias reproductivas y de cuidados de mujeres en México, 2020–2023* [Tesis de doctorado]. El Colegio de Michoacán.

Martin, P. (2024). 'Somos las indígenas que no pudiste esterilizar': Visual and embodied activism in the contemporary Peruvian feminist movement. En R. Irons y P. Martin (eds.), *Decolonising Andean Identities: Andinxs, activism and social change*. UCL Press. <https://www.jstor.org/stable/jj.9474315.11>

McGregor, D. K. (1998). *From midwives to medicine: The birth of American gynecology*. Rutgers University Press.

Menéndez, E. (2003). Modelos de atención de los padecimientos: De exclusiones teóricas y articulaciones prácticas. *Ciência & Saúde Coletiva*, 8(1), 185-207.

Segato, R. (2018). *Contra-pedagogías de la crueldad*. Prometeo Libros.

Zamorano Villarreal, G. y Kernaghan, R. (2022). Obtuso es el sentido: visualidad y práctica etnográfica. *Encartes*, 5(9), 1-27. <https://doi.org/10.29340/en.v5n9.274>

1. Agradecimientos: Al equipo de Morada Violeta y a las usuarias. En este texto retomo ideas gestadas en conversaciones con Andrea Ramírez Campos. [↑](#)
 2. Correo electrónico: yaredh.mv@gmail.com [↑](#)
-

[jonnpr.3816](#)

Organización Mundial de la Salud (2014). *Documentos básicos*. 48° Edición. <https://apps.who.int/gb/bd/PDF/bd48/basic-documents-48th-edition-sp.pdf?ua=1#page=7>

Rupp, L. J. (2009). *Sapphistries: A Global History of Love between Women*. NYU Press. <http://www.jstor.org/stable/j.ctt9qg1g0>

1. Fotografías de Dahil Rosas

Correos electrónicos: direccion@balancemx.org, id.sexual@balancemx.org,
emancipacion-is@balancemx.org ↑

“Misocompra” y la urgencia de desmantelar las barreras cotidianas al aborto seguro en México

María del Rosario Ramírez Morales^[1]

Universidad de Guadalajara





Cartel de *Misocompra* (Ro Rikken, 2023)

Resumen:

Esta reseña analiza el cortometraje documental *Misocompra* (2023), dirigido por Andrea Ro Rikken, que retrata las barreras cotidianas que enfrentan las mujeres para acceder al misoprostol. Se examina cómo el documental expone la paradoja entre el reconocimiento de este medicamento por parte de la OMS para el aborto seguro y las restricciones, juicios morales y desinformación sistemática que operan en la práctica farmacéutica cotidiana. Se recuperan investigaciones sobre el papel del personal de farmacia en el itinerario abortivo, y se subraya el valor político del cortometraje como herramienta de documentación y denuncia, y como un llamado urgente a dismantelar las barreras simbólicas, institucionales y cotidianas que obstaculizan el ejercicio de los derechos (no) reproductivos en México.

Palabras clave: misoprostol; aborto seguro; farmacias; estigma por aborto; derechos reproductivos.

El cortometraje documental *Misocompra* (2023), dirigido por Andrea Ro Rikken, es una producción que en poco más de seis minutos permite comprender y vivir en primera persona las barreras cotidianas que enfrentan las mujeres mexicanas en el ejercicio de sus derechos (no) reproductivos. *Misocompra* tiene un relato simple, pero claro: llevar a quien observa a un recorrido por distintas farmacias del centro de la ciudad de Guadalajara, en el occidente mexicano, en busca de misoprostol. El resultado es un ejemplo de cómo el acceso a medicamentos como este sigue siendo un reto para quien lo necesita y está lejos de ser garantizado.

El documental expone una paradoja central: mientras que la Organización Mundial de la Salud (OMS) reconoce al misoprostol como un medicamento para abortar de manera segura, su venta en farmacias está frecuentemente condicionada por recetas médicas innecesarias, juicios morales del personal farmacéutico y una desinformación sistemática que obstaculiza el acceso al medicamento y al aborto. Esta contradicción entre el marco normativo internacional y la práctica individual es precisamente lo que *Misocompra* documenta, mostrando interacciones reales entre una mujer y el personal de farmacia, donde el estigma y los prejuicios operan como barreras más efectivas que las propias leyes.

