



Ciencia Latina Revista Científica Multidisciplinar, Ciudad de México, México.
ISSN 2707-2207 / ISSN 2707-2215 (en línea), mayo-junio 2026,
Volumen 10, Número 3.

https://doi.org/10.37811/cl_rcm.v10i3

ESTUDIO SOBRE BARRERAS SOCIOCULTURALES EN LA ATENCIÓN PRENATAL EN MUJERES INDÍGENAS DE OAXACA, MÉXICO

**PERCEPTIONS OF HUMANIZED CARE AMONG
HOSPITALIZED PATIENTS IN HIDALGO, MEXICO**

Ernesto Luna-Morales

Facultad de Medicina y Cirugía, URSE, Oaxaca

Iván Antonio García Montalvo

Facultad de Medicina y Cirugía, URSE, Oaxaca

César Alejandro Mendoza-García¹

Facultad de Medicina y Cirugía, URSE, Oaxaca

DOI: https://doi.org/10.37811/cl_rcm.v10i3.24100

Estudio sobre barreras socioculturales en la atención prenatal en mujeres indígenas de Oaxaca, México

Ernesto Luna-Morales¹ernestoneto_1994@hotmail.com<https://orcid.org/0009-0001-3432-9002>Facultad de Medicina y Cirugía, URSE, Oaxaca
México**Iván Antonio García Montalvo**c.invest.medicina@urse.edu.mx<https://orcid.org/0000-0003-4993-9249>Facultad de Medicina y Cirugía, URSE, Oaxaca
México**César Alejandro Mendoza-García**20cmendozag@urse.edu.mx<https://orcid.org/0009-0002-5454-0152>Facultad de Medicina y Cirugía, URSE, Oaxaca
México

RESUMEN

La salud reproductiva en las comunidades indígenas de Oaxaca integra cosmovisiones tradicionales con tensiones respecto al modelo biomédico dominante. Las mujeres se enfrentan a una triple discriminación (por motivos de género, etnia y pobreza), al racismo institucional, a la violencia obstétrica y a barreras lingüísticas que fomentan la desconfianza y el rechazo hacia los servicios formales, lo cual se ve agravado por la exclusión territorial y la falta de intérpretes calificados. El estudio de métodos mixtos en Papaloapan reveló diversidad lingüística, bajo nivel educativo rural y dinámicas patriarcales que limitan la autonomía y la alfabetización en salud. Aunque todas las mujeres iniciaron la atención prenatal, prevalecieron los retrasos, la discontinuidad y la falta de exámenes básicos, con barreras geográficas, mala comunicación e integración cultural limitada. La preferencia por las parteras tradicionales pone de relieve el desplazamiento del conocimiento ancestral, a pesar de su papel mediador clave. Los hallazgos concuerdan con los determinantes sociales de la OMS y las experiencias latinoamericanas y asiático-africanas, y abogan por modelos interculturales híbridos, capacitación en sensibilidad cultural, servicios lingüísticos y empoderamiento de las mujeres para reducir las desigualdades materno-perinatales y fortalecer la confianza en los sistemas de salud.

Palabras clave: Salud reproductiva; barreras socioculturales; parteras tradicionales, discriminación indígena; atención prenatal

¹ Autor principal

Correspondencia: ernestoneto_1994@hotmail.com

Study on sociocultural barriers to prenatal care among indigenous women in Oaxaca, Mexico

ABSTRACT

Reproductive health in indigenous communities in Oaxaca integrates traditional worldviews with tensions regarding the dominant biomedical model. Women face triple discrimination (based on gender, ethnicity, and poverty), institutional racism, obstetric violence, and language barriers that foster mistrust and rejection of formal services, exacerbated by territorial exclusion and a lack of qualified interpreters. The mixed-methods study in Papaloapan revealed linguistic diversity, low rural educational attainment, and patriarchal dynamics that limit autonomy and health literacy. Although all women initiated prenatal care, delays, discontinuity, and basic examinations were prevalent, with geographical barriers, poor communication, and limited cultural integration. The preference for traditional midwives highlights the displacement of ancestral knowledge, despite their key mediating role. The findings align with the WHO's social determinants and Latin American/Asian-African experiences, calling for hybrid intercultural models, training in cultural sensitivity, language services, and women's empowerment to reduce maternal-perinatal inequities and strengthen trust in health systems.

