

Las luchas clasificatorias en torno al aborto: el caso de los médicos en hospitales públicos de México*

*Joaquina Erviti
Roberto Castro
Itzel A. Sosa Sánchez*

Introducción

EL ESTUDIO SOCIOLOGICO DE LA PROFESIÓN MÉDICA MODERNA demuestra que ésta es igualmente activa en dos frentes: tanto en la prestación de los servicios de atención propiamente profesionales a los pacientes (o clientes), como en la producción y reproducción de su legitimidad, misma que se funda en la constante presunción del carácter científico de sus conocimientos (Wright y Treacher, 1982), y en la naturaleza neutral, objetiva y libre de valores de sus prácticas (Zoia, 1983).¹ La eficacia de estos dos órdenes de acción práctica (o *doble actividad*) se refleja en el mandato con que cuentan los médicos para ejercer un control socialmente legitimado sobre los cuerpos (Foucault, 1983; Turner, 1992).² En la jerarquía social de saberes, el conocimiento científico

* Este trabajo se inscribe en el proyecto “Significados de la reproducción y el aborto en hombres”. Agradecemos el apoyo financiero otorgado por el Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología (Conacyt) y las facilidades de las autoridades para el acceso a las instituciones de salud. Especialmente expresamos nuestro agradecimiento a los profesionales que aceptaron participar en el estudio y nos cedieron parte de su tiempo.

¹ A esta construcción han contribuido los abordajes sociológicos funcionalistas que, lejos de problematizar la ideología médica, entendiéndola como un producto central de las relaciones de poder vigentes en el campo médico, permanecen atrapados en su lógica específica y, al igual que los pacientes, la adoptan como principio de explicación de sus prácticas (Parsons, 1982; Gallagher, 1976; Fox, 1989).

² Mandato que se expresa en las disposiciones legales que conceden a la profesión médi-

(en general) y el conocimiento médico (en particular) se ubican en los más altos niveles de acreditación, lo que se traduce en el establecimiento de relaciones desiguales de poder (simbólico, en primer lugar; pero también de poder médico, material y económico) en las interacciones con las pacientes, cuando ambas partes se encuentran (Freidson, 1978; Werner y Malterud, 2003).

Esta constitución de lo médico, en tanto estrategia de poder que se renueva permanentemente, ha sido estudiada en sus diferentes momentos de producción: por una parte, se ha documentado cómo la formación de los médicos está constituida por prácticas socializadoras que generan una sistemática transformación de la subjetividad de los estudiantes (*self*) y mediante las cuales éstos no sólo aprenden el conocimiento técnico-especializado propio de la profesión, sino que además *incorporan* (es decir, inscriben en sus propios cuerpos) las estructuras sociales de las cuales aspiran a formar parte: esto es, desarrollan un *habitus* que les permite actuar en el campo de manera “natural”, dando por sentadas —y reproduciendo en la práctica— las diversas jerarquías que el campo médico presupone³ (Bourdieu, 1991; Becker y Geer, 1958; Becker *et. al.*, 1991; Davis, 1968; Phillips, 1997).

Por otra parte, al contrario de la orientación aparentemente neutral con que la profesión médica busca legitimar su propia actuación, se ha demostrado que en las interacciones cotidianas que se establecen entre los prestadores de servicio y las usuarias/os, la conducta de los profesionales médicos está mediada por procesos de etiquetación que se hacen de las pacientes, en función de diversos atributos individuales, estereotipos e imágenes sociales y de género (Roth, 1986; Ellison, 2003; Waitzkin, 1991). Se trata de la aplicación de principios profesionales de *visión y división del mundo* (Bourdieu y Wacquant, 1995) que tienden a ordenar el ámbito médico diferenciando a pacientes “colaboradores” de pacientes “problemáticos”, “distinguidos” de “ordinarios”, “deseables” de “repugnantes”, y a las enfermedades y los padecimientos “normales” de las “anormales”, y a las “legítimas” de las “ilegítimas” (Lorber, 1982). Tales clasificaciones son constitutivas del tratamiento y la disposición para atender a las usuarias de servicios médicos, lo que repercute en la calidad del servicio otorgado y en una atención diferencial (Steele y Chiarotti, 2004).

ca moderna el privilegio de *acreditar* los conocimientos y prácticas adecuados y, por ende, de *desacreditar* aquellas que, al provenir de saberes subalternos, no forman parte del canon legitimado (Aries, 2003).

