

## CLAVES PARA DECONSTRUIR LA NEUTRALIDAD Y LA CONSTRUCCIÓN SOCIAL DEL GÉNERO EN EL DISCURSO MÉDICO EN MÉXICO EN LA DÉCADA DE LOS SETENTA

Georgina Yemara López Hernández<sup>1</sup>  
lopez.georgina@gmail.com  
MÉXICO

Fecha de recepción: 26 de marzo de 2011

Fecha de aceptación: 07 de septiembre de 2011

### RESUMEN

El presente trabajo parte del marco teórico-conceptual del feminismo y la sociología médica crítica. Nuestro interés está en comprender algunas de las bases del pensamiento científico, desde la antigüedad hasta el siglo XXI, en el cual el cuerpo femenino ha sido un espacio de intervención médica y de asignación del lugar que ocupan las mujeres socialmente. En ese sentido, abordamos que en la década de los veinte y los treinta, en el marco de políticas de crecimiento de la población, la anticoncepción era considerada como «peligrosa para la salud». La anticoncepción despertaba incógnitas a las viejas ideas de control sobre la «peligrosa» sexualidad de los cuerpos femeninos. Sin embargo, a partir de la década de los cincuenta, el Estado mexicano comenzó a ser presionado para permitir el control de la natalidad para frenar la «explosión demográfica», bajo el nombre de «la planificación familiar». En este contexto, es que las feministas mexicanas participaron en el debate sobre la planificación familiar y la medicalización de los cuerpos de las mujeres. Cabe decir que esta política gubernamental le dio un papel importante a los prestadores de servicios de salud y mostró que las mujeres eran en gran parte utilizadas como mujeres como un medio para un fin.

**Palabras clave:** discurso médico, control social, feminismo, medicalización y anticoncepción.

### ABSTRACT

This paper is based on feminism thought and medical sociology. Our focus is the understanding some of the bases of scientific thought, from ancient Greece until XXI century, in which the feminine body has been object to medical intervention and the assignation of the position which women occupy in society.

In the 20's and 30's, the contraception was considered «dangerous to health» and also was some doubts about the «dangerous» feminine sexuality. In 50's the Mexican State faced the international pressure to slow down the demographic explosion through familiar planification. In this context, Mexican feminists participate in the social debate about the medicalization of women's bodies. This social policy showed that women were used without considering them as persons.

**Key words:** medical discourse, social control, feminism, medicalization and contraception.

1 Licenciada en Ciencia Política por el Tecnológico de Monterrey, Profesora en FLACSO-México en Políticas Públicas y Género. Funcionaria en el Instituto Nacional de las Mujeres. Maestra en Estudios de Género por El Colegio de México.

**E**n el presente artículo, consideramos que desde el lente teórico del feminismo, existe un orden social generizado. Nosotros partimos de la premisa de que «como sistema simbólico, la diferencia de género es el origen más antiguo, universal y poderoso de muchas conceptualizaciones moralmente valoradas de todo lo que nos rodea [...]. Hemos organizado nuestros mundos social y natural en términos de significados de género, en cuyo contexto se han construido instituciones y significados raciales, de clase y culturales históricamente específicos» (Harding, 1996: 17).

El presente trabajo está integrado por las siguientes secciones. La primera consta de las *Consideraciones iniciales*, en donde se especifican como puntos teóricos de partida, el pensamiento feminista y la sociología médica crítica. Posteriormente, en el apartado *Deconstruyendo la «neutralidad» y la construcción social del género* desde una mirada feminista, el interés está en comprender por qué en el pensamiento científico, desde la antigüedad hasta el siglo XXI, el cuerpo femenino ha sido un espacio de intervención médica y de asignación del lugar que ocupan las mujeres socialmente. A continuación, analizamos la importancia de *La anticoncepción y la medicalización de los cuerpos femeninos en México desde la mirada feminista*. Y para finalizar, presentamos las conclusiones del presente trabajo. Una vez aclarado el camino que seguirá este escrito, veamos las consideraciones iniciales que nos permiten marcar nuestro punto de partida teórico.

### **Consideraciones iniciales**

Los enfoques teóricos de los que partimos son la teoría feminista y la sociología médica<sup>2</sup>, en la corriente que analiza las relaciones de poder y el poder médico desde una posición crítica, la cual concibe a la medicina como una forma de control social. Consideramos que ambas perspectivas se retroalimentan entre sí y comparten la visión del una posición crítica ante las concepciones del cuerpo femenino en la medicina hegemónica y ante la supuesta naturalización de la maternidad como destino de las mujeres. Ambos enfoques critican que la medicina sea un depositario de la verdad, en donde expertos, objetivos y moralmente neutros, emiten juicios absolutos que se hacen, «no en nombre de la virtud o de la legitimidad, sino en nombre de la salud» (Zola, 1999: 23).

---

2 La sociología médica es definida como «el análisis del ambiente médico desde una perspectiva sociológica» (Cockerham, 1986. Cit. en Turner, 1992: 153).

Los enfoques teóricos de los que partimos son la teoría feminista y la sociología médica, en la corriente que analiza las relaciones de poder y el poder médico desde una **posición crítica**, la cual concibe a la medicina como una forma de control social. Consideramos que ambas perspectivas se retroalimentan entre sí y comparten la **visión** del cuerpo femenino en la medicina hegemónica<sup>3</sup> y ante la supuesta naturalización de la maternidad como destino de las mujeres. Ambos enfoques critican que la medicina sea un depositario de la verdad, en donde expertos, objetivos y moralmente neutros, emiten juicios absolutos que se hacen, «no en nombre de la virtud o de la legitimidad, sino en nombre de la salud» (Zola, 1999: 23).