La obra de Ro Rikken dialoga con investigaciones que destacan la relevancia del personal de farmacia para el acceso al misoprostol (Atiz Cabezas y Luya Orna, 2020; Ipas CAM, 2022) y la

necesidad de asegurar información para procesos seguros (Ramos et al., 2016; Cedeño et al., 2019; Rojas et al., 2022). Su trabajo también aborda los desafíos contemporáneos del aborto con medicamentos (Lafaurie, 2005; Sánchez-Ramírez y Veldhuis, 2022) y la importancia estratégica de estos insumos para viabilizar los itinerarios abortivos de las usuarias (Ipas CAM, 2022; Diniz y Medeiros, 2012; González, 2025). En estas y otras investigaciones y exploraciones sobre las experiencias de aborto, un elemento crucial es el acceso a los medicamentos, el desarrollo adecuado de los protocolos de uso de misoprostol y la superación de los estigmas sociales asociados con el aborto.

Considerando que entre la usuaria y el misoprostol existe un agente como el personal de farmacia, *Misocompra* captura cómo este condiciona la venta del producto, proporciona información incorrecta y sesgada, y juzga moralmente a las mujeres que buscan el medicamento con base en prejuicios personales. En este sentido, recupero algunos de los resultados de la exploración e intervención de Ipas CAM (2022), centrada precisamente en el personal de farmacia, donde a través de estrategias comunicativas se formaba al personal con el fin de brindar la información necesaria para evitar que representaran una barrera al acceso del misoprostol y se convirtieran en eslabones que facilitarían el ejercicio de los derechos no reproductivos de las mujeres que así lo decidieran. En esta exploración, se reveló que el problema no es necesariamente una oposición ideológica por parte del personal de farmacia, sino más bien una combinación de desinformación, falta de capacitación adecuada y ausencia de herramientas para manejar los propios prejuicios y el estigma social. El estigma por y hacia el aborto no es abstracto ni meramente discursivo; como en muchos otros casos asociados con la salud de las mujeres, tiene consecuencias materiales concretas.

Por otro lado, es importante situar este documental en su contexto. En México, el misoprostol se puede comprar en farmacias sin receta médica, lo que debería facilitar su acceso. Sin embargo, existe un desfase significativo entre la normativa y la práctica cotidiana con respecto a su venta. Este desfase es particularmente problemático en estados donde el aborto aún está criminalizado (como es el caso de Jalisco al momento de hacer el levantamiento de imagen), pero incluso persiste en entidades donde ha sido despenalizado.

Aunque el documental se sitúa en Guadalajara, aborda desigualdades transversales en el acceso al aborto en México. Si bien las barreras para obtener medicamentos afectan a todas las personas gestantes, el impacto es crítico para quienes viven en situación de vulnerabilidad. Para ellas, obstáculos como la negativa del personal de farmacia a vender misoprostol, los precios excesivos o información incorrecta sobre su uso no son solo inconvenientes, sino factores determinantes. Estas limitaciones marcan la diferencia entre un procedimiento inseguro, la posibilidad de interrumpir el embarazo durante el primer trimestre y verse

obligadas a buscar alternativas costosas en etapas gestacionales avanzadas.

El trabajo de Ro Rikken forma parte de un proyecto documental más amplio que busca incluir testimonios de mujeres que han abortado y el papel de las colectivas feministas para impulsar cambios legislativos como los ocurridos en el estado de Jalisco en octubre de 2024 (Congreso del Estado de Jalisco). Esta visión integral es crucial porque permite fortalecer una certeza ya documentada en distintas investigaciones: que el acceso al aborto seguro no se resuelve únicamente con cambios legales; requiere transformaciones culturales, capacitación del personal de salud, combate al estigma y creación de redes de apoyo.

Misocompra se inscribe, entonces, en una trama de documentación activista necesaria para el movimiento por los derechos reproductivos en América Latina. Al registrar las micropolíticas de poder que operan en espacios cotidianos como las farmacias, se construye evidencia sobre las barreras reales que enfrentan las mujeres. Esta evidencia visual es poderosa no solo para sensibilizar al público general, también para fundamentar demandas de política pública y estrategias de intervención. Por otro lado, al documentar las experiencias cotidianas de discriminación y obstaculización en el acceso a los medicamentos, suma a los trabajos académicos y activistas donde se ha buscado construir una narrativa alternativa sobre el aborto; una que lo sitúa no como un tema moral abstracto, sino como una necesidad de salud pública concreta que requiere respuestas institucionales y sociales adecuadas. En este sentido, el documental de Ro Rikken no es solo una denuncia; es una herramienta para el movimiento por los derechos reproductivos en México.