Keywords: Reproductive health; sociocultural barriers; traditional birth attendants; discrimination against indigenous peoples; prenatal care

*Artículo recibido 25 marzo 2026
Aceptado para publicación: 25 abril 2026*



INTRODUCCIÓN

Para comprender la salud reproductiva y la atención prenatal en los contextos indígenas de Oaxaca es necesario adentrarse en una compleja red de conocimientos, valores, cosmovisiones y prácticas tradicionales que interactúan —no sin tensiones— con el modelo biomédico dominante. Esta perspectiva, lejos de limitarse al ámbito fisiológico, abarca dimensiones simbólicas, espirituales, colectivas y familiares que dan sentido a la experiencia de la maternidad y el embarazo en las comunidades indígenas oaxaqueñas (González-Grandón et al., 2026).

Para los pueblos indígenas de Oaxaca, la salud no es simplemente la ausencia de enfermedad, sino un equilibrio dinámico entre el cuerpo, el espíritu, la familia, la comunidad y la naturaleza. En este marco, la salud reproductiva se entiende como un proceso natural, pero también como algo profundamente espiritual y social (Price y Hawkins, 2007). La vida y el ciclo reproductivo están vinculados a la cosmovisión tradicional, que percibe eventos como la concepción, el embarazo y el parto no solo como fenómenos biológicos, sino también como acontecimientos que tienen repercusiones en el tejido comunitario y en las interacciones con las fuerzas espirituales y ancestrales (Aynalem et al., 2023).

La discriminación y la desigualdad en el acceso a los servicios de salud constituyen un problema persistente y multifacético que afecta especialmente a las mujeres indígenas de Oaxaca. Estos grupos se enfrentan no solo a barreras físicas y económicas, sino también a obstáculos profundamente arraigados en prejuicios étnicos, raciales y de género, que limitan su capacidad para recibir una atención prenatal adecuada y oportuna (Cohen y Mata-Sánchez, 2021).

Las mujeres indígenas se enfrentan a una triple discriminación: por ser mujeres, por su origen étnico y por su situación socioeconómica. Esta triple carga limita su acceso a los sistemas formales de atención médica y reduce la calidad de la atención que reciben (Serván-Mori y Meneses-Navarro, 2025). La violencia obstétrica, que va desde el comportamiento irrespetuoso hasta la denegación del consentimiento informado, es una forma común de discriminación en los entornos hospitalarios, lo que genera miedo y aversión hacia los servicios institucionales (Llagostera-Reverter et al., 2025). Muchas mujeres prefieren evitar acudir a clínicas y hospitales debido a experiencias previas de maltrato, a la falta de comprensión de sus prácticas culturales o incluso a la humillación basada en su idioma, vestimenta o forma de hablar.



El racismo institucional también se refleja en la forma en que los sistemas de salud ignoran o menosprecian las prácticas y los conocimientos tradicionales indígenas. Las barreras lingüísticas agravan esta situación. Muchas mujeres indígenas no hablan español con fluidez, el idioma predominante en las instituciones de salud, y los servicios rara vez cuentan con intérpretes calificados. Esto da lugar a malentendidos, a una falta de información clara sobre los procedimientos médicos y, en ocasiones, a diagnósticos erróneos o tratamientos inadecuados. La falta de una comunicación eficaz es un factor clave que perpetúa la desconfianza y el rechazo hacia la atención institucional (Webster, 2018). La discriminación está estrechamente ligada a la pobreza y a la exclusión territorial. Oaxaca es uno de los estados con mayores índices de marginación en México; las comunidades indígenas, que suelen vivir en zonas rurales y remotas, se enfrentan a deficiencias en la infraestructura sanitaria, a la escasez de personal médico capacitado y a un transporte limitado, factores que agravan las dificultades para acceder a los servicios básicos de salud prenatal. La falta de una política pública integral que reconozca estas realidades y asigne recursos humanos y materiales desde una perspectiva intercultural y territorialmente diferenciada agrava las desigualdades (Nolan-Isles et al., 2021).

