

Sexualidad, Salud y Sociedad

REVISTA LATINOAMERICANA

ISSN 1984-6487 / n. 27 - dic. / dez. / dec. 2017 - pp.46-65 / Sosa-Sánchez, I. & Erviti, J. / www.sexualidadsaludysociedad.org

Narrativas sobre género y sexualidad en médicos mexicanos. Sus implicaciones sobre las regulaciones corporales, sexuales y reproductivas

Itzel A. Sosa-Sánchez

Centro Regional de Investigaciones Multidisciplinarias
Universidad Nacional Autónoma de México (CRIM-UNAM)
Cuernavaca, México

> itzela@correo.crim.unam.mx

Joaquina Erviti Erice

Centro Regional de Investigaciones Multidisciplinarias
Universidad Nacional Autónoma de México (CRIM-UNAM)
Cuernavaca, México

> erviti@unam.mx

Copyright © 2017 Sexualidad, Salud y Sociedad – Revista Latinoamericana. This is an Open Access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution License (<http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>), which permits unrestricted use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original work is properly cited.

<http://dx.doi.org/10.1590/1984-6487.sess.2017.27.04.a>

Resumen: A partir de un estudio cualitativo, exploramos los vínculos entre discursos médicos sobre género y sexualidad, y las regulaciones corporales, sexuales y reproductivas en los espacios de salud reproductiva. Entrevistamos a médicos de servicios públicos de salud en México e indagamos sobre las prácticas reproductivas y sexuales de las usuarias, así como sobre las asignaciones sociales y profesionales de cuidado del cuerpo en las relaciones sexuales. Los testimonios revelan cómo los discursos y normatividades sobre género y sexualidad legitiman, en los espacios de salud reproductiva, las desigualdades sociales, especialmente las de género, y la doble moral sexual imperantes en la sociedad mexicana. Las mujeres emergen como saturadas de una sexualidad “desordenada” que debe ser controlada a través de diversas regulaciones corporales, sexuales y reproductivas. Estas regulaciones inciden en el reconocimiento de su autonomía sexual y reproductiva, e impactan negativamente en sus derechos.

Palabras clave: género; sexualidad; autonomía reproductiva; normatividades

Narrativas sobre gênero e sexualidade em médicos mexicanos.

Suas implicações sobre as regulações corporais, sexuais e reprodutivas

Resumo: A partir de um estudo qualitativo, exploramos os vínculos entre discursos médicos sobre gênero e sexualidade e as regulações corporais, sexuais e reprodutivas nos espaços de saúde reprodutiva. Entrevistamos médicos de serviços públicos de saúde no México e indagamos sobre as práticas reprodutivas e sexuais das usuárias, assim como sobre as designações sociais e profissionais do cuidado do corpo nas relações sexuais. Os testemunhos revelam como os discursos e normatividades sobre gênero e sexualidade legitimam as desigualdades sociais nos espaços de saúde reprodutiva, especialmente as de gênero, e a dupla moral sexual imperante na sociedade mexicana. As mulheres emergem como saturadas de uma sexualidade “desordenada” que deve ser controlada através de diversas regulações corporais, sexuais e reprodutivas. Estas regulações incidem no reconhecimento de sua autonomia sexual e reprodutiva e impactam negativamente nos seus direitos.

Palavras-chave: gênero; sexualidade; autonomia reprodutiva; normatividades

Narratives of Mexican physicians on gender and sexuality.

Its implications to body, sexuality and reproduction regulations

Abstract: This qualitative study explores the links between medical discourses about gender and sexuality and the body, sexual and reproductive regulations displayed in the reproductive health medical settings. Using in-depth interviews with medical practitioners working in public health services in Mexico, we explored the reproductive and sexual practices of the users of these services and the social and professional assignation regarding body care related with sexual relations. The narratives reveal how gender and sexuality discourses and normativities legitimize in the reproductive health services diverse social inequalities, especially those of gender, and those regarding the double sexual standard prevailing in the Mexican society at large. The women emerge in the narratives as saturated of an often “chaotic” sexuality that must be controlled through diverse corporal sexual and reproductive regulations. These regulations impact negatively the recognition of women’s sexual and reproductive autonomy and their sexual and reproductive rights as well.

Keywords: gender; sexuality; reproductive autonomy; normativities

Narrativas sobre género y sexualidad en médicos mexicanos. Sus implicaciones sobre las regulaciones corporales, sexuales y reproductivas

Introducción

En las últimas décadas, desde el feminismo se ha evidenciado que la construcción social de los significados atribuidos al género y a la sexualidad son un componente central de la reproducción de las estructuras y desigualdades de género (MacKinnon, 1987:127; Vance, 1989:27). Estos significados juegan un papel igualmente central en la configuración de las regulaciones referidas a la sexualidad (Rohden, 2014:13) y al cuerpo de las mujeres (Monte, 2017:81; Buzzo & Velho, 2016: 53), lo que ha contribuido a definir el cuerpo de las mujeres como saturado de una sexualidad que es socialmente construida como inherentemente peligrosa y, por tanto, objeto privilegiado de control social (Vance, 1989:29; Ehrenreich & English, 1990:31; Lowe, 2005a:76; Smith-Oka, 2013:603). Estas regulaciones sobre la sexualidad y el cuerpo de las mujeres dan cuenta del grado en el que cada sociedad organiza la sexualidad, simbólica y prácticamente, según sistemas clasificatorios altamente generizados y heteronormativos, donde algunas formas y expresiones de la misma son valoradas/promovidas, y otras reprobadas/estigmatizadas. Esto tiene repercusiones importantes en la reproducción de desigualdades de género en el ámbito de la sexualidad y la reproducción (Rubin, 1992:114; Douglas, 1991:16; Ussher, 2006:7; Lowe, 2005a:77 y 2005b:361; Smith-Oka, 2015:9), así como en la vigencia de la doble moral sexual que prevalece en distintos contextos sociales.