³ Como señala Ringheim (2002), la formación que generalmente se da a los profesionales de la salud ayuda a invisibilizar la dinámica de las relaciones de poder que se involucran en las interacciones médicos-pacientes.

El caso de las mujeres que acuden a hospitales públicos con un proceso de aborto constituye un escenario idóneo de observación de los mecanismos clasificatorios de la práctica médica y sus consecuencias. En este artículo damos cuenta de una investigación en ese sentido. Mostraremos que a partir de las descripciones que hacen los médicos de la atención que brindan a mujeres con un aborto en curso es posible, por un lado, tanto apreciar las clasificaciones que elaboran los primeros de los diversos casos de aborto (“espontáneos” o “inducidos”, “confiables” o “sospechosos”) como reconstruir la génesis social de tales categorizaciones. Y por otro lado, es posible también advertir cómo la clasificación que se asigna a los diversos casos de aborto constituye el principio de prácticas tendientes a la *reafirmación* o a la *restauración* (según el caso) de un orden social que se presume como el único legítimo en relación a la maternidad y al papel reproductivo de las mujeres. Mostraremos que el carácter estructurante de tales clasificaciones responde al carácter estructurado de ellas mismas, en tanto que son producto de la estructura del campo médico y de la incorporación de la misma en la subjetividad de los médicos (incorporación que cristaliza en el *habitus* profesional). Terminaremos argumentando que tales clasificaciones se vinculan con el autoritarismo de la práctica médica, que eventualmente puede desembocar en la violación de derechos humanos y reproductivos de las mujeres.⁴

Es importante aclarar que no sostenemos aquí que todos los médicos sean autoritarios. Como cualquier otro campo social, el médico admite actores heterogéneos, con una distribución desigual del capital simbólico en juego en el campo y, por ende, con diferentes *disposiciones* hacia la práctica. Ello no obsta, sin embargo, para que el análisis que sigue se centre en el carácter socialmente estructurado de la práctica médica autoritaria.

⁴ Los derechos humanos y reproductivos han sido puestos en la agenda por las diversas conferencias mundiales de Derechos Humanos (Viena, 1993), de Población y Desarrollo (El Cairo, 1994), sobre Desarrollo Social (Copenhague, 1995), y sobre las Mujeres (Beijing, 1995). Éstas han tenido un papel central en la adopción, por los diversos Estados nacionales, tanto del discurso como de compromisos concretos en la promoción y defensa de los derechos humanos, sexuales y reproductivos. Un aporte de estas conferencias ha sido la identificación más específica de los llamados derechos reproductivos que reconoce el derecho a recibir una atención médica de calidad y calidez con respeto a la dignidad humana durante el embarazo, parto, puerperio y aborto. El reconocimiento de los derechos reproductivos como parte importante de los derechos humanos le ha conferido una gran legitimidad a la lucha por la defensa y promoción de los mismos.

El campo médico y su relación con el aborto

Género y práctica médica

Los estudios sociológicos en torno tanto a la formación de médicos como a la relación médico-paciente muestran que la práctica médica no es ajena a las relaciones de poder entre los sexos, relaciones que prevalecen en la sociedad en general (West, 1984; Rance, 1997). De hecho, es justamente el médico uno de los campos donde con más contundencia se ha mostrado el funcionamiento de los dispositivos de poder que simultáneamente derivan de y perpetúan la desigualdad de género.

En términos de la reproducción profesional (o formación de médicos) sabemos, por una parte, que en muchos de los textos de medicina, escritos con aparente objetividad científica, abundan los sesgos de género y las concepciones sexistas acerca de la anatomía y del funcionamiento de los cuerpos (Martin, 1987; File, 2004.). Por otra parte, también se ha estudiado cómo en el proceso de formación de los estudiantes de medicina, en la manera en que está organizada la escuela y las residencias médicas, y en el tipo de interacciones sociales que ahí predominan, se reproduce una jerarquía de género que los estudiantes incorporan como “normal” en su visión profesional del mundo (Hinze, 2004; Rance, 1999). Ambas dimensiones, la de los textos donde se codifica el conocimiento y la de las prácticas de entrenamiento mediante las cuales se transita hacia la acreditación profesional, son constitutivas de un *habitus médico* que funciona de manera espontánea en el ejercicio cotidiano de la medicina.