La falta de intérpretes y traductores cualificados impide que muchas personas indígenas comprendan los procedimientos legales o reciban una educación de calidad en su lengua materna. Esto limita su capacidad para defender sus derechos y agrava su exclusión. En las escuelas, la enseñanza se imparte predominantemente en español, lo que margina las lenguas indígenas y fomenta procesos de asimilación forzada. Miles de niños indígenas se ven obligados a aprender en una lengua extranjera, lo que dificulta la comprensión y aumenta el riesgo de quedarse atrás en la escuela. A nivel social, la escasez de intérpretes judiciales y sanitarios, junto con una normativa débil en materia de derechos lingüísticos, perpetúa la discriminación y la invisibilidad cultural. A esto se suma la amenaza de extinción que enfrentan varias lenguas indígenas, cuyas comunidades cuentan ahora con menos de una docena de hablantes. La extinción lingüística implica no solo la pérdida de un medio de comunicación, sino también la erosión del conocimiento colectivo, las cosmovisiones y las formas ancestrales de relaciones sociales (Kleinert y Martínez-Gutiérrez, 2024).

Factores estructurales como la pobreza, el aislamiento geográfico y la exclusión social complican aún más la situación. La dispersión de las zonas rurales y montañosas, con una infraestructura sanitaria



limitada, encarece y dificulta el acceso a los servicios esenciales, mientras que la inseguridad económica limita la capacidad para sufragar los gastos de transporte o de atención médica. Esta intersección de barreras socioculturales y estructurales crea un entorno en el que las mujeres indígenas se ven sumidas en una situación de extrema vulnerabilidad durante el embarazo y el parto (Escribano-Pizarro et al., 2019). El objetivo de este estudio es analizar las barreras socioculturales a las que se enfrentan las mujeres indígenas de Oaxaca para acceder y recibir una atención prenatal adecuada, así como su impacto en la utilización, la calidad y la continuidad de los servicios de salud materna.

MÉTODOS

El estudio se llevó a cabo en la parte norte de la región papaloapa, en Oaxaca, concretamente en Santiago Jocotepec, Arroyo Cacao, Río Chiquito, San Juan Lalana y Paso San Jacobo, abarcando comunidades rurales y semirurales. Se utilizó un diseño observacional de métodos mixtos que combinaba métodos cuantitativos y cualitativos. La muestra fue intencional y no probabilística, y consistió en mujeres indígenas de diferentes grupos etnolingüísticos que estaban embarazadas o en espera de un embarazo, así como en partes interesadas relevantes, incluyendo parteras tradicionales, personal de salud pública y trabajadores comunitarios de salud involucrados en la atención prenatal. Los métodos cuantitativos permitieron la caracterización sociodemográfica de la población y la recopilación de datos primarios sobre el tema, dada la escasez de información específica en la región. De manera complementaria, los métodos cualitativos exploraron las dificultades que enfrentaban las mujeres para acceder a los servicios obstétricos durante el parto. Los criterios de inclusión fueron: ser mayor de 18 años, hablar una lengua indígena (como indicador de etnicidad) y haber tenido al menos un parto en los últimos cinco años.

Técnicas y herramientas de recopilación de datos

La recopilación de datos se basa en un enfoque de métodos mixtos que utiliza entrevistas en profundidad semiestructuradas, grupos focales y observación participante para identificar las barreras socioculturales que impiden el acceso de las mujeres indígenas a la atención prenatal. Las entrevistas individuales, que incluyen preguntas abiertas y adaptadas culturalmente, se llevan a cabo en entornos confidenciales con el fin de documentar las experiencias, expectativas y percepciones respecto al acceso, las interacciones con los profesionales de la salud y la medicina tradicional, poniendo de relieve los desafíos culturales, lingüísticos y estructurales.



Los grupos focales, divididos en sesiones para mujeres indígenas, profesionales de la salud y parteras tradicionales, facilitan el intercambio de experiencias, la búsqueda de consenso y el intercambio de sugerencias de mejora. La observación participante en clínicas y comunidades permite captar dinámicas, comportamientos y señales no verbales. Todos los instrumentos están diseñados, validados y probados para garantizar una alta fiabilidad (alfa de Cronbach $> 0,7$), lo que asegura una exploración profunda, pluralista y respetuosa que amplifica las voces y las cosmovisiones de los participantes.