Referencias

Atiz Cabezas, B. y Luya Orna, B. (2020). *Nivel de conocimiento y conducta del personal técnico de farmacia en el expendio del misoprostol en los establecimientos farmacéuticos del distrito de Santa Anita, Lima, 2020* [Tesis de licenciatura]. Universidad María Auxiliadora. <https://hdl.handle.net/20.500.12970/271>

Cedeño, L., Tena Guerrero, O., Flores Palacios, F. y Rocha Sánchez, T. E. (2019). Guardar/romper el silencio sobre la interrupción voluntaria del embarazo: Narrativas de mujeres mexicanas. *Athenea Digital*, 19(2), e2313. <https://doi.org/10.5565/rev/athenea.2313>

Congreso del Estado de Jalisco (4 de octubre de 2024). Avalan modificar el código penal para despenalizar el aborto. *Boletín de prensa de la LXIV Legislatura del Congreso del Estado de Jalisco*. <https://www.congresoal.gob.mx/boletines/avalan-modificar-el-c-digo-penal-para-despenalizar-el-aborto>

Diniz, D. y Medeiros, M. (2012). Itinerários e métodos do aborto ilegal em cinco capitais brasileiras. *Ciência & Saúde Coletiva*, 17(7), 1671-1681. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232012000700002>

Ipas CAM (2022). De barreras a eslabones: intervenciones para la disminución de barreras para el acceso al aborto seguro con medicamentos en México. En G. Sánchez-Ramírez y S. Veldhuis (coords.), *Realidades y retos del aborto con medicamentos en México* (pp. 61-78). El Colegio de la Frontera Sur.

Lafaurie, M. M. (2005). *El aborto con medicamentos en América Latina. Las experiencias de las mujeres en México, Colombia, Ecuador y Perú*. CLACAI Digital; Population Council y Gynuity Health Projects. <http://clacaidigital.info/handle/123456789/50>

González, M. (2025). *Itinerarios de aborto y emociones de mujeres que han abortado de manera autogestiva, con medicamentos y acompañamiento en la ZMG* [Tesis de maestría no publicada]. Universidad de Guadalajara.

Ramos, S., Romero, M. y Aizenberg, L. (2016). Experiencias de mujeres con el uso de medicamentos abortivos, en un contexto de restricciones legales: El caso de Argentina. *Reproductive Health Matters. Temas de Salud Reproductiva, Derechos Sexuales y Aborto en América Latina*, (9), 136-148.

Rojas Lozano, V. R., Ramírez Morales, M. del R., Herrero Martín, M. B., Rodríguez Pedraza, Y. y Rodríguez Falcón, M. (2022). Aborto, una mirada desde los activismos feministas. *Iberoforum. Revista de Ciencias Sociales*, 2(1), 1-8. <https://doi.org/10.48102/if.2022.v2.n1.234>

Ro Rigger, A. (2024). Cartel de Misocompra [Imagen]. FilmFreeway. <https://filmfreeway.com/Misocompra>

Sánchez-Ramírez, G. y Veldhuis, S. (coords.) (2022). *Realidades y retos del aborto con medicamentos en México*. El Colegio de la Frontera Sur.

1. Correo electrónico: mros.rm@gmail.com ¹

Reseña del documental *A todo lo que dije sí*, Colectiva ADAS

María Belén Herrero Martín^[1]

Alicia Sarmiento Velásquez^[2]

Victoria Raquel Rojas Lozano^[3]

Universidad Nacional Autónoma de México

En memoria de Olivia Ortiz Ramírez

(QEPD, agosto 2025)

¡Somos llamas de un fuego que no se apaga!



Ilustración *Ichan Tecolotl* con imagen de la página de Facebook de Colectiva ADAS.

Resumen

Esta reseña analiza el documental *A todo lo que dije sí* (2024), dirigido por Laura Arévalo y producido por la Colectiva ADAS –Acompañamiento Después de un Aborto Seguro–, organización feminista mexicana fundada en 2019 por Olivia Ortiz Ramírez, Sandra Triay García y Paola Cabello Montaño. Destaca el aporte singular de ADAS como organización especializada en el acompañamiento emocional posterior al aborto, cuya metodología articula psicoterapia narrativa, psicoanálisis y feminismo. A través del análisis del documental, la reseña examina

cómo la propuesta de ADAS trasciende el modelo dominante de acompañamiento –orientado a la culminación exitosa del proceso físico– para centrar su atención en el impacto emocional del estigma social, construyendo espacios de cuidado colectivo que visibilizan y honran la experiencia afectiva de las mujeres que deciden interrumpir un embarazo.