Por su parte, la teoría feminista ha intentado al mismo tiempo, construir y deconstruir la feminidad. De tal forma, existe una «importante tensión en la necesidad de destruir la categoría «mujer» y despojarla de su historia excesivamente sólida, tensión que se materializa en la línea común que permanece activa tanto en el pensamiento como en la acción feminista» (Ergas, 2003: 602). Consideramos que el panorama del pensamiento feminista dista mucho de ser homogéneo, e incluso Celia Amorós se cuestiona si el término feminismo puede ser usado en un sentido unívoco. El feminismo, a pesar de su complejidad, tiene su propia lógica interna y puede ser cartografiado<sup>4</sup> ya que las «feministas ni pensamos ni vivimos solas: compartimos al fin, un mundo social, cultural, intelectual y académico con los varones» (Amorós, 2000:11). Sin embargo, a pesar de sus múltiples vertientes, el feminismo en sus entrañas es político porque cuestiona continuamente las relaciones de poder dentro y fuera del ámbito privado para que éstas sean visibilizadas, debatidas y politizadas.

De acuerdo con Mary Nash (2004), se develan las trampas que confunden lo masculino con lo universal y por tanto el feminismo es una conciencia crítica que resalta las tensiones y contradicciones que encierra el discurso androcéntrico. Es decir, «sin la investigación feminista sería imposible percibir e interpretar la articulación de las múltiples opresiones que han caracterizado a los seres humanos como opresores de otros seres humanos» (Castañeda, 2003: 13).

3 Cuando nos referimos al concepto de «medicina hegemónica» nos basamos en la conceptualización de Filc (2004). Este autor, usa el concepto de hegemonía como un marco para la *distribución de poder y de recursos*, en el que la concepción médica dominante está articulada con el *proyecto hegemónico de sociedad* a través de la desocialización de la enfermedad y la afirmación de las relaciones de poder.

4 Algunas vertientes de pensamiento: el feminismo liberal, sufragista, comunista, socialista, radical, de la igualdad, de la diferencia, institucional, ecofeminismo, ciberfeminismo, entre otros.

El feminismo abrió la puerta a la posibilidad de crear y recrear una nueva forma de ver y entender el mundo, una nueva ciencia y una reconceptualización del conocimiento que toma en cuenta la existencia de un orden social de género. Este orden toma a la diferencia sexual como base de la desigualdad y la diferencia social. Así, la investigación feminista, ha generado «la necesidad de comprender los fundamentos y las formas en que han operado y operan los complejos procesos de dominación masculina, que transforman la diferencia en inferioridad» (Castañeda, 2003: 11). La vertiente radical del feminismo que retomamos, se ancla en una dominación de género en la que lo femenino ha sido completamente ignorado por la ciencia y la medicina, construidas por y para hombres. Desde esta postura feminista, se sostiene que «las epistemologías, metafísicas, éticas y políticas de las formas dominantes de la ciencia son androcéntricas y se apoyan mutuamente [...] en sus modos de construir y conferir significados no sólo sexistas, sino también racistas, clasistas y coercitivos en el plano cultural» (Harding, 1996: 11).

Desde el enfoque de la sociología crítica, esta distribución desigual del poder en la sociedad contemporánea es reflejada y reproducida en la ideología médica hegemónica. Por tanto, en la teoría y la práctica médica, se reproducen las relaciones de dominación y de poder a través del género, la clase y la etnia (Filc, 2004). Al respecto, McCormack menciona que la primera generación del pensamiento feminista, se centró en: a) evidenciar el sesgo masculino de la literatura científica que se presenta a sí misma como objetiva y con validez universal, y b) documentar la discriminación contra las mujeres en los espacios de salud (McCormack, 1984. Cit. en Castro y Bronfman, 1998). La teoría feminista del conocimiento hace referencia a una forma alternativa de conocer desde un prisma femenino y de la experiencia femenina en el mundo en el que existe un orden de género capaz de ser modificado.

Durante la segunda ola de desarrollo del pensamiento feminista en la década de 1970, el movimiento de mujeres realizó una crítica a las formas en las que la biomedicina diferenciaba a los grupos sociales. Desde la perspectiva feminista y de la sociología médica, la biomedicina reproduce una ideología hegemónica que reafirma las desigualdades de género, de raza y de clase (Filc, 2004). La crítica se centró en las formas en las que el discurso médico había construido históricamente la diferenciación de las mujeres frente a los hombres de acuerdo con bases biológicas y anatómicas «evidenciadas científicamente», que les impedía participar a las mujeres en la vida pública. En esta corriente de pensamiento feminista, desde diversas posturas, se encuentran Sherry Ortner (1979), Adrienne Rich (1986), Ann Oakley (1986), Gayle Rubin (1986), Fausto-Sterling (1987), Catherine Mackinnon (1989), Ehrenreich e English (1990).

En el enfoque de la sociología médica crítica, consideramos que la ciencia médica es un instrumento de dominación y control social<sup>5</sup> que vigila especialmente a los cuerpos de las mujeres. De acuerdo con Turner (1992), la sociología médica amplía sus alcances a través del estudio del cuerpo y para lograr esto, retoma la «resurrección del cuerpo» hecha por los aportes de la teoría feminista y su crítica a la construcción social del cuerpo. En ese sentido, la sociología médica se ha nutrido de las ideas feministas. Ambos enfoques han trabajado el tema de la medicina como un agente de control y de construcción social del género en el discurso médico (Waitzkin, 1986; Zola, 1999; Filc, 2004).