Análisis de los resultados

En el marco de un diseño de estudio de métodos mixtos, el análisis integra métodos cuantitativos y cualitativos para ofrecer una comprensión integral y contextualizada del fenómeno. Se aplica una estrategia descriptiva, utilizando frecuencias y porcentajes para las variables categóricas, y medias, medianas y desviaciones estándar para las variables ordinales y las escalas de Likert. La fiabilidad de los instrumentos se verifica mediante el alfa de Cronbach (esperado $\geq 0,7$), lo que garantiza la consistencia interna de los ítems de percepción y actitud. Si el tamaño de la muestra lo permite, se utiliza la regresión logística para identificar los factores sociodemográficos y las barreras que predicen la asistencia regular a los controles prenatales.

El componente cualitativo consiste en la codificación y el análisis temático de las respuestas abiertas obtenidas en entrevistas, grupos focales y observación participante, con el fin de identificar patrones, narrativas clave y perspectivas sobre las barreras socioculturales. Esta triangulación enriquece la interpretación cuantitativa, ya que permite cuantificar la magnitud de las barreras al tiempo que se explora su significado cultural en las comunidades indígenas. De este modo, se genera un análisis holístico que respalda la implementación de intervenciones culturalmente relevantes.

Consideraciones éticas

Se siguieron las directrices de la Declaración de Helsinki y se obtuvo el consentimiento informado tanto verbal como por escrito. El protocolo del estudio fue aprobado por el Comité de Investigación de la Facultad de Medicina y Cirugía de la Universidad Regional del Sureste (732-18).

RESULTADOS

La población del estudio reside en comunidades rurales del norte de la región papaloapa de Oaxaca: Santiago Jocotepec, Arroyo Cacao, Río Chiquito, San Juan Lalana y Paso San Jacobo. El chinanteco es



la lengua materna predominante (69%), seguida del mixteco y el mazateco (14% cada uno) y, en menor medida, del zapoteco. En cuanto al nivel educativo, el 41% completó solo la escuela primaria, el 28% completó solo la secundaria, el 28% completó solo la preparatoria y el resto no tiene educación formal. En cuanto al estado civil, el 79% está casado y el 21% vive en unión libre. Todas las participantes asistieron al menos a una consulta prenatal durante su último embarazo. Sin embargo, solo el 26% comenzó la atención prenatal en el primer trimestre, el 58% en el segundo y el 38% en el tercero. El número de consultas se distribuyó de la siguiente manera: 45% (1–3), 41% (4–6) y 14% (≥ 7 , el mínimo recomendado). El 45% informó de discontinuidad en el seguimiento.

El personal sanitario estaba compuesto por médicos (76%), enfermeras (17%) y parteras tradicionales (7%). Sin embargo, el 86% acudió a parteras tradicionales durante el embarazo, y el 72% recibió apoyo de promotores de salud o parteras para asistir a las consultas prenatales. En el 55% de los casos, los exámenes realizados fueron básicos (presión arterial, peso, ecografía). En cuanto a las barreras socioculturales, el 55% consideró que las costumbres se respetaban de manera constante (el 45%, ocasionalmente), el 48% informó de una falta de integración de las prácticas culturales y el 38% sufrió rechazo debido a barreras socioculturales. La comunicación planteó desafíos: el 66% interactuó en un idioma que no era el propio y solo el 28% contó con intérpretes. El acceso físico fue difícil para el 62%, y el 45% gastó más de 100 MXN en transporte. El 44% sufrió discriminación debido a su origen indígena. Entre los aspectos positivos se incluyeron la confianza en los servicios (79%), la información clara sobre la atención prenatal (86%) y el apoyo de la comunidad (72%).

DISCUSIÓN

Los datos sociodemográficos confirman la diversidad lingüística de Papaloapan, con una alta prevalencia del chinanteco, lo que supone una barrera clave para la comunicación efectiva en unos servicios que se prestan predominantemente en español, lo que limita la comprensión médica y la tranquilidad durante la atención prenatal. Este multilingüismo, habitual en Oaxaca, perpetúa las desigualdades al generar desconfianza y retrasos, en consonancia con los estudios que relacionan la etnia indígena con un menor cumplimiento terapéutico.