Palabras clave: acompañamiento emocional; aborto; estigma; comunidades de cuidado; colectivas feministas.

Sobre el documental

A todo lo que dije que sí es un documental dirigido por Laura Árevalo y producido por Colectiva Acompañamiento Después de un Aborto Seguro (ADAS) en el año 2024. Esta organización feminista mexicana fue fundada por Olivia Ortiz Ramírez, Sandra Triay García y Paola Cabello Montaña en 2019, como un recurso de atención emocional a mujeres que voluntariamente decidían interrumpir un embarazo, con la intención de cobijar los silencios y la soledad de la experiencia. Cabe mencionar que Olivia diseñó la metodología de atención casi una década antes, en 2007, año en que se despenalizó el aborto en Ciudad de México.

Actualmente, ADAS brinda apoyo a mujeres en México y en otros países de América Latina, mediante el trabajo de Ale, Pao y Lala, quienes ofrecen acompañamiento –individual y colectivo– amoroso y sin estigmas. Del trabajo de la organización se derivó ADAS en Red, un proyecto que ofrece círculos de reflexión sobre el proceso embarazo-aborto. Para solicitar sus servicios, basta con contactarlas a través de sus redes sociales ^[4], espacio en el que comparten contenido que busca informar, concientizar y sensibilizar sobre el proceso emocional postaborto desde una perspectiva de género y derechos sexuales y reproductivos.

Aunque en México la despenalización del aborto entró en la agenda pública desde la década de los setenta del siglo pasado, no fue sino hasta el siglo XXI que el acompañamiento se extendió como práctica feminista articulada con los activismos que emergieron en el marco de lo que conocemos como la Marea Verde; movimiento crucial en el proceso de ciudadanización de la sexualidad, concretamente en lo relativo a la cuestión del aborto, y que aglutina de manera informal una diversidad de organizaciones, colectivas y grupos.

No obstante, ante dicha proliferación en el territorio nacional, ADAS destaca como la única organización que se ha focalizado en el acompañamiento emocional posterior a la experiencia del aborto y cuyo trabajo llevó al desarrollo de una metodología para atender el impacto emocional del estigma social hacia este. Esta metodología articula la psicoterapia narrativa, el psicoanálisis y el feminismo (Ortiz Ramírez, 2022). A diferencia del modelo de acompañamiento predominante en México –enfocado en la culminación exitosa del proceso

físico del aborto–, la propuesta de ADAS se centra específicamente en el trabajo terapéutico posterior a la vivencia.

El documental visibiliza la importancia del acompañamiento y la apuesta por construir espacios que recuperen los sentires de las mujeres y cobijen sus vivencias en torno al aborto. La trama se estructura en dos momentos. El primero condensa la historia de ADAS, tejida por Olivia Ortiz Ramírez junto a Sandra Triay García, Paola Cabello Montaña y Alejandra Cabello Montaña, quienes visibilizan el acompañamiento abortista desde su dimensión política-afectiva. En el segundo momento, se presentan los autorretratos de cuatro mujeres: Pam, Diana, Caro y Yess. Las historias son grabadas por sus protagonistas a través de sus teléfonos móviles, en ellas comparten fragmentos íntimos de sus experiencias de aborto como estrategia para mirarse y encontrarse. Son ellas, en primera persona y desde su propia voz, quienes desde la transgresión de los silencios se reencuentran con una intimidad que desean hacer pública: sus emociones, proyectos, sueños y aquello a lo que dijeron que sí cuando optaron por abortar. El uso del formato de autorretrato permite que las protagonistas sean las realizadoras de la obra cinematográfica, utilizando su propia imagen para proyectar sus memorias y mundo interior. Este formato ha sido caracterizado como una escritura fílmica del yo, al centrarse en modalidades discursivas que proyectan historias en primera persona.