Paralelamente, sobre todo desde la sociología de la salud y los estudios feministas, se ha deconstruido el conocimiento científico en torno a la sexualidad y la reproducción, documentando la no neutralidad de los discursos y prácticas científicas (Malin, 2003:302; Lupton, 1997:95; Martin, 1991:486, Turner, 1995:2; Rohden, 2014:13; Buzzo & Velho, 2016:155). Esto ha puesto en evidencia el papel tanto de los profesionales de la salud como de las instituciones médicas en el control social (Zola, 1972:487). Así, se ha señalado que los discursos y los objetos de la ciencia médica no son realidades estables, sino construcciones socio históricas, lo que implica reconocer que los hechos “científicos” generados en el campo médico son resultado de procesos sociales contingentes, que son producidos a través del discurso y de diversas prácticas sociales (Nettleton, 1995:14; Martin, 1991:500; Farhi, 2014:52). Esto tiene efectos específicos sobre las regulaciones

corporales y las experiencias, sexuales y reproductivas, de las mujeres en particular y de la población en general (Martin, 1991:501; Vance, 1989:25; Farhi, 2014:52; Buzzo & Velho, 2016:152). Estos estudios han evidenciado igualmente que, tanto el orden simbólico como diversas preocupaciones de orden moral, se expresan en los discursos y las prácticas médicas (Malin, 2003:313; Lupton, 1997:96; Turner, 1995:5; Erviti, Sosa-Sánchez & Castro, 2010:785; Rhoden, 2014:13).

Siguiendo estas perspectivas, en este artículo exploramos los vínculos existentes entre los discursos de los médicos y otros profesionales de la salud sobre el género y la sexualidad; y las regulaciones corporales, sexuales y reproductivas (sobre todo, las referidas a la anticoncepción) en los espacios de salud reproductiva, reconociendo que en estos discursos se despliegan elementos centrales para analizar las bases sociales de las desigualdades de género y poder y de los arreglos sociales en torno al cuerpo, la sexualidad y la reproducción.

Método

Los datos provienen de dos estudios cualitativos realizados en instituciones públicas de salud –servicios médicos de seguridad social (IMSS) e instituciones de asistencia pública (SSA)– en la región centro de México, durante abril de 2004 a junio 2005, y 2009-2010. A través de entrevistas en profundidad a treinta y seis médicos (sólo tres eran mujeres) y tres enfermeras, vinculados con la atención de procesos reproductivos, indagamos en torno a las prácticas reproductivas y sexuales de la población usuaria, así como sobre las asignaciones sociales y profesionales de cuidado del cuerpo en las relaciones sexuales. Los proyectos de investigación fueron aprobados por los comités de ética de las instituciones participantes.¹

El establecimiento de contactos con las instituciones y sujetos participantes tuvo dos momentos. En un primer momento se presentó el proyecto a las autoridades respectivas y se requirió el permiso para contactar a los profesionales de la salud. Ya con los permisos institucionales se procedió a invitarlos a participar en el estudio. Desde el primer contacto se les explicó brevemente sobre los objetivos del proyecto y se enfatizó en que la participación era voluntaria y estrictamente confidencial, y se les garantizaba el anonimato durante todo el proceso. Durante el primer contacto, con los profesionales que aceptaban participar, se agendaba una cita para tener la entrevista, explicándoseles que duraba en promedio una hora. En general los horarios fueron flexibles y se amoldaron a las agendas de los partici-

¹ El número de aprobación del comité de bioética es: 2009-039/21-042009.

pantes que accedieron participar. En varios casos la entrevista se logró después de más de dos intentos ya que, la cancelación de último momento o la inasistencia a la cita fue común (especialmente con los médicos pertenecientes a instituciones de segundo nivel de atención).

Las entrevistas fueron realizadas en los hospitales, clínicas o centros de salud donde laboraban (salvo en tres casos donde a solicitud expresa del entrevistado se realizaron en una cafetería) y duraron en promedio hora y media. La segunda fase de campo se realizó de septiembre del 2009 a febrero del 2010. Durante la realización de las entrevistas se solicitó siempre el consentimiento de los participantes para grabar la conversación, asegurándoles que, en el momento que ellos solicitaran, la grabadora podía ser apagada. Dos de los participantes no aceptaron la grabación y se realizó un registro manual. Paralelamente al registro de las entrevistas, se recopiló información adicional por medio de un diario de campo, que permitió hacer anotaciones acerca del contexto de cada entrevista, de la comunicación no verbal que se estableció durante la misma, así como de explicaciones que, al finalizar la entrevista, muchos participantes continuaban ampliando en torno a la conversación sostenida.

También se realizaron observaciones de campo sistemáticas y continuas en las instituciones participantes. Además, durante el proceso de continuas visitas a los hospitales y centros de salud, se logró tener acceso a información referida a las quejas realizadas por la población usuaria de servicios de salud reproductiva en una de las instituciones de salud participantes en este estudio. Esta información contribuyó durante todo el proceso a contextualizar el material obtenido en campo con los profesionales, médicos y enfermeras.

El grupo de interés en el estudio fueron los médicos, aun cuando se buscó incluir otros profesionales, como las enfermeras (una de cada trece). La mitad de los médicos participantes en el estudio tenía menos de cuarenta y seis años, y el rango de edad fluctuó entre los veintitrés y los setenta años de edad. Tres de cada cuatro entrevistados estaban casados y, en promedio, tenían más de dos hijos. La mitad trabajaba en instituciones médicas de la seguridad social (IMSS) –en servicios de ginecología y obstetricia, materno-infantil, medicina familiar, urología y en las direcciones de los programas de salud reproductiva– y el resto en instituciones de asistencia social en salud (SSA) –en centros de salud de primer nivel y en servicios de ginecología y obstetricia en hospital– y la mayoría realizaban también práctica privada. La mayoría de los médicos y médicas contaba con al menos una especialidad, la mayoría, en ginecología. Todos los entrevistados habían estudiado en universidades públicas.

En la codificación de las entrevistas, organizamos el material según temas claves en la guía de entrevista: cuerpo, género, sexualidad, embarazo y anticoncepción. En todos los casos, la idea de fondo era desentrañar los mecanismos sociales

que participan en la construcción de los significados de la sexualidad y la reproducción; y de las percepciones y regulaciones médicas, en torno a las mujeres y la maternidad, así como identificar las principales condicionantes sociales a las que tales mecanismos se vinculan.

La interpretación de los textos de las entrevistas se sustentó después de sucesivas lecturas de cada testimonio, privilegiándose el método propuesto por la teoría fundamentada (Glaser & Strauss, 1967:238). Durante este proceso, se hizo énfasis en oír y diferenciar voces, contradictorias y disonantes. Ante la diversidad de los discursos y el material obtenidos en campo, se identificaron las regularidades empíricas, ambivalencias y contradicciones que emergieron durante esta fase, y sobre las cuales se procedió a realizar un análisis más profundo.