La diversidad lingüística representa una barrera estructural clave para la comunicación efectiva en los servicios de salud predominantemente en español. Esta situación limita la comprensión de la



información médica. Genera incomodidad durante la atención prenatal, lo que fomenta la desconfianza y los retrasos en la búsqueda de atención, tal como lo confirman los estudios que asocian el origen indígena con una menor adherencia a los chequeos oportunos (Rivera et al., 2024).

El bajo nivel educativo (el 69% tiene estudios secundarios o menos) refleja las disparidades educativas en las zonas rurales, lo que influye en la percepción de la importancia de la atención prenatal y en la autonomía para tomar decisiones, una situación agravada por las dinámicas familiares en las que el 79 % de las mujeres casadas se enfrentan a influencias patriarcales restrictivas, una situación similar a la de los contextos indígenas, donde el apoyo económico de la pareja determina el acceso a la atención médica.

Desde una perspectiva multidimensional, estas intersecciones entre la educación limitada y los roles de género se alinean con el marco de la OMS sobre los determinantes sociales de la salud, en el que el nivel educativo afecta directamente a la alfabetización en salud y a la capacidad de buscar atención oportuna. En América Latina, las mujeres con educación primaria o menos enfrentan hasta tres veces más barreras para iniciar la atención prenatal temprana, debido a una menor comprensión de los riesgos del embarazo y una mayor subyugación a las decisiones masculinas (Dioses-Fernández et al., 2023).

La tasa de asistencia inicial del 100% es alentadora, ya que supera las tasas nacionales para las poblaciones indígenas. Sin embargo, los retrasos en el inicio (74% después del primer trimestre) y el bajo volumen/continuidad (86% <7 visitas, 45% discontinuo) ponen de relieve barreras geográficas (62% de dificultad para acceder a la atención, 45% de altos costos), logísticas y culturales, en consonancia con la literatura sobre las poblaciones dispersas de Oaxaca que priorizan las prácticas tradicionales. Los exámenes básicos limitados (55%) sugieren restricciones de recursos y técnicas, lo que compromete la detección temprana de riesgos.

El predominio de los médicos (76%) frente a las parteras (7% formales, 86% informales) indica un desplazamiento del conocimiento ancestral a pesar de su papel mediador (72% de apoyo), lo que presenta una oportunidad para modelos híbridos que aumenten la confianza y la adherencia, tal como lo proponen las directrices interculturales.

El predominio de la atención médica formal sobre la informal y el uso generalizado de parteras tradicionales pone de relieve un desplazamiento sistemático del conocimiento ancestral en contextos



indígenas, un fenómeno documentado a nivel mundial en América Latina, África y Asia. En países como Guatemala, Bolivia y Perú, así como en las comunidades mayas, quechuas y aimaras, este proceso refleja una hegemonía biomédica que margina las prácticas ancestrales efectivas, generando desconfianza y una menor adherencia a los servicios formales, según informes de la OMS y estudios etnográficos transculturales (Sarmiento et al., 2021).

Las barreras socioculturales son fundamentales: el respeto parcial (45%), la falta de integración cultural (48%), el rechazo (38%) y la discriminación (44%) reflejan un racismo estructural persistente, lo que conduce al abandono de los servicios y perpetúa las desigualdades maternas y perinatales, tal y como confirman los estudios sobre las poblaciones indígenas de México. La mala comunicación (66% de hablantes no nativos, 28% de intérpretes) agrava la desigualdad, lo que hace necesarios los servicios lingüísticos obligatorios. Factores positivos como la confianza (79%) y la información clara (86%) constituyen la base de las intervenciones: fortalecer a los promotores de salud/parteras, brindar capacitación intercultural, subsidiar el transporte e implementar protocolos adaptados. Limitaciones: muestreo intencional; futuros estudios longitudinales validarán la causalidad y el impacto de estas estrategias.