Enmarcando el documental: aborto, emociones, salud y cuidados

El activismo feminista es un movimiento político y social que genera saberes, conocimientos y prácticas de cuidados en favor de la salud de las mujeres. Una de sus manifestaciones más relevantes y con profundas raíces históricas es el acompañamiento abortero, el cual se ha consolidado como un posicionamiento teórico, afectivo, político y ético de justicia (no) reproductiva para mujeres, niñas y personas con capacidad de abortar que deciden interrumpir su embarazo o buscan regular su ciclo menstrual. Esta práctica tiene sus antecedentes en la creación de los primeros servicios de aborto clandestinos en países como Estados Unidos, Italia y Francia a finales de la década de los sesenta (Rojas Lozano et al., 2022).

El acompañamiento abortero se entiende como el resultado de un trabajo de traducción de un saber histórico-local que, tras haber sido medicalizado, se ha volcado en un saber activista. Esta práctica se realiza fuera de un contexto clínico, enfocándose en un trabajo político-afectivo que consiste en ofrecer información, contención emocional y democratización de saberes sobre el aborto autoadministrado y autogestionado (ya sea herbolario, farmacológico o quirúrgico) (Rojas Lozano, 2025).

Acompañar y ser acompañada ha sido crucial dentro del movimiento feminista para la creación y el fortalecimiento de redes y colectivas. Esto facilita la construcción de interacciones y relaciones intersubjetivas que desafían los mandatos de género que promueven la falta de articulación entre mujeres y, en su lugar, apuestan por el trabajo conjunto, el conocimiento mutuo, el bienestar y la salud desde lo colectivo.

Los cuidados colectivos entre y para mujeres que surgen de redes como ADAS trascienden el deber-ser o el rol de género impuesto, enfatizando la interdependencia y la necesidad de ser no solo cuidadoras, sino también cuidadas, especialmente dentro de un sistema médico patriarcal. La formación de lo que aquí denominamos comunidades de cuidado es apremiante, porque implica salvar la propia vida (Casados González y Moreno Uribe, 2022). Este trabajo de cuidado y acompañamiento, a menudo no remunerado e invisibilizado por el saber biomédico y el sistema económico, constituye un primer nivel de atención real que amplía los horizontes tradicionales respecto a la salud y bienestar de las mujeres, priorizando la agencia de las mujeres y su autonomía emocional.

El concepto de comunidad emocional (Rosenwein, 2006; Baquero Torres, 2020) es clave para comprender la incidencia de las emociones en la movilización de la acción colectiva en contextos de violencia y su papel en la construcción identitaria y el agenciamiento social. La colectiva ADAS, al verse desde la óptica de las comunidades emocionales, revela la dimensión emocional, ética y política del cuidado, y su impacto en la salud integral.

En esta lógica, el acompañamiento implica compartir experiencias y establecer vínculos basados en normas y dispositivos emocionales (López Sánchez, 2011). Esto requiere de habilidad empática y la disposición de involucrarse afectivamente en las vivencias de las compañeras a través del acto de escuchar y de abrirse a la vulnerabilidad compartida. La escucha y contención emocional actúan como potenciadores de cuidados que subvierten la matriz emocional hegemónica. Las acompañantes están sustentadas por una ética del reconocimiento que impulsa la acción política de “estar ahí para otras”. Este activismo sostenido, afectivo y efectivo se moviliza a través de emociones como angustia, miedo, culpa, empatía y digna rabia (Rojas-Lozano, 2025).

Decir que sí, abortar en compañía y romper los silencios

El documental nos acerca al trabajo que ADAS, como una comunidad emocional de cuidados, ha realizado a lo largo de casi 20 años mediante fragmentos de la vida cotidiana de mujeres y de los espacios que habitan. Mujeres que dijeron que sí al aborto y, al hacerlo, apostaron por sus proyectos de vida, en insurgencia con un mandato heteropatriarcal: “la maternidad”.

A través de las voces de sus protagonistas, se despliega una urdimbre de cuestionamientos en torno a la relación embarazo-aborto, lo que se espera de una “buena mujer”, el placer sexual femenino, el acceso a métodos anticonceptivos, el derecho a optar voluntariamente por la maternidad y el aborto legal como medio para evitar la mortalidad de las mujeres que deciden interrumpir un embarazo, que subvierten los saberes tradicionales reproductores del orden social de género. Esta articulación entre conocimiento y afecto posibilita romper silencios históricos para nombrar lo que duele. Cuando el cuerpo habla, es posible liberar y sanar. La sanación aquí no solo es un proceso íntimo, sino también político, al involucrar el trabajo emocional que se teje en colectivo y que en la mayoría de los casos es sostenido por las organizaciones y activismos feministas.