Resultados

El análisis de los testimonios de los médicos entrevistados revela cómo los discursos sobre género y sexualidad actualizan y legitiman, en los espacios de salud reproductiva, diversas desigualdades sociales, especialmente las de género, así como la doble moral sexual, imperantes en la sociedad mexicana. Las mujeres emergen, en los discursos de los médicos, como saturadas de una sexualidad “desordenada” que debe ser controlada (por sus consecuencias sexuales, reproductivas y sociales) a través de diversas regulaciones corporales, sexuales y reproductivas, las cuales están a su vez atravesadas por lo que se ha denominado heteronormatividad compulsiva (Rich, 2003:11). A su vez, estas regulaciones inciden sobre el reconocimiento de la autonomía sexual y reproductiva de las mujeres en los espacios de salud reproductiva e impactan negativamente los derechos sexuales y los derechos reproductivos de las usuarias.

Regulaciones corporales de la sexualidad caótica-peligrosa femenina versus la normatividad sexual y reproductiva²

En los testimonios de los médicos, emerge la percepción de la sexualidad de las mujeres como desordenada e incluso caótica. Es relevante que los testimonios sugieran que para los médicos esta “sexualidad desordenada” resulte evidente, lo que a su vez visibiliza el rol socialmente asignado de empresarios morales que estos profesionales juegan en las sociedades contemporáneas.

² En la reproducción de las entrevistas, se utiliza M para indicar a Médico/a; E, para Enfermera; y P, para la Pregunta realizada.

M: la mayoría de los hombres se va a trabajar a los Estados Unidos y las mujeres se quedan solas y empiezan a mantener relaciones sexuales con otros. Entonces, llegan, las conocemos, sabemos, y solicitan más bien un método anticonceptivo, pero no necesariamente para mantener la relación sexual segura, sino evitar un embarazo básicamente, (...) entonces he percibido ese tipo de cosas, es un factor bien importante, donde el hombre se va, la mujer se queda y empieza a buscar por otro lado (Entrevista 040).

M: la mujer también debería preocuparse, no tanto por no quedar embarazada, sino por no infectarse de alguna enfermedad de transmisión sexual, es como, aquí también es muy común que tengan muchas parejas sexuales las mujeres (Entrevista 068).

Es igualmente notorio que los médicos asocian esta sexualidad caótica con las mujeres que activamente buscan, mediante la demanda de métodos anticonceptivos, evitar embarazos no deseados. Cabe mencionar que el cuestionamiento central que subyace en los testimonios de los médicos es contra el derecho a la autonomía sexual de las mujeres (se trate de mujeres casadas o solteras) y, por tanto, su no acatamiento de la (hetero)normatividad sexual altamente generizada, que constituye uno de los pilares centrales de la doble moral sexual:

M: Es una costumbre importada, váyase a Estados Unidos, váyase a Europa. Es una cultura importada, si allá pueden, aquí ¿por qué no? (...) conforme van subiendo hacia el Norte (EEUU) la mentalidad de la mujer y también del hombre está pochada, está agringada, y la facilidad de que las mujeres jóvenes, pueden trasladarse a otros lugares, a otro país, y se traen esas costumbres, esa cultura, de ese país. En el Norte es bien visto que una chica de 15 años ande de cabrona y ya ande viajando de aquí para allá y que a lo mejor con toda la mentalidad del mundo de decir: “me voy a acostar con uno y me voy a acostar con otro y me vale”; y uno como mexicano todavía no acepta esa situación (Entrevista 051).

Igualmente, y como se observa en el testimonio anterior, la autonomía sexual de las mujeres emerge como un elemento que establece límites simbólicos entre las mujeres “cabronas” y las “no cabronas”, definiendo a éstas últimas a partir de sus prácticas sexuales (consideradas como no “mexicanas” y provenientes de otras culturas extranjeras), como un elemento de contaminación para las otras mujeres. En este sentido, no es arbitrario que los límites simbólicos en torno a la sexualidad femenina sean establecidos y expresados a través de la diferenciación de una “mentalidad” definida como nacional (y por tanto, propia y moralmente deseable), *versus* una mentalidad proveniente del extranjero (y por tanto, ajena y moralmente indeseable). Esto a partir de considerar que el nacionalismo, en tanto construcción

política moderna, está estrechamente relacionado con la sexualidad y la actividad sexual (Gutiérrez, 2008:525).³

A su vez, paradójicamente, las mujeres emergen en los testimonios como las principales responsables, tanto de prevenir embarazos no deseados, como de resistir y mitigar los impulsos sexuales masculinos (que tienden a ser presentados en las narrativas como *indetenibles* y naturales), bajo la lógica socialmente construida de que el hombre llega hasta donde la mujer quiere:

M: Mira, el hombre llega hasta donde la mujer quiere (Entrevista 064).

M: Sí, se hace más la insistencia a ellas de que condicionen la cuestión de las relaciones sexuales, o sea, la mujer tiene a veces más la posibilidad o la capacidad de parar algo, el hombre es más como de impulso; de alguna manera, la mujer mantiene la cabeza un poco más fría (Entrevista 060).

Siguiendo a Kane y Shippers (1996:651), consideramos relevante resaltar la paradoja antes mencionada, enfatizando que las creencias en torno a los impulsos sexuales femeninos y masculinos permiten analizar las desigualdades de género en el ámbito de la sexualidad, y más allá de ésta. Así, si bien la sexualidad de las mujeres aparece como caótica e incluso peligrosa, los discursos también sugieren –implícita y a veces explícitamente– que esta sexualidad *puede y debe ser*, a partir de diversas (auto) regulaciones y arreglos sociales, *controlada*. Esta posibilidad de controlar los cuerpos (y la sexualidad de las mujeres) posibilita que, contradictoriamente, las mujeres sean socialmente percibidas como sexualmente más pasivas que los hombres (cuando son controladas). En contraste, la sexualidad masculina no es definida ni percibida como caótica ni peligrosa, ni como objeto privilegiado de regulaciones sociales (y contraceptivas), emergiendo más bien como una sexualidad no controlable o difícilmente controlable, lo que constituye uno de los ejes fundacionales de las teorías de corte sociobiológico en las que se sustenta la desigualdad de género.

P: ¿usted percibe alguna preferencia dentro del gremio médico de la OTB [Oclusión Tubaria Bilateral o Salpingoclasia] frente a la vasectomía?