Con respecto a la relación médico-paciente, algunos estudios, hoy clásicos, han mostrado que la medicina moderna ha hecho de las mujeres un objeto preferencial de intervención y dominación. Desde mediados del siglo XIX muchas de las “terapias” recomendadas a las mujeres eran al mismo tiempo estrategias de resocialización en sus roles subordinados tradicionales (Ehrenreich e English, 1990). Y si bien con frecuencia las mujeres reportan sentirse cuestionadas por el personal médico que las atiende, y realizan esfuerzos ostensibles para mantener, en este proceso, su dignidad como pacientes y como mujeres (D’Oliveira *et al.*, 2002), también es verdad que en muchas ocasiones, a través de diversas formas de *dominación simbólica*, se da una plena cooperación de parte de las mujeres con el propio aparato médico que las oprime (Castro y Erviti, 2003). Las mujeres aprenden a “ser mujeres” dentro de estructuras sociales dirigidas hacia el control y sometimiento de sus cuerpos (Fisher y Groce, 1985). Estas estructuras, interiorizadas mediante procesos de socialización específicos —y que ya cuando son parte de la

subjetividad llamamos *habitus*—ayudan a controlar y a disciplinar a las mujeres, a sus cuerpos y a su sexualidad (Haug, 1992; Bush, 2000).

El papel activo de la medicina moderna en torno a la desigualdad de género se manifiesta, quizás aun con mayor crudeza, en el ámbito de los servicios de salud reproductiva, donde históricamente ha ocurrido una expropiación de los saberes tradicionales de las mujeres, y una deslegitimación de casi toda forma de conocimiento médico sobre aspectos reproductivos que no esté acreditada y certificada por la medicina moderna (Oakley, 1993; Erviti, 2005). A través de modelos normativos medicalizados de la sexualidad y la fecundidad femeninas, la mirada clínica, con sus esquemas cognoscitivos, con sus estrategias de clasificación, y con sus prácticas diagnósticas y prescriptivas, mantiene en circulación la retórica —y por su vía, el mandato— de lo que socialmente significa ser una mujer, madre y esposa “buena”.

El campo médico se caracteriza, entre otras cosas, por la clara jerarquización de los diferentes saberes médicos, donde el conocimiento médico académico u occidental mantiene una relación de dominio sobre todas las otras formas de conocimiento médico alternativas, subalternas y/o tradicionales, por la igualmente clara existencia de una jerarquía de género —donde las mujeres (y lo femenino) están mayoritariamente confinadas al papel de grupo subordinado⁵— y por la coexistencia de dicha jerarquía de género con otras de clase y etnia. El *habitus* de los médicos, a su vez, que es interiorización de esas estructuras, se encuentra “como en casa” en ese medio y puede, por tanto, generar prácticas que desde el punto de vista de los agentes son prácticas profesionales, desinteresadas y apolíticas, y que sin embargo, simultáneamente (*doble actividad*) cumplen un papel pedagógico, reproductor de un orden determinado, y sancionador de prácticas (como el aborto) que desafían los supuestos básicos de dicho orden.

Práctica médica y aborto en México y América Latina

Como gremio, los médicos en México y en Latinoamérica han mantenido una posición conservadora⁶ respecto a la interrupción del embarazo (Ramos

⁵ La profesión de enfermería, por ejemplo, subordinada a la profesión médica, es mayoritariamente femenina.

⁶ La *doble actividad*—clínica y política— que caracteriza a la práctica médica se aprecia aquí con toda claridad: una posición *clínicamente* conservadora es aquella que busca minimizar o posponer las intervenciones médicas sobre el cuerpo, reduciéndolas sólo a lo *estrictamente necesario*. Se trata de un criterio de acción médica en general plausible, dado el supuesto de que las prácticas invasivas son también las más riesgosas para la salud. En el caso del

et al., 2001; González de León y Salinas, 1995). En general, los médicos parecen estar mayoritariamente de acuerdo con el aborto por indicaciones terapéuticas, pero difícilmente lo aceptan bajo otras circunstancias.⁷ Tanto la formación médica como la tipificación legal del aborto como delito influyen en estas disposiciones, en tanto en las facultades de medicina pocas veces se aborda el aborto como un fenómeno con una dimensión social y como un problema de salud pública. Pero al igual que con el resto de sus materias, casi todo lo que los médicos aprenden sobre el aborto (y casi todo lo que *no* aprenden) repercute en la atención hospitalaria que se da a las mujeres que sufren complicaciones (Solo, 2000).