La potencia de este tipo de recurso audiovisual reside en su capacidad para trasladar las vivencias y sentires de sus protagonistas hacia públicos diversos, permitiendo el despliegue de narrativas alternativas sobre la salud, la sexualidad, la reproducción y los cuerpos de las mujeres y personas con capacidad de gestar. El filme visibiliza prácticas de cuidados que trascienden los modelos médicos hegemónicos e incorporan la dimensión emocional/afectiva. Al hacerlo, la obra politiza el silencio: ese espacio donde el miedo a la incomprensión y al estigma suele anestesiar las emociones frente a una sociedad que juzga con dureza.

A todo lo que dije sí nos lleva a reflexionar sobre los límites de la legalización del aborto en un entramado cultural patriarcal y heteronormado como el que se vive en México. Cuando la legalidad no garantiza el acceso y tampoco nos libera del estigma social, decidir sobre nuestros cuerpos puede ser una experiencia dolorosa, en soledad y silencio, nos dicen las ADAS.

En última instancia, este documental constituye una invitación a romper los propios silencios y a sostenernos en lo colectivo. Al permitir que otras mujeres se reflejen en las vivencias de sus protagonistas, la obra abre un espacio para reconocer batallas compartidas y el modo en que todas habitamos en ellas. Para las activistas de ADAS es importante que quienes decidieron interrumpir su embarazo “afirmen su decisión, que no solo bajen el volumen a las voces del estigma, sino que ellas puedan ver que al decirle no a un embarazo, le dijeron que sí a otras cosas” (Arévalo, 2024).

Referencias

Arévalo, L. (Directora) (2024). *A todo lo que dije sí* [Documental]. Colectiva ADAS.

Baquero Torres, P. (2020). Comunidades emocionales y transformación social: El carácter político de la energía emocional. En O. López Sánchez y R. Enríquez Rosas (coords.), *Gestión emocional en procesos migratorios, políticos y de organización colectiva en Latinoamérica y*

México (pp. 105-134). Universidad Nacional Autónoma de México; Instituto Tecnológico de Estudios Superiores de Occidente.

Casados González, E. y Moreno Uribe, V. (2022). Redes de cuidados en medio de la violencia y precarización contra mujeres en Veracruz. *Argumentos Estudios Críticos de la Sociedad*, 97, pp. 103-119. <https://doi.org/10.24275/uamxoc-dcsh/argumentos/202297-05>

López Sánchez, O. (2011). Reflexiones iniciales sobre la historia cultural de la construcción emocional de las mujeres en el siglo XIX mexicano. En O. López Sánchez (coord.), *La pérdida del Paraíso. El lugar de las emociones en la sociedad mexicana entre los siglos XIX y XX* (pp. 23-56). Facultad de Estudios Superiores-Iztacala; Universidad Nacional Autónoma de México.

Ortiz Ramírez, O. (2022). *ADAS: Experiencia emocional de las mujeres que buscaron apoyo luego de la interrupción legal de un embarazo en DF*. Repositorio CLACAI. <http://clacaidigital.info/handle/123456789/1635>

Rojas Lozano, V. R. (2025). Entre la criminalización del aborto y el cuidado como resistencia organizada. *Anales de Antropología*, 59(1), pp. 43-52. <https://doi.org/10.22201/ia.24486221e.2025.59.1.87520>

Rojas Lozano, V. R., Ramírez Morales, M. del R., Herrero Martín, M. B., Rodríguez Pedraza, Y., y Rodríguez Falcón, M. (2022). Aborto, una mirada desde los activismos feministas. *Iberoforum. Revista de Ciencias Sociales*, 2(1), pp. 1-8. <https://doi.org/10.48102/if.2022.v2.n1.234>

Rosenwein, B. (2006). *Emotional communities in the Early Middle Ages*. Cornell University Press.

1. Correo electrónico: mbherrerom@uaemex.mx ↑

2. Correo electrónico: asarmientov@uaemex.mx ↑

3. Correo electrónico: vicra.rojas@iztacala.unam.mx ↑

4. Instagram: <https://www.instagram.com/adas.mx>; Facebook: <https://www.facebook.com/p/ADAS-Apoyo-Emocional-100067880647568/> ↑