M: Sí, sí existe, o sea, la mujer siempre es más sumisa y acepta más (...) la mujer acepta más que ella es la que va a tener los problemas y por eso es que acepta más (Entrevista 065).

³ Bajo esta línea, se considera que los significados sociales de la identidad cultural posibilitan el desarrollo de arquetipos y estereotipos que pueden funcionar como marcadores de prácticas de diferenciación social (Gutiérrez, 2008:526).

De lo antes mencionado, se desprenden imaginarios más amplios que justifican la pasividad y la docilidad de las mujeres; y, en contraparte, la “incontrolabilidad” e indocilidad de los hombres, construyendo socialmente a las mujeres como las principales responsables de la ocurrencia de las relaciones sexuales y de las consecuencias que pueden desprenderse de las mismas (como veremos en el punto siguiente). Esto torna inteligible que social y políticamente se dirijan hacia ellas, de manera casi exclusiva, las presiones y regulaciones corporales dirigidas a prevenir embarazos no deseados. Así, la percepción de la sexualidad femenina como desordenada, pero controlable, constituye otro de los ejes que justifican en los discursos de los médicos (adicional al hecho biológico de que el embarazo tiene lugar en los cuerpos femeninos) la *naturalización* de la asignación de las mujeres como responsables (casi únicas) de la prevención de embarazos no deseados.

M: Tiene que ser responsabilidad compartida y si no, cuando menos pues sí hacer énfasis en la mujer, porque finalmente, la mujer puede ser depositaria de esa responsabilidad en el sentido de que ella puede a veces incluso tomar los anticonceptivos sin el permiso del esposo (Entrevista 045).

M: ... o sea, si eres una mujer de este país y quieres que este país salga adelante no te debes de llenar de hijos; nuestro paso a través de este país, tenemos un gran compromiso tanto los hombres y mujeres y más de las mujeres (Entrevista 064).

Esta asignación social, que en los discursos tiende a presentarse como naturalizada, constituye una de las diversas regulaciones corporales socialmente organizadas dirigidas a los cuerpos de las mujeres (tendiente a controlar sus capacidades reproductivas sin que medie necesariamente lo que las mujeres desean). Así, en los discursos de los médicos, se tiende a invisibilizar –e incluso a justificar– la existencia en ocasiones de diversas presiones, institucionales, familiares y sociales de diversa índole, a las que son sometidas las mujeres para que se adhieran a dichas regulaciones. Igualmente, en los discursos de los médicos, pocas veces se problematiza y cuestiona la desigualdad de género inherente a esta asignación, así como la existencia de diversas normatividades sexuales, corporales y reproductivas que restringen los derechos de las mujeres a un número limitado de opciones “viables” y socialmente valoradas.

Es importante resaltar que las lógicas profesionales antes mencionadas están permeadas por lógicas sociales prevalecientes en la sociedad mexicana, que contribuyen a construir el ámbito de la salud reproductiva en general, y de la planificación familiar en particular, como una responsabilidad *quasi* exclusiva de las mujeres, reproduciendo las desigualdades de género en este ámbito y justificando

(tornando inteligible y necesario) la subordinación de las mujeres a través de políticas públicas institucionales y prácticas médicas:

M: muchas veces, o sea, la decisión está porque a la señora se le hizo una cesárea y bueno, de una vez está ahí, y bueno, a veces ahí se toman las decisiones y bueno (se hace) (Entrevista 003, médica mujer).

Adicionalmente, cabe resaltar, que una de las consecuencias que se desprende de la visión que tienen los médicos de la sexualidad de las mujeres (del cuerpo de las mujeres como saturado de sexualidad) es la percepción del incremento *alarmante* de madres solteras (sobre todo, de aquellas que se consideran muy jóvenes para convertirse en madres). Así, la maternidad, definida por los médicos como precoz (desprendida de una sexualidad desordenada), especialmente aquella en situación de soltería, emerge en los discursos como una preocupación central, percibiéndola incluso como implícitamente peligrosa, al considerarla como un evento que puede ocasionar repercusiones *médicas* indeseadas.

M: vienen muchas personas, madres solteras o que van a ser madres solteras y que desafortunadamente llegaron a estas condiciones (...) sí, desafortunadamente hay un incremento en cuestión de madres solteras y sobre todo jovencitas, o sea ahorita por ejemplo acabo de ver una de 14 años y está muy chica, no nada más ella si no una de 15, me tocaron hoy 3 embarazadas: una de 14, una de 15 y una de 16 años y de las tres, la de 16 años es la que vive en unión libre, o sea, no está casada (Entrevista 044).

M: realmente es alarmante, es alarmante el número de madres solteras, a mí me llegan muchísimas madres solteras y allá me llegaban muchas (Entrevista 045).

La figura de la madre soltera emerge en los discursos implícitamente como un peligro, como la causa de posibles resultados no deseados, entre los que podemos mencionar la mala salud del producto del embarazo: bajo peso del bebé al nacimiento, falta de cooperación de las mujeres durante el parto, falta de cuidados durante el embarazo, entre otros:

M: Existen muchas parejas, madres solteras o madres abandonadas donde se hallan muy (...) son pacientes que, yo he visto clínicamente o de mi experiencia en mujeres, madres solteras o madres abandonadas, que ha repercutido mucho en el peso del producto, muchísimo, y uno de esos datos que se tienen yo creo ahí en el Instituto [IMSS] es de que sí existe un porcentaje de daño cerebral en ese tipo de niños (Entrevista 041).

Sobresale que la principal causa de las problemáticas expresadas sea la soltería (el estatus civil) de la mujer, es decir, la ausencia de un hombre a su lado. Y no la posible confluencia de diversos factores, de índole social y/o biológico, como pueden ser la pobreza, la falta de una red social, factores genéticos, etc. Así, el estatus marital de la mujer emerge en las narrativas de los médicos como factor de riesgo en el embarazo, lo que se presenta (sin problematizar) como un hecho científico documentado y, por tanto, irrefutable en los discursos de los profesionales de la salud. Lo antes mencionado evidencia la existencia no sólo de categorizaciones de las usuarias de los servicios de salud a partir de diferentes aspectos sociales (en este caso, el estatus marital), reproduciendo la violencia estructural implícita en los modelos normativos de sexualidad femenina y maternidad prevalecientes en el México actual. Esto reproduce nociones normativas y juicios morales sobre qué mujeres y en qué momento deben (o no) convertirse en madres.