La sociología médica en sus inicios estudió la medicina con altos niveles de criticismo al enfoque de la profesión y la figura del médico, planteando que regulaban la sociedad desde la salud . Adicionalmente, la medicina ha intervenido en la definición de roles de género que penalizan ciertas conductas y comportamientos.

Queremos reiterar que el foco de atención a lo largo de este escrito está en poder comprender por qué desde las bases del pensamiento médico en la antigüedad, el cuerpo femenino ha sido un espacio de intervenciones en la ciencia médica hegemónica. Y cómo en función de esto, a las mujeres se les ha asignado un lugar social en función de sus características «biológicas». De tal forma, la mirada de la medicina hegemónica, del control social, y de los médicos como «empresarios morales» (Zola, 1999), nos permitirá abrir la puerta con mayor profundidad en qué consiste la construcción social del género en el discurso médico.

### **Deconstruyendo la «neutralidad» y la construcción social del género desde una mirada feminista**

En la comprensión de la ciencia médica, nosotros partimos de la idea de que «las mujeres han quedado excluidas de los procesos de definición de la cultura, concibiéndoselas como lo «otro», en contraste con lo cual determinan sus proyectos los hombres quienes tienen el poder» (Harding, 1996: 11). En este apartado, el énfasis está en comprender por qué desde las bases del pensamiento médico-científico en la antigüedad, el cuerpo

5 El control social se refiere a los mecanismos a través de los cuales se promueve la adherencia a las normas sociales. El control social se observa a través de la medicalización de los problemas sociales que involucran la expansión de las actividades de los profesionales de la salud que incluyen el control sobre áreas mucho más amplias de la vida social y la vida personal (Waitzkin, 1986).

femenino ha sido un espacio de intervenciones en la medicina. Y cómo en función de esto, se contribuyó en la fundación de un orden social generizado, en donde a las mujeres se les ha asignado/asignó/asigna un lugar social, comportamientos, subjetividades y expectativas sociales en función de sus características biológicas.

La construcción médica de los cuerpos femeninos tiene un largo proceso a lo largo de los siglos y las épocas. Desde el lente teórico del feminismo, los cuerpos de las mujeres han sido históricamente representados y tratados en la medicina como «una amenaza al orden moral y la estabilidad social debido a la naturaleza incontrolable y peligrosa de la sexualidad femenina» (Lupton, 1994: 143). Por siglos, los cuerpos femeninos fueron definidos y entendidos en el discurso médico como lo Otro, lo no masculino, lo débil o lo imperfecto.

El pensamiento feminista muestra que la desigualdad entre hombres y mujeres, no es un efecto de la naturaleza, es parte de una construcción social generizada, fundada en un orden de poder patriarcal que se instauró desde tiempos inmemorables a partir de asignaciones simbólicas hechas por lo masculino que distingue a uno del otro sexo por sus características corporales. De tal forma, «la construcción simbólica del sexo depende del contexto y de la cultura en la que se nutre, de las necesidades y las opiniones de su momento y con esta materia se conforman los géneros sexuales» (Tuñón, 2008: 13).

La ciencia y la medicina emergen con una función institucionalizada, en la que el médico asume el papel de definir el lugar que le correspondía a cada uno de los sexos en la estructura social. Nosotros consideramos que las dicotomías de masculino/femenino, «desempeñan funciones importantes en las estructuras intelectuales y sin duda, están relacionadas con proyectos de identidad sexual y de géneros. Y a su vez, el proyecto de la ciencia ha configurado el género y la sexualidad humana» (Harding, 1996: 110).

En la época clásica, el cuerpo femenino era visto como algo inferior, defectuoso y peligroso respecto al del varón. Galeno argumentaba que los órganos sexuales femeninos eran semejantes a los masculinos si se les volteaba al exterior. Las ideas galénicas se expresaron en las bases filosóficas del pensamiento racional que se desarrolló en la antigua Grecia y Roma. Este pensamiento se cristalizó en Uno de los pensadores occidentales más sobresalientes fue Aristóteles, él argumentaba que las mujeres eran como un hombre imperfecto, una «versión potencial» o «un ser incompleto».

La representación de la diferencia sexual se remitía solamente a una realidad corpórea estable: la masculina. Presumimos que la importancia de las ideas de Galeno y Aristóteles, está en que toman hechos «naturales» o «biológicos» para legitimar y reproducir una jerarquía social en la que los hombres están «naturalmente» por encima de las mujeres en todos los ámbitos: biológico, mental, emocional, social, político y económico. De esta manera, se instaura el principio de la diferencia, y de acuerdo con Héritier (2007), la valencia diferencial de los sexos está presente en el origen de lo social, ya que sin este enlace, las otras condiciones de lo social no habrían podido instaurarse. Así, se comienza a apuntalar desde los inicios de la ciencia médica una visión del mundo androcéntrica.