CONCLUSIONES

En conclusión, podemos afirmar que la atención prenatal para las mujeres indígenas de Oaxaca se enfrenta a importantes barreras socioculturales, en particular las derivadas de la prevalencia de lenguas indígenas que dificultan la comunicación, los bajos niveles educativos que limitan la comprensión y la autonomía, así como la constante falta de respeto hacia sus costumbres, todo lo cual socava la confianza y el acceso adecuado a los servicios de salud. Las dificultades de acceso físico, la discontinuidad en la atención y la limitada integración de los conocimientos tradicionales, junto con las experiencias de discriminación, ponen de relieve la urgente necesidad de implementar estrategias interculturales que fortalezcan la atención prenatal, promuevan el respeto cultural y mejoren la equidad y la calidad de la atención para estas comunidades.



REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Cohen, J. H., Mata-Sánchez, N. D. (2021). Challenges, inequalities and COVID-19: Examples from indigenous Oaxaca, Mexico. *Glob Public Health*. 16(4), 639-649. Doi: 10.1080/17441692.2020.1868548.
- Dioses-Fernández, D. L., Corzo-Sosa, C. A., Zarate-García, J. J., Vizcarra-Gonzales, V. A., Zapata-Maza, N. G., Arredondo-Nontol, M. (2023). Adherence to prenatal care in the sociocultural context of developing countries: a narrative review. *Horizonte Médico (Lima)*, 23(4), e2252.
- Escribano-Pizarro, J., Serrano-Lara, J. J., Martínez-Guirao, P. Análisis del riesgo de exclusión social en el medio rural: el índice Z como solución «lowcost» a la falta de indicadores sintéticos municipales. *Cuadernos Geográficos*. 58(3), 103-24.
- González-Grandón, X. A., Almeida, J. G., Hernández-Cordero, S., Ancira-Moreno, M., Peters-Castilla, M., Colmenares-Castaño, M. (2026). Breastfeeding in Tzeltal indigenous communities in Mexico: embodied and participatory experiences for policy recommendations. *Int Breastfeed J*. 21(1), 31. Doi: 10.1186/s13006-026-00815-y.
- Kleinert, C. V., Martínez-Gutiérrez, E. E. (2024). Derechos lingüísticos y formaciones de intérpretes de lenguas indígenas en Oaxaca: dos perspectivas en disputa. *Revista Eduscientia*. 1, 97-118.
- Llagostera-Reverter, I., Ortiz-Mallasén, V., Mejuto-Prego, M., Mena-Tudela, D. (2025). Factors associated with the perception of obstetric violence and its emotional impact on healthcare training: A cross-sectional study. *Nurs Rep*. 15(12), 425. Doi: 10.3390/nursrep15120425.
- Nolan-Isles, D., Macniven, R., Hunter, K., Gwynn, J., Lincoln, M., Moir, R., Dimitropoulos, Y., Taylor, D., Agius, T., Finlayson, H., Martin, R., Ward, K., Tobin, S., Gwynne, K. (2021). Enablers and barriers to accessing healthcare services for aboriginal people in New South Wales, Australia. *Int J Environ Res Public Health*. 18(6), 3014. Doi: 10.3390/ijerph18063014.
- Price, N. L., Hawkins, K. (2007). A conceptual framework for the social analysis of reproductive health. *J Health Popul Nutr*. 25(1), 24-36.
- Rivera, L., Butler, H., Salinas, K. E., Wade, C., Bazan, M., Larson, E., Molina, R. L. (2024). Communication preferences during pregnancy care among patients with primary spanish language: A scoping review. *Womens Health Issues*. 34(2), 164-171. Doi:



10.1016/j.whi.2023.08.008.

Sarmiento, I., Paredes-Solís, S., Dion, A., Silver, H., Vargas, E., Cruz, P., Pimentel, J., Zuluaga, G., Cockcroft, A., Andersson, N. (2021). Maternal health and indigenous traditional midwives in southern Mexico: contextualisation of a scoping review. *BMJ Open*. 11(12), e054542. Doi: 10.1136/bmjopen-2021-054542.

Serván-Mori, E., Meneses-Navarro, S. (2025). Beyond disease burden: the urgent need to address maternal health disparities among Indigenous populations in Latin America. *Int J Equity Health*. 24(1), 276. Doi: 10.1186/s12939-025-02600-5.

Webster, P. (2018). Language barriers restricting access to health care for Indigenous populations. *CMAJ*. 190(24), E754-E755. Doi: 10.1503/cmaj.109-5613.