M: está documentado, no sería descubrir ni el agua tibia ni nada. Es una relación. Cuando la paciente, de hecho, como factor de riesgo se pone el estatus, el estado civil y el que sea madre soltera o no. Es que es muy importante porque a final de cuentas la figura paterna o la figura masculina para hacerlo más amplio debe estar presente (...). Esas son pacientes que se complican por una preclamsia, son pacientes anémicas, son pacientes obesas, que no se alimentaron bien, son pacientes que tienen un defecto, pacientes que llegan con productos muertos, entonces sí repercute directamente en su forma de comportarse en su forma de vivir, en todo (Entrevista 040).

En este sentido, la ausencia de una figura masculina puede estar también relacionada, en los discursos de los médicos, con la ausencia de control social (sobre las mujeres), socialmente asignado en la esfera doméstica (al igual que en la pública) a figuras masculinas (esposos, padres, médicos etc. quienes ejercen dichos controles). En tanto, las mujeres, su sexualidad, sus cuerpos, sus capacidades reproductivas, son percibidas como objetos privilegiados de control y regulación. Esto torna inteligible que cuando los médicos perciben la “no cooperación” de las mujeres (sobre todo durante el trabajo de parto), estratégicamente permitan el acceso al esposo/pareja/padre a la sala de expulsión con la finalidad de que la mujer en labor de parto se “controle” y se comporte adecuadamente.

M: pues en este caso en primer lugar pues a veces lo que yo hago si es que hay un familiar y aunque en la práctica pública no es muy fácil y no hay cabida para que entren, pues a veces metemos al familiar aunque es incómodo para las otras que están ahí en labor (...) en esos casos sí, se meten

para que vean cómo se comporta su paciente, para que en determinado momento apoyen (Entrevista 038).

Adicionalmente, en los discursos emerge la independencia (y autonomía) económica y profesional de las mujeres como otra de las causas principales del “problema” del incremento de las madres solteras:

PS: Desafortunadamente, y digo desafortunadamente, el grado de escolaridad de la mujer ha ido aumentando y este grado cultural les ha abierto las puertas “yo ya no dependo del hombre, si me embarazo, estoy capacitada o soy capaz de mantener un hijo”, por eso se ha dado el aumento de madres solteras, (...) y se le va a pasar el tiempo normal de un embarazo para que no sea de alto riesgo y dicen: “me echo un voladito, sin compromiso, no estoy casada ni nada”, entonces por eso hay muchas madres solteras (Entrevista 051).

De esta manera, como se observa en los testimonios anteriores, la autonomía de las mujeres no sólo no es percibida como un aspecto fundamental de su bienestar y de sus derechos, sexuales y reproductivos, sino que tiende a emerger en los discursos como un aspecto indeseable y negativo, evidenciando su poca valoración social y profesional entre los médicos. A partir de construir la autonomía de las mujeres como una causa de malestares sociales –de los que se desprenden efectos indeseables en materia de salud sexual y reproductiva– se que evidencia no sólo la normalización de la subordinación de las mujeres, como un elemento central del orden y la estabilidad social. Emerge también la existencia de un sistema de creencias, ampliamente extendido y estrechamente vinculado con las desigualdades de género y la heteronormatividad que estigmatizan la autonomía de las mujeres en general, y la autonomía sexual y reproductiva en particular (Purdy, 2006:287) en los contextos institucionales.

2. Construcción de la autonomía sexual y reproductiva

Finalmente, y como consecuencia de la articulación de las construcciones (y percepciones) sociales mencionadas anteriormente (una sexualidad femenina, caótica-peligrosa; y las mujeres, responsables principales de las ocurrencias de relaciones sexuales y de sus posibles consecuencias), se desprende (en confluencia con otros factores) la construcción de las mujeres como sujetos que difícilmente pueden ser social y profesionalmente percibidos como *deseablemente* autónomos en el ámbito de la sexualidad y la reproducción (y más allá de estos ámbitos). Esto repercute directamente sobre el reconocimiento y la (no) garantía de sus derechos sexuales y reproductivos en los espacios de salud reproductiva, a pesar de que el re-

conocimiento y garantía de la autonomía reproductiva de las mujeres es un elemento central de su bienestar integral (Purdy, 2006:288).⁴ El siguiente testimonio nos muestra cómo son percibidas las mujeres que no acatan las regulaciones médicas:

M: “ay sí señora coneja, señora que quiere tener hijos a como dé lugar, los quiere vender o no importa, ella es pudiente, quiere hijos, ¿qué onda no?, ¿qué? o es una ninfómana, si pega o no pega de todos modos le gusta” (Entrevista 055).

En este sentido, las mujeres atendidas en los servicios públicos que son percibidas como rebasando los límites reproductivos ideales (generalmente fijado en dos hijos en México) son percibidas y construidas por los médicos como “calentonas”, “calientes”, “conejas”:

M: se dice, “ay esta mujer ¿qué onda?, ha de ser bien caliente la mujer ésta o le gusta el dolor, el masoquismo, estar aquí pujando y se siente como que es algo grandioso”, yo creo que es una de las cosas, así como que son muchas cosas, pero eso es lo que más “mujer calentona, no basta con tener hijos si ve lo difícil que es tener hijos y luego atenderlos pues ¿qué pasa?” (Entrevista 055).

Esta construcción de la sexualidad caótica de las mujeres torna inteligible para los profesionales de la salud, la existencia de regulaciones sexuales, corporales y reproductivas dirigidas a los cuerpos de las mujeres, con la finalidad de controlar las posibles consecuencias sociales y reproductivas de la sexualidad femenina. Paradójicamente, es notorio que, si bien la sexualidad femenina es construida como caótica, sea también percibida por los profesionales de la salud como más controlable que la masculina; y por tanto, como objeto privilegiado de diversas estrategias y mecanismos de control social, que adquieren especificidad en el ámbito de la salud sexual y reproductiva. Lo antes mencionado, en ocasiones constituye el preámbulo que justifica, banaliza e incluso presenta como deseable, profesional y socialmente, la existencia de prácticas médicas autoritarias e impositivas (especialmente en el ámbito de la planificación familiar) que violentan los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres, sobre todo, de aquellas socialmente más vulnerables:

⁴ En este trabajo, siguiendo a Purdy (2005:287), definimos como autonomía reproductiva a la capacidad y el poder de decidir, no sólo cuando y cuántos hijos tener, lo cual incluye una amplia gama de elecciones relativas al ámbito de la reproducción (como el uso de anticonceptivos, aborto, etc.).