Laqueur (1990) interpreta el «modelo de un solo sexo» como un ejercicio para preservar al Padre como el eje del ordenamiento social, así como de la existencia de la civilización misma. Los griegos, a través de su pensamiento desarrollaron argumentos filosóficos y empíricos acerca de la superioridad masculina sobre lo femenino, así como de la absoluta necesidad del Padre y de todo un ordenamiento social. Estas ideas modelaron la discusión científica sobre los cuerpos en Occidente desde el siglo IV A.C hasta el siglo XVIII D.C. El cuerpo femenino fue visto desde una mirada androcéntrica, con base en relaciones de poder y de dominación de un sexo sobre otro. En ese sentido, existe Laqueur observa «una tensión entre dos modelos de la diferencia sexual coexistentes, uno que considera que sólo existe un sexo organizado en dos formas, que dominó desde los griegos clásicos hasta la Ilustración, y otro que privilegia la idea de dos sexos diferentes» (Tuñón, 2008: 46).

La modernidad dio paso al «modelo de los dos sexos» que consideraba superior a lo masculino, «con la preeminencia del pensamiento científico, se esgrime un discurso para enjaular a los cuerpos femeninos» (Tuñón, 2008: 44). Después del siglo XVII, el sexo se construyó como una categoría sociológica de alta plasticidad. Laqueur (1990) llama al proceso de construcción de esta categoría social «el descubrimiento de los sexos», en el que los órganos reproductivos tomaron el lugar que definía y explicaba la jerarquía social entre hombres y mujeres. En este proceso, los órganos que en el «modelo de un solo sexo» compartieron nombres y funciones, empezaron a tener un nombre específico por primera vez en casi siete siglos.

El apuntalamiento del «modelo de los dos sexos», de acuerdo con Laqueur (1990), se llevó a cabo en dos arenas: la arena epistemológica y la arena política. En la epistemología, la ciencia y la razón estaban en el centro de todo, se justificaba la jerarquía social en función de la racionalidad

del sexo masculino y se redefinió lo que significaba ser hombre o mujer. Nosotros sugerimos que la ciencia médica se encargó de darle coherencia a estas ideas, por medio de las explicaciones que se formularon en torno al hecho de que la «naturaleza femenina» residía en el útero. En la arena política, se dieron acalorados debates en la esfera pública, en los que se determinaban los roles sociales en función de la «naturaleza» masculina y femenina. El objetivo era reafirmar las diferencias corporales entre los hombres y las mujeres como opuestos, y argumentaban cómo ambos estaban destinados a desarrollarse en la esfera de lo público o de lo privado, según su «naturaleza».

La ciencia médica se enfocó, por primera vez en la historia occidental, a «descubrir» los aspectos de la diferencia sexual que habían sido ignorados a lo largo de casi setecientos años. En el campo de la medicina, se llevó a cabo la batalla para darle a los cuerpos femeninos una concreción racional, analizando a detalle la naturaleza de sus huesos, nervios, y sobre todo de los órganos reproductivos que ahora cobraban mayor importancia. Nosotros retomamos de Laqueur (1990) que el modelo de los dos sexos creó una nueva base fundante para ver y entender el género. Por ende, hasta finales del siglo XVII y principios del siglo XVIII, se hace científicamente aceptable una «nueva epistemología» que toma las categorías de masculino y femenino como sexos opuestos. Ideas que a lo largo del siglo XIX, fueron un argumento para decretar la inferioridad social de las mujeres.

En el marco de la Ilustración, se apuntala en el pensamiento un nuevo modelo de «dimorfismo radical» o de «divergencias biológicas». En este nuevo modelo, la nueva anatomía y la fisiología remplazaron paulatinamente a la forma anterior en la que se había representado a la mujer en relación con el hombre, y fue hasta el siglo XVIII que la «naturaleza sexual cambió». En este punto han coincidido varios teóricos importantes como: Michel Foucault (1980), Laqueur (1990), Lupton (1994) y Scott (1999). De tal suerte, no resulta fortuito que el discurso médico dominante construyera los cuerpos masculinos y femeninos jerárquicamente y ordenara sus significados de forma vertical en extremos opuestos. En este nivel se ubican una amplia variedad de «descubrimientos» que, a un nivel ideológico más profundo, tienen como propósito controlar la tan temida «naturaleza» femenina (Lupton, 1994). Consideramos que esta «creación de tipos humanos a partir de un subconjunto de conductas fue una hazaña teórica y tuvo un resultado satisfactorio, al desarrollar formas amenazadoras de control social de quienes no estuviesen dispuestos a aceptar las modalidades de conducta y las formas de expresión personal deseadas por el incipiente capitalismo industrial» (Harding, 1996: 133).



Foucault (1980) menciona que la «experiencia de la carne» se ha constituido desde ciertas formas de comportamiento en momento histórico específico y de acuerdo con sistemas de saber-poder que definen las reglas de «lo que es y no es natural». La ciencia médica se convierte en el espacio legítimo de poder que norma el comportamiento sexual y socialmente esperado. Por ejemplo, Foucault (1980) distingue desde inicios del siglo XVII como un eje de saber-poder, la histerización del cuerpo femenino, que debe ser controlado por el saber médico y dirigido a lo socialmente esperado: la maternidad y la vida doméstica. Se trata entonces de «un dispositivo que abarca cuerpos, placeres, discursos, controles y resistencias, que implica el saber y el poder, y que penetra los cuerpos para controlar poblaciones. La sexualidad se centra en el núcleo familiar» (Tuñón, 2008: 48).