M: yo creo que sería bueno que cuando esté gritando la señora, en el máximo de su dolor, pasara el marido y le digamos: “¿cómo ves?, ¿ves cuanto sufre?, ¿le ponemos un DIU a tu esposa?” Tal vez el marido sí la pueda convencer, aquí hay un equipo de gente que trata de convencerlas, firman una hoja desde que están en consulta prenatal y en esa hoja autorizan a que van a salir con un dispositivo o con algún método (Entrevista 040).

Así, las mujeres son constantemente presionadas más allá de sus deseos⁵, para salir de las instituciones médicas con un método anticonceptivo. Como se observa en el testimonio anterior, existen diversas estrategias utilizadas por los profesionales de la salud para lograr que las mujeres accedan, o actúen en conformidad, con la demanda de uso de anticonceptivos planteada por ellos. Así, en los discursos, las prácticas impositivas suelen ser presentadas como necesarias, como un “mal menor” frente a las posibles consecuencias negativas de no intervenir sobre los cuerpos y las capacidades reproductivas de las mujeres:

M: (...) día a día insistimos: “póngase el dispositivo, póngase el dispositivo”, eso debe de ser algo en lo cual participen por convicción no por obligación, no porque me atiendan el parto, no porque sí me hagan el legrado ahorita, porque muchas veces tenemos que caer en eso, en obligar a las pacientes casi: “si no te pones el dispositivo, no te hago tu legrado, si no te vas a operar para no tener niños, dejamos tu cesárea”, eso sí lo he hecho, no debería de ser, tengo toda la convicción que no debería de ser, pero muchas veces lo hago por la salud de mis pacientes, por ejemplo cuando vamos por una cuarta cesárea, cuando vamos por un sexto, séptimo, octavo embarazo, entonces sí las fuerzo, ahí sí básicamente las fuerzo a hacerse la OTB (Entrevista 066).

Como se observa en el testimonio anterior, en ocasiones, incluso la prestación del servicio es condicionada a la aceptación de un método anticonceptivo o esterilización por parte de las mujeres, bajo la lógica profesional de que se está actuando con la finalidad de proteger su salud. Igualmente, emerge en los testimonios cómo las mujeres, en los espacios institucionales, son evaluadas de manera jerárquica, en función no sólo de su habilidad de adscribirse a modelos normativos altamente estratificados de maternidad, que dictan lo que es o no una “buena madre”, sino a partir de su adscripción y conformidad a lo que Lowe denomina regímenes médicos sobre anticoncepción (*medical regimes of contraception*) (2005b:363). Estos

⁵ En este sentido, siguiendo a Casas (2004:3), los discursos de los profesionales de la salud ponen de relieve que la subordinación de las mujeres se expresa de manera evidente en la falta de reconocimiento social (y profesional) para disponer de sus capacidades reproductivas.

regímenes médicos sobre anticoncepción limitan significativamente las opciones anticonceptivas a un número reducido de opciones “razonables” (frecuentemente la esterilización femenina o el DIU), que son usualmente las más valoradas por los profesionales de la salud:

M: anteriormente cuando yo estaba en la residencia se usaba que uno se los pusiera sin pedir el consentimiento informado, nos decían “Ud. pónganselo e infórmeles luego”, y estaba bien en determinado momento esa práctica, lo malo es que no había consentimiento informado y por eso hubo tantos problemas. Estaba bien la determinación de hacerlo, ponérselos y ya, después si la paciente al írselo a revisar decía “mejor no lo quiero”, pues se lo retiraban o algo así pero bueno, ya por órdenes de arriba ahora es diferente, porque hubo casos de gente que ya tenía un rato queriendo embarazarse y de pronto se enteraban de que tenían el DIU, pacientes que les habían puesto un método que no habían pedido y por eso ahora forzosamente tiene que venir firmado por la paciente. Esa práctica era buena, pero ocasionaba problemas (Entrevista 038).

Es también importante señalar que si bien en los testimonios emerge la dificultad de reconocer a todas las mujeres como sujetos autónomos, con capacidad plena de tomar decisiones libres e informadas sobre sus cuerpos y sus capacidades reproductivas, esto es particularmente acentuado cuando se trata de mujeres socialmente desfavorecidas y/o que reúnen ciertas características estigmatizadas dentro del gremio (ser adolescente, pobre, con baja escolaridad, indígena, soltera, con alta paridad, o considerada “demasiado vieja o demasiado joven” para tener hijos).

M: la mayoría te rechaza los métodos anticonceptivos. Justo en la cama 10 hay una mujer que no quiso. Tiene 21 años y ya tiene una cesárea y no quiere. Hay muchas gentes que incluso hasta se mueren, por eso, tienen que entender que se tienen que controlar que tienen a veces hasta 25 años de probabilidad de embarazo y que se tienen que cuidar (Entrevista 038).

En consecuencia, en lo que se refiere a la esterilización femenina, los discursos de los profesionales de la salud sugieren que los esfuerzos tendientes a “convencer” a las pacientes para ser esterilizadas no son aleatorios y se dirigen prioritariamente hacia ciertas mujeres que reúnen determinadas características:

P: ¿Cuándo se recomienda una OTB?

E: Recomendamos las OTB a las personas que ya tienen más de 3 hijos,

que son personas mayores, que vemos tienen bajos recursos y que no van a poder sobresalir (Entrevista 005).

Así, es particularmente hacia estas mujeres que se dirigen frecuentemente los esfuerzos de los profesionales de la salud, dado que sus embarazos suelen ser percibidos como un problema social y moral a combatir, lo que reproduce y actualiza no sólo la violencia estructural implícita en los modelos normativos de sexualidad femenina y maternidad prevalecientes en el México actual, sino también los sistemas de discriminación altamente generizados, clasistas y racializados, que adquieren especificidad en los espacios de la salud.