Laqueur (1990) muestra que las supuestas diferencias «naturales» de los sexos son producciones culturales y simbólicas en las que «el poder de la cultura se manifiesta [...] en el cuerpo, al que golpea como si estuviera en un yunque hasta darle la forma requerida» (Laqueur, 1992. Cit. Tuñón, 2008: 49). Este autor coincide con las aportaciones que ya Gayle Rubin (1986) había hecho en relación al sistema sexo-género, en el que los cambios en las ideas biológicas sobre la sexualidad pueden ser también entendidas como productos de la actividad humana. Ortner (1979) y Fausto-Sterling (1987) están en la misma corriente argumentativa cuando dicen que el género es lo que los hombres y mujeres son, no sólo desde los «hechos» biológicos, sino como producto de procesos culturales y sociales.

En la corriente histórica, Joan Scott (1999) analiza desde el post-estructuralismo y la teoría del lenguaje, la construcción de toda una serie de significados acerca de la diferencia sexual y «el lugar natural» de las mujeres. De tal manera, se crean representaciones de las diferencias sexuales que son codificadas en la lengua. Esta autora evidencia que la construcción de sujetos generizados, se realiza a través de retomar y reafirmar las categorías que han sido construidas como «naturales, fijas e inevitables». Para Scott (1999) el género no es una categoría fija de las diferencias biológicas entre hombres y mujeres, es más bien un elemento constitutivo de las relaciones sociales basadas en la percepción de las diferencias entre los sexos, como una forma esencial que representa relaciones de poder.

Catherine MacKinnon (1989) argumenta que la división clara entre hombres y mujeres se debe a los requerimientos sociales de la heterosexualidad, que institucionaliza el dominio sexual masculino y la sumisión femenina. El sexo deviene entonces en el paradigma de las relaciones sociales, como la vía a través de la cual los hombres dominan y en el que las mujeres son

dominadas. Como observan Ergas, Duby y Perrot (2003), el cuerpo de las mujeres es al mismo tiempo público y privado. Es decir, toda una corriente teórica feminista deconstruye las ideas del «sexo opuesto» y la maternidad como destino, producto de los siglos XVIII y XIX, y develan que no hay nada «natural» en ello, ya que estos «descubrimientos» están estrechamente relacionados con dinámicas y mecanismos de poder que incentivan la producción de conocimientos científicos que privilegian las nuevas formas de constituir sujetos generizados en contextos sociales específicos.

El siglo XX y XXI están atravesados por múltiples significados y luchas a nivel simbólico y político, a raíz de la agitación que ha sacudido al mundo de las mujeres. Ambos siglos son testigos de un proceso de transformación profunda y permanente en lo económico, social, cultural y científico-tecnológico. En efecto, las condiciones de vida de algunas mujeres cambiaron significativamente<sup>6</sup> a partir del acceso a la educación, su mayor participación en el mercado laboral, la creciente incidencia del divorcio, el control de la fecundidad hasta el ejercicio unilateral de la patria potestad que permiten las nuevas tecnologías de fecundidad.

En el siglo XX, uno de los legados históricos de la profesión médica fue la medicalización y necesidad de control de los cuerpos femeninos. Las mujeres y sus cuerpos eran entendidos desde la ciencia médica y el orden social como «naturalmente» designadas para la maternidad y su rol social como madres. Estas «verdades» de la medicina hegemónica serán fuertemente cuestionadas por parte del pensamiento feminista y la sociología médica, porque ambos enfoques estudiaron a la ciencia médica como un agente de control y de construcción social del género en el discurso médico (Waitzkin, 1986; Zola, 1999; Filc, 2004).

La revisión de la construcción de los cuerpos femeninos a lo largo del tiempo, nos lleva a presumir que «el orden social crea las concepciones biológicas, las cuales sirven para satisfacer las necesidades de quienes tienen el poder, aspiran a él o lo defienden; y la disciplina biológica devuelve con intereses el apoyo que recibe del orden social» (Harding, 1996:112). Por ende, la ciencia médica hegemónica ha contribuido a la dominación social de género, en la que lo femenino ha sido completamente ignorado por la historia de la medicina. En este sentido, Ehrenreich y English (1990) tuvieron la lucidez teórica para articular el feminismo, la medicina y la

---

6 Me refiero específicamente a algunas mujeres de clase media y alta que vivieron, sobre todo en el siglo XX y XXI. Sin embargo, cabe resaltar que estas mujeres son todavía una minoría en el mundo, sobre todo en América Latina.

política, ya que tal pareciera que los peligros reales para las mujeres se situaban en que la ciencia médica no entendía y exageraba la experiencia femenina, como la menstruación, el embarazo y el parto.

Por ejemplo, las autoras argumentan que la visión médica acerca de la menstruación como dolorosa y desequilibrante para las mujeres, justificaba que se les alejara de ocupaciones que requirieran una alta responsabilidad, ya que los más aptos para dichas ocupaciones siempre serían los varones. En cuanto al embarazo, Oakley (1986) analizó el proceso histórico en el que el parto y el embarazo dejaron de ser una forma común de conducta social para convertirse en espacios exclusivos de la medicina. La autora argumenta que desde principios del siglo XX, el embarazo y el parto fueron paulatinamente definidos como fenómenos biológicos, lo cual creó las condiciones para justificar el dominio de la medicina en este campo.

En concordancia, Treichler (1990) menciona que en el discurso médico, el parto es definido como un evento en el que el papel activo es llevado a cabo por los médicos obstetras y el pasivo por la mujer que pare. Martin (1990) analiza el sesgo masculino que prevalece en los textos de medicina, en específico en la forma «objetiva» y «científica» en la que están escritos. Tales textos están repletos de metáforas ideológicas que reproducen y perpetúan la manera masculina de mirar al mundo, al cuerpo femenino y al proceso de reproducción. La autora observó «cómo el cuerpo femenino es descrito como un sistema burocrático de control organizado jerárquicamente, lo cual tiene implicaciones directas en la forma en que diversas funciones femeninas son percibidas» (Martin, 1990. Cit. en Castro y Bronfman, 1998: 227). Martin desmitifica la supuesta objetividad y neutralidad de la ciencia médica, y muestra que no existen términos neutrales en los textos científicos. De esta manera, evidencia el valor diferencial y patriarcal incrustado en el discurso médico. En palabras de Rich (1986), el feminismo estudió cómo la medicina tomó aspectos de la experiencia femenina para manipularlos por el pensamiento patriarcal y convertirlos en algo siniestro o perjudicial.

En síntesis, los estudios feministas y sociológicos críticos, aportan una serie de luces e ideas sobre la construcción social del género y de la sexualidad, directamente relacionados con la ciencia médica y los cambios en los significados y las conductas relacionadas con el carácter de la masculinidad y la feminidad a lo largo de los siglos. La medicina se ha aliado con el predominio masculino y el androcentrismo, y esta «conjunción de la función de la ciencia en la construcción social del género y de la sexualidad con la función del orden social, ha legitimado la autoridad científica, con el fin de aumentar su

poder social» (Harding, 1996:118). Así, la comprensión del cuerpo femenino como una construcción humana histórica, responde a un cierto orden social.

Sugerimos que la inestabilidad de la diferencia y de la similitud, están en el corazón de la búsqueda del conocimiento biológico, científico y médico, las cuales están estrechamente relacionadas con los cambios epistemológicos en la esfera política, económica y social. O en palabras de Nietzsche (1997), «la sexualidad es un trabajo artesanal» que inició con la modernidad y el ascenso de la ciencia médica como un espacio de legitimidad. Así, uno de los legados históricos de la ciencia médica fue que las mujeres y sus cuerpos fueron construidos en función del lugar que «naturalmente» les correspondía en el orden social generizado. Nosotros consideramos que uno de los aportes del feminismo y la sociología médica, radica en deconstruir estas «verdades», y mostrar a la ciencia médica como un agente de control y de construcción social del género (Waitzkin, 1986; Zola, 1999; Filc, 2004). Veamos a continuación cómo la anticoncepción se relaciona con la medicalización de los cuerpos femeninos.

### **La Anticoncepción y la medicalización de los cuerpos femeninos en México desde la mirada feminista**

Entre los temas de estudio del feminismo y la sociología médica están: a) la medicalización de los cuerpos, b) la forma en la que se entendía el cuerpo femenino en el discurso médico y c) la opresión de las mujeres en el sistema médico. En el siglo XX en México, un marco en el que la ciencia médica se consolidó como un agente de control y de construcción social del género (Waitzkin, 1986; Zola, 1999; Filc, 2004).

En la década de los veinte y los treinta, en el marco de políticas de crecimiento de la población, la anticoncepción era considerada como «peligrosa para la salud» porque podía provocar esterilidad y degeneración mental. En gran parte de los médicos, existía un marcado rechazo a la anticoncepción porque se le asociaba con las ideas de promiscuidad, vicio y prostitución del siglo XIX (Lupton, 1994). La anticoncepción, en el fondo, despertaba incógnitas a las viejas ideas de control sobre la «peligrosa» sexualidad desbordante de los cuerpos femeninos. Externamente, desde la década de los cincuenta, el Estado mexicano comenzó a ser presionado para permitir el control de la natalidad para frenar la «explosión demográfica», bajo el nombre de la planificación familiar (De Barbieri, 1999). Desde entonces, el problema del crecimiento de la población comenzó a ser visto como contrario al desarrollo económico y social. Podemos decir entonces, que

a partir de la década de los setenta, la sexualidad lentamente se desvinculó de la reproducción en la sociedad occidental, gracias al acceso y la distribución masiva de las nuevas tecnologías anticonceptivas.

La medicalización de la reproducción de los cuerpos femeninos en México cobró fuerza en los setenta, cuando se modificó la Ley General de Población que prohibía abiertamente el uso de anticonceptivos. En 1974, inician las políticas para el control de la natalidad a raíz de la modificación al artículo 4to constitucional que buscaba promover la igualdad entre hombres y mujeres. «Como resultado, hubo más acceso a métodos anticonceptivos, a pesar de que el aborto permanecía penalizado. La magnitud de esta modificación constitucional representó una maniobra del Estado para atraer directamente a las mujeres a través de las campañas de planificación familiar» (Ortiz-Ortega y Barquet, 2008: 6).

La nueva ley de población abrió la posibilidad de distribuir masivamente a la población femenina, las nuevas tecnologías anticonceptivas llamadas los «métodos modernos». Estas políticas tuvieron lugar bajo la dirección de la Secretaría de Gobernación que creó el Consejo Nacional de Población (CONAPO) con la finalidad de dar respuesta a las demandas de las mujeres y se reafirmaba el compromiso del gobierno mexicano de lograr la disminución de la tasa de fecundidad como una prioridad nacional (Ortiz-Ortega y Barquet, 2008). Así, en 1976, se creó la Coordinación para la Política de la Población, como uno de los ejes de las políticas de planificación familiar. Su objetivo era promover nuevas normas y valores de comportamiento reproductivo así como distribuir gratuitamente métodos para controlar la fecundidad. Los sectores de la población a las que se dirigían estos esfuerzos eran las mujeres en edad reproductiva. Pero, cabe mencionar que «los contextos sociales, culturales y geográficos, así como las características sociodemográficas individuales, los ideales, percepciones y preferencias reproductivas condicionaron la demanda y uso de estos servicios» (Erviti, 2005: 92).