A manera de conclusión

Los resultados antes presentados revelan cómo los discursos, sobre género y sexualidad, actualizan y legitiman, en los espacios de salud reproductiva, las desigualdades sociales, especialmente las de género; así como la doble moral sexual imperante en la sociedad mexicana. Y tornan inteligibles determinadas regulaciones corporales, que adquieren especificidad en el ámbito de la reproducción. En este sentido, pese a la presunta neutralidad de los discursos médicos, en general presentados como científicos, los hallazgos ponen de relieve las bases sociales (altamente generizadas, racializadas y marcadas por diversas desigualdades, como la clase social y la generación) de los discursos y prácticas de los profesionales de la salud. Esto tiene repercusiones importantes sobre las regulaciones corporales, sexuales y reproductivas que emergen en las narrativas de los y las participantes en este estudio; y donde un eje central lo constituye tanto la construcción social de la sexualidad de las mujeres (desde una visión marcadamente heteronormativa) como el cuestionamiento a su autonomía sexual y reproductiva. Los resultados antes presentados urgen a enmarcar la falta de reconocimiento y garantía de la autonomía sexual y reproductiva de las mujeres, no sólo en los contextos profesionales sino en espacios sociales más amplios, donde se le ha otorgado un significado social altamente negativo e incluso estigmatizado; y dentro del cual, como hemos visto a lo largo de este artículo, los discursos y prácticas médicas adquieren sentido. En esa línea, los regímenes médicos sobre anticoncepción se fundamentan en el no reconocimiento de las mujeres como sujetos en condiciones de decidir sobre sus capacidades reproductivas, reinstaurando prácticas, no sólo paternalistas sino en ocasiones autoritarias e impositivas, dirigidas hacia sus cuerpos, naturalizando las desigualdades de género en este ámbito y la heteronormatividad.

Paralelamente, los resultados muestran cómo la construcción de la sexualidad femenina en particular, articulada con la construcción de la responsabilidad sexual y reproductiva –*quasi* exclusivamente femenina por razones *naturales*– in-

ciden directamente en la existencia de determinadas regulaciones (y controles, sociales y profesionales) que, en el ámbito de la salud reproductiva, contribuyen a normalizar y banalizar la subordinación sexual y reproductiva de las mujeres. Se dificulta así la construcción social y profesional de las mujeres como sujetos autónomos en materia sexual y reproductiva. Asimismo, el mayor acceso que se tiene a los cuerpos de las mujeres en los espacios de salud obstaculiza el reconocimiento y ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres en los servicios de salud reproductiva (y más allá de éstos).

Adicionalmente, los hallazgos evidencian la articulación e imbricación de los discursos y prácticas médicas con una determinada moral sexual, valores sociales, divisiones materiales y simbólicas, altamente generizados y permeados por la doble moral sexual prevaleciente en la sociedad mexicana; y no como suele presentarse generalmente, como resultado de prácticas científicas neutras y abstraídas de los contextos sociales que las producen. Esto visibiliza, como sugiere Turner (1995:5), que la medicina forma parte integral de un sistema de regulaciones morales (con implicaciones sobre las regulaciones corporales, sexuales y reproductivas) y sistemas de creencias (Purdy, 2006:290) más amplios, dirigidos a la población en general y a las mujeres en particular, a través de lo que autores como Turner (1995) denominan un régimen médico (constituido por políticas, discursos, prácticas institucionales y profesionales, etc.) desde el cual se reproduce la estratificación social de la maternidad. Más aun, los resultados de este estudio, al igual que otros similares realizados en México (Erviti, Sosa-Sánchez & Castro, 2010: 781; Smith-Oka, 2015:13; Sosa-Sánchez & Menkes, 2015:170) sugieren que los juicios morales relativos a la sexualidad (caótica) de las mujeres, y la percepción de ésta como amenazante del orden social y moral, juegan un papel central en las recomendaciones y preferencias anticonceptivas de los profesionales de la salud (Erviti, Sosa-Sánchez & Castro, 2010: 781; Sosa-Sánchez & Menkes, 2015:169; Lowe, 2005b:362).

Las narrativas analizadas permiten acceder a la lógica social que articula y torna inteligible que sea hacia los cuerpos femeninos hacia los que se dirijan fundamentalmente diversas regulaciones y controles sociales, dado que la sexualidad de las mujeres es particularmente construida y percibida como especialmente amenazante al orden moral y social (Ussher, 2006:6). Siguiendo a Ussher, esta amenaza de la sexualidad femenina (en las narrativas de los médicos, referida a la alarma relativa al incremento de las madres solteras) puede estar relacionada con límites simbólicos donde la transgresión es definida como amenazante y potencialmente contaminante, lo que conlleva necesariamente el despliegue de diversas prácticas, estrategias y mecanismos disciplinarios (regulaciones) encaminados a actualizar y restablecer el orden social, sexual y reproductivo (Ussher, 2006:8; Douglas, 1991:15) en los espacios de salud sexual y reproductiva.

Los resultados urgen a seguir documentando y visibilizando el importante rol de las instituciones y los profesionales de la salud, en la reproducción y actualización (en los espacios de salud reproductiva) de diversas relaciones de poder, desigualdades sociales y empresas morales que dotan de sentido e inteligibilidad a la dominación masculina y a la subordinación femenina en los ámbitos sexuales y reproductivos (y más allá de estos ámbitos) (Buzzo & Velho, 2016:151).

Igualmente, es importante señalar el importante rol que juegan tanto las regulaciones reproductivas y sexuales en general y los regímenes médicos sobre anticonceptivos (Lowe, 2005b:362), sobre las regulaciones relativas a la construcción de feminidades y masculinidades (Ussher, 2006:14) y por tanto en la reproducción de las desigualdades y estructuras de género. Y lo que es más, el rol central que tienen los médicos en la estratificación social de la autonomía reproductiva de las mujeres, lo que reproduce, siguiendo a Ellison (2003), la violencia estructural implícita en los modelos normativos de sexualidad femenina y maternidad, prevalentes en el México actual. Esto igualmente implica visibilizar no sólo el efecto negativo de las desigualdades de género, sino la articulación e interacción de éstas con otras desigualdades sociales, muchas de ellas estructurales (clasismo, racismo, etc.), sobre la autonomía reproductiva de las mujeres en contextos institucionales (Monte, 2017:81).

Finalmente, pese a que la autonomía sexual y reproductiva constituye un eje fundamental –frente a las desigualdades sociales en general y de género en particular– los hallazgos indican que la autonomía de las mujeres en general, y su autonomía sexual y reproductiva en particular, no sólo no constituyen una prioridad en sociedades como la mexicana (y en los espacios médicos institucionales, como vimos a lo largo de este artículo) sino que es vista como algo peligroso y poco deseable. Se refuerza así su estigmatización y desvalorización social, impactando negativamente no sólo sobre la salud de las mujeres usuarias de los servicios públicos de salud reproductiva, sino sobre sus derechos sexuales y reproductivos.