Las feministas mexicanas participaron en el debate sobre la planificación familiar y la medicalización de los cuerpos de las mujeres. En este tema, existían opiniones feministas que mostraban los pros y los contras. Una de las corrientes a favor de la medicalización, argumentaba que los avances en la medicina habían generado cambios positivos en la vida de las mujeres, por los cuales por primera vez en la historia, ellas podían controlar su fecundidad, al poder disponer del propio cuerpo a través de las tecnologías anticonceptivas. Sin embargo, varios estudios de feministas e investigadores desde diversas ramas de estudio, cuestionaron esta premisa ya que en una cultura machista las mujeres no son siempre quienes controlan el uso de

las tecnologías anticonceptivas. Una gran variedad de estudios han denunciado la falta de respeto a la libertad reproductiva de la mujer, entendida como el acceso a la anticoncepción acompañado de una libre elección individual (Figuroa, 1995; Erviti, 2005).

Esta nueva política gubernamental le dio un papel importante a los prestadores de servicios de salud, sobre todo a los galenos. De Barbieri (1999), enfatiza que los médicos se consolidaron como agentes de dominación y control entre los géneros, ya que «el esposo, la suegra y la madre fueron sustituidos por los prestadores de servicios de salud. Y son éstos quienes ejercen una verdadera tutela para mujeres en edad de procrear» (1999: 139). Lamas (2001) menciona que en las políticas que tienen que ver con la reproducción en México y en muchos países más, las mujeres no tienen derecho a decidir sobre sus cuerpos, derecho fundamental para decidir sobre sus vidas. Desde esta concepción, hay un claro desprecio hacia la mujer como persona, ya que no cuenta como fin en sí misma, sino que sólo importa como un medio para un fin. Al respecto, Cervantes plantea «el proceso de medicalización de la reproducción, como uno de los obstáculos para el ejercicio de los derechos reproductivos, a lo cual atañe el carácter jerárquico y autoritario de las instituciones de salud» (Cit. en Figuroa, 1995: 10).

Figuroa (1995: 10) ha destacado «el gran poder que se le atribuye a los prestadores de servicios, en particular referido a los programas de planificación familiar, dentro de un marco de políticas de población y salud» (1995: 5). En este entorno de relaciones de poder desiguales, se identifica al prestador de servicios que quiere y debe incidir sobre la población, con base en ciertas expectativas de lo «deseable» socialmente. Así, en relación a la reproducción, la medicina juega el papel de transmitir y reafirmar mensajes ideológicos hegemónicos que tienen como función dirigir el comportamiento del paciente hacia canales seguros, aceptables y no disruptivos (Waitzkin, 1986). En ese sentido, va también la propuesta de Figuroa de «desmitificar el trabajo de los prestadores de servicios de salud [...] y darle un papel más activo a la población en el autocuidado de su salud y su reproducción».

### **Conclusiones**

A manera de conclusión, los enfoques de la teoría feminista y la sociología médica, analizan el poder médico como una forma de control social. Uno de nuestros argumentos partió del hecho que los médicos tienden a reforzar el control social y de género, aunque no sean completamente conscientes de ello. Cabe decir que en el ejercicio profesional, «el médico se rige no

sólo por sus conocimientos sino también por sus valores latentes» (Zola, 1999: 38). En ese sentido, como todo orden institucional, «el sector salud está atravesado por un orden de género desigual y discriminatorio, que se refleja en la modalidad de organización del sistema de salud, sus jerarquías, la distribución y promoción de recursos humanos, los discursos y las prácticas» (Cátedra UNESCO-FLACSO, 2008).

Desde una perspectiva de la medicina como una forma de control social, en el nivel de la prestación y el acceso de servicios salud, «en tanto agentes sociales [...] los médicos están activamente involucrados en la producción y reproducción de una estructura médica de dominación cuyas estrategias de reproducción impactan más allá del campo médico, pues involucran a la sociedad en su conjunto» (Erviti et al., 2006:659). De tal suerte que en el caso de México, la medicalización de la reproducción de los cuerpos femeninos cobró fuerza con la modificación de la Ley General de Población que prohibía abiertamente el uso de anticonceptivos. En 1974, estuvieron en boga en México las políticas para el control de la natalidad a raíz de la modificación al artículo 4to constitucional.

La nueva ley de población abrió la posibilidad de distribuir masivamente las nuevas tecnologías anticonceptivas llamadas los «métodos modernos». Estas políticas tuvieron lugar bajo la dirección de la Secretaría de Gobernación que creó el Consejo Nacional de Población (CONAPO) con la finalidad de dar respuesta a las demandas de las mujeres y se reafirmaba el compromiso del gobierno mexicano de lograr la disminución de la tasa de fecundidad como una prioridad nacional (Ortiz-Ortega y Barquet, 2008).

En ese debate, las feministas mexicanas participaron activamente en el debate de la planificación familiar y la medicalización de los cuerpos de las mujeres. En ese sentido, el control poblacional abrió la puerta a la discusión pública del libre ejercicio de la sexualidad como uno de los ejes del Movimiento Feminista en México, desde la década de los setentas hasta la actualidad.

## Referencias bibliográficas

- Castañeda, Patricia (2003). Interrupción voluntaria del embarazo, reflexiones teóricas, filosóficas y políticas, México, UNAM-Plaza y Valdés.
- Castro, Roberto y Mario Bronfman (1998). «Teoría feminista y sociología médica», en Juan Guillermo Figueroa, *La condición de la mujer en el espacio de salud*, México, El Colegio de México.
- De Barbieri, Teresita (1999). «Cambio sociodemográfico, políticas de población y derechos reproductivos en México», en Adriana Ortiz-Ortega (comp.), *Derechos reproductivos de las mujeres. Un debate de justicia social en México*, México, EDAMEX-UAM-X.
- Ehrenreich, Barbara y Diedre English (1990). *Por su propio bien. 150 años de consejos de expertos a las mujeres*, Madrid, Altea.
- Ergas, Yasmine (2003). «El sujeto mujer: el feminismo de los años setenta-ochenta», en Georges Duby y Michelle Perrot (coords.), *Historia de las mujeres. El siglo XX*, España, Taurus.
- Erviti, Joaquina (2005). *El aborto entre mujeres pobres. Sociología de la experiencia*, México, UNAM-CRIM.
- Fausto-Sterling, Anne (1987). «Society Writes Biology, Biology Constructs Gender», *Daedalus*, vol. 116, núm. 4, pp.61-76.
- Figueroa, Juan Guillermo (1995). «Aproximación al estudios de los derechos reproductivos», *Programa de salud reproductiva y sociedad*, núm. 8, México, El Colegio de México.
- Filc, Danni (2004). «The medical text: between biomedicine and hegemony», *Social Science and Medicine*, núm 59, pp.1275-1285.
- Foucault, Michel (1980). *La microfísica del poder*, España, La Piqueta.
- Harding, Sandra (1996). *Ciencia y Feminismo*, Madrid, Ediciones Morata.
- Héritier, Françoise (2007). *Masculino/femenino II: disolver la jerarquía*, Buenos Aires, FCE.
- Lamas, Marta (2001b). *Política y reproducción. Aborto: la frontera del derecho a decidir*, México, Plaza y Janés.
- Laqueur, Thomas (1990). *Making sex. Body and gender from Greeks to Freud*, Boston, Harvard University Press.
- Lupton, Deborah (1994). *Medicine as culture. Illness, disease and the body in Western Societies*, second edition, Londres, Sage Publications.



- Mackinnon, Catherine (1989). *Hacia una teoría feminista del Estado*, Barcelona, Cátedra.
- Martin, Emily (1990). «Science and Women's Bodies: Forms of Anthropological Knowledge», en Jacobus Feller y Shuttleworth (cords.), *Body Politics. Women and the discourse of science*, Nueva York, Routledge.
- Nash, Mary (2004). *Mujeres en el mundo. Historia, retos y movimientos*, Madrid, Alianza Editorial.
- Nietzsche, Friedrich (1997). *Más allá del bien y del mal: prelude de una filosofía del futuro*, Barcelona, ALIANZA.
- Oakley, Ann (1986). *The Captured Womb: a History of the Medical Care of Pregnant Women*, Nueva York, Blackwell Pub.
- Oakley, Ann (1986). *The Captured Womb: a History of the Medical Care of Pregnant Women*, Nueva York, Blackwell.
- Ortiz-Ortega, Adriana y Barquet Mercedes (2008). «Generizando la transición a la democracia y las políticas post transición en México», (mimeo).
- Ortner, Sherry (1979). «¿Es la mujer respecto al hombre lo que la naturaleza respecto a la cultura?», en Olivia Harris y Kate Young (comps.), *Antropología y feminismo*, Barcelona, Anagrama.
- Rich, Adrienne (1986). *Nacemos de mujer. La maternidad como experiencia e institución*, Madrid, Cátedra-Universidad de Valencia.
- Rubin, Gayle (1986). «El tráfico de mujeres. Notas sobre la 'economía política' del sexo», *Nueva Antropología*, México, vol. VIII, núm. 30.
- Scott, Joan (1999). *Gender and the Politics of History*, Nueva York, Columbia University Press.
- Treichler, Paula (1990). «Feminism, Medicine and the Meaning of Childbirth», en Mary Jacobus, Evelyn Fox Feller y Sally Shuttleworth (eds.), *Body Politics. Women and the discourse of science*, Nueva York, Routledge.
- Tuñón, Julia (2008). «Ensayo introductorio» en Julia Tuñón (comp), *Enjaular los cuerpos. Normativas decimonónicas y feminidad en México*, México, El Colegio de México.
- Turner, Bryan (1992). *Regulating bodies. Essays in Medical Sociology*, Londres, Sage.
- Waitzkin, Howard (1986). «Micropolitics of Medicine: Theoretical Issues», *Medical Anthropology Quarterly*, vol. 17, núm. 5, noviembre, pp.134-136.
- Zola, Irving (1999). «La medicina como institución de control social», en Carmen de la Cuesta (comp.), *Salud y enfermedad. Lecturas básicas en sociología de la medicina*, Medellín, Universidad de Antioquia.

**Fuentes electrónicas**

CÁTEDRA UNESCO-FLACSO (2008). Seminario «La integración del enfoque de género en el abordaje de la salud: Aportes conceptuales y metodológicos para fortalecer la calidad y la equidad», UNESCO Mujer, Ciencia y Tecnología en América Latina, Argentina, URL: [http://www.catunescomujer.org/catunesco\\_mujer](http://www.catunescomujer.org/catunesco_mujer), última consulta el 13 de septiembre de 2008.