Recibido: 28/11/2016

Aceptado para publicación: 25/10/2017

Referencias bibliográficas

- BUZZO, Rebecca y VELHO, Lea. 2016. “Representações do corpo feminino na menopausa: estudo etnográfico em um hospital-escola brasileiro”. *Revista Latinoamericana Sexualidad, Salud y Sociedad*, jan/abri de 2016. N° 22, p.148-174.
- CASAS, Lidia. 2004. *Mujeres y reproducción. ¿del control a la autonomía?*. Colección informes de investigación, 1a ed. Chile: Universidad Diego Portales. 32. p.
- DOUGLAS, Mary. 1991. *Pureza y peligro. Un análisis de los conceptos de contaminación y tabú*. 2ª ed. Madrid: Siglo XXI. 217 p.
- ELLISON, Marcia. 2003. “Authoritative knowledge and single’s women’s unintentional pregnancies, abortion, adoption, and single motherhood: social stigma and structural violence”. *Medical Anthropology Quarterly*. September 2003. Vol. 17, no 13, p. 322-347.
- EHRENREICH, Barbara & ENGLISH, Deirdre. 1990. *Por su propio bien. 150 años de consejos de expertos a las mujeres*. 1ª ed. en español. Madrid: Taurus. 405 p.
- ERVITI, Joaquina; SOSA-SÁNCHEZ, Itzel A. & CASTRO, Roberto. 2010. “Social origin of contraceptive counseling by male practitioners in Mexico”. *Qualitative Health Research*. February 2010. Vol. 10, no 6, p. 778-787.
- FARHI, Abahí. 2014. “Las tecnologías del cuerpo en el debate público. Análisis del debate parlamentario de la Ley de Identidad de Género argentina”. *Sexualidad, Salud y Sociedad – Revista Latinoamericana*, Abril 2014. n.16, p. 50-72.
- GLASER, Barney & STRAUSS, Anselm. 1967. *The Discovery of Grounded Theory*. 1ª ed. New York: Aldyne Gruyter Press. 271 p.
- GUTIERREZ, Natividad. 2008. “Symbolic violence and sexualities in the myth making of Mexican national identity”. *Ethnic and Racial Studies*. March 2008. Vol.31, no 3, p. 524-542.
- KANE, Emily & SHIPPERS, Mimi. 1996. “Men’s and women’s beliefs about gender and sexuality”. *Gender & Society*. Oct. 1996. Vol. 10, no 5, p. 650-665.
- LOWE, Pam. 2005a. “Contraception and Heterosex: An Intimate Relationship”, *Sexualities*. February 2005. Vol. 8, no 1, p. 75-91.
- LOWE, Pam. 2005b. “Embodied expertise: women’s perceptions of the contraception consultation”, *Health*. July 2005. Vol. 9, no 3, p. 361-378.
- LUPTON, Deborah. 1997. “Foucault and the medicalization critique”. In: TURNER, B, PETERSEN, A. & BUNTON, R. (eds.). *Foucault, health and medicine*. 1a ed. London: Routledge p. 94-110.
- MALIN, Maili. 2003. “Good, Bad and Troublesome Infertility Physicians’ Perceptions of Women Patients”. *The European Journal of Women’s Studies*. July 2003. Vol. 10, no 3, p. 301-319.
- MARTIN, Emily. 1991. “The egg and the sperm: how science has constructed a romance based on stereotypical male-female roles”. *Signs: Journal of Women in Culture and Society*. Spring 1991. Vol.16, no 3, p. 485-501.

- MACKINNON, Catherine. 1987. *Toward a feminist theory of the state*. 1a. ed. London/ NY: Harvard University Press. 350p.
- MONTE, Eugenia. 2017. "Abortion, sexual abuse and medical control: the Argentinian Supreme Court decision on F., A.L.", *Sexualidad, Salud y Sociedad – Revista Latinoamericana*. Agosto 2017. N° 26, pp. 68-84.
- NETTLETON, Sarah. 1995. *The sociology of health and illness*. 1ª ed., Massachussets: Polity Press. 298 p.
- PURDY, Laura. 2006. "Women's reproductive autonomy: medicalization and beyond". *Journal of Medical Ethics*. May 2006. Vol. 32, no 5, p. 287-91.
- ROHDEN, Fabiola. 2014. "Novas tecnologias de intervenção na sexualidade: o panorama latino-americano". *Sexualidad, Salud y Sociedad – Revista Latinoamericana*. Agosto 2014. N°17, p.10-29.
- RICH, Adrienne. 2003. "Compulsory Heterosexuality and Lesbian Existence" . *Journal of Women's History*. Autumn 2003. Vol. 15, no 3, p. 11-48.
- RUBIN, Gayle. 1989. "Reflexionando sobre el sexo: notas para una teoría radical de la sexualidad". In: VANCE, C. (ed.). *Placer y peligro. Explorando la sexualidad femenina*. p. 113-190. 1ª ed. en español. Madrid: Talasa Ediciones.
- SMITH-OKA, Vania. 2015. "Microaggressions and the reproduction of social inequalities in medical encounters in Mexico". *Social Science & Medicine*. October 2015. Vol. 143, p. 9-16.
- SMITH-OKA, Vania. 2013. "Cervical examination as a bureaucratic practice". *American anthropologist*. November 2013. Vol.115, ppp.595-607
- SOSA-SÁNCHEZ, Itzel & MENKES, Catherine. 2015. "Como te ven te tratan: Desigualdades sociales en los espacios de salud reproductiva. Resultados de un estudio de caso en el centro de México". In: RODRÍGUEZ, L. y SÁNCHEZ, A. (ed.). *Situación de la población afro-descendiente e indígena en América Latina – puntos de reflexión para el debate sobre Cairo + 20*, Serie e-investigaciones. Belo Horizonte: ALAP. p. 254.
- TURNER, Bryan. 1995. *Medical Power and Social Knowledge*. 2ª ed. London: Sage Publications. 288 p.
- USSHER, Jane. 2006. *Managing the monstrous feminine. Regulating the reproductive body*. 2ª rev. ed. New York: Routledge. 209 p.
- VANCE, Carole. 1989. "El placer y el peligro: hacia una política de la sexualidad". In: VANCE, C. (ed.). *Placer y peligro. Explorando la sexualidad femenina*. p. 9-49. 1ª ed. en español. Madrid: Talasa Ediciones.
- ZOLA, Irving. 1972. "Medicine as an institution of social control". *Sociological Review*. November 1972. Vol. 20, no 3, p. 487–504.