Se ha sugerido que las mujeres que demandan atención por complicaciones de un aborto, espontáneo o inducido, en hospitales públicos, son objeto de sospechas y culpabilización (González, 1995; Erviti, 2005). En estos procesos de estigmatización juegan un papel importante las diversas jerarquizaciones que entran en juego en cada encuentro médico-paciente —la de género, la de los saberes médicos, la de clase y otras—, así como las prescripciones y expectativas sociales en torno a las circunstancias en las que el mandato de la maternidad debe ocurrir. En este contexto de expectativas y prescripciones sociales algunas mujeres que reúnen determinadas “características” resultan particularmente “sospechosas” y vulnerables al estigma social en torno a los embarazos no planeados y el aborto (Wegar, 1997). Como veremos, la atención de un aborto en curso en el contexto hospitalario es escenario de una lucha clasificatoria particularmente álgida, dado el peso de lo que está en juego (desde la perspectiva de los médicos).

aborto, una posición *políticamente* conservadora es aquella que escatima el derecho de las mujeres de decidir por su cuenta acerca de la interrupción del embarazo. Los médicos pueden adoptar un criterio clínicamente conservador en relación al aborto y proclamar su desinterés en la dimensión política del problema. No por ello resulta menos verdadero que el conservadurismo clínico sirve de vehículo al conservadurismo político. Se actúa en ambos planos independientemente de que a nivel individual muchos médicos pueden ser conscientes sólo de los aspectos clínicos de su práctica. Por lo demás, este conservadurismo clínico dista de ser el estándar de oro de la práctica médica, sobre todo ahora que la creciente disponibilidad de tecnologías modernas ha facilitado el desarrollo de una medicina invasiva.

⁷ Muchos profesionales médicos consideran que el aborto inseguro es un castigo autoinfligido por las mujeres transgresoras que rechazan su destino materno socialmente asignado. Sin embargo, es claro también que esta posición de los médicos no es homogénea y varía en función del contexto, de forma que aunque se evidencian actitudes negativas ante el aborto, condicionadas por el discurso dominante (Lazarus, 1997; González de León y Billings, 2001), se reconocen también algunas prácticas y discursos de resistencia (Rodríguez y Strickler, 1999) enmarcadas en posiciones de conflicto profesional y personal relacionadas con los diferentes significados del aborto (Roe, 1989).

Métodos

Para llevar a cabo esta investigación, realizamos un estudio cualitativo, durante 2004, en servicios públicos de salud en la región centro de México. A través de entrevistas en profundidad a 31 médicos varones,⁸ vinculados con la atención de procesos reproductivos, se indagó en torno a las percepciones y prácticas con respecto al aborto y a las mujeres que demandan atención en los servicios de salud por complicaciones de un aborto. El proyecto de investigación fue aprobado por los comités de bioética de todas las instituciones participantes.

Las entrevistas fueron realizadas en los hospitales, clínicas o centros de salud donde los médicos trabajaban y duraron en promedio hora y media.⁹ 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.

Para la codificación de las entrevistas se buscó organizar el material según los temas identificados como claves en la guía de entrevista: género, maternidad, embarazo, prevención y cuidados de los embarazos y abortos.¹⁰ En todos los casos, la idea de fondo era desentrañar los mecanismos que permiten a los médicos atribuir un significado específico a los procesos de embarazo y aborto, así como identificar las principales condicionantes sociales a las que tales mecanismos se vinculan.

⁸ Como se indica en la nota 1 al principio de este artículo, el análisis aquí presentado es parte del proyecto de investigación "Significados de la reproducción y el aborto en hombres", el cual en su horizonte más general contempla cuatro grupos de varones como fuentes de información: médicos, abogados, maestros de secundaria y preparatoria, y varones integrantes de organizaciones no gubernamentales (ONG) que trabajan en el campo de la salud reproductiva y los derechos sexuales. Ello explica la ausencia de mujeres entre los entrevistados.

⁹ Durante la realización de las entrevistas se solicitó siempre el consentimiento de los participantes para grabar la conversación, asegurándoseles que en el momento que ellos lo desearan la grabadora sería apagada. Únicamente tres participantes se negaron a la petición de registro grabado de la conversación y en esos casos se realizó un registro manual. La gran mayoría de las entrevistas fueron realizadas por una maestra en estudios de población y de menor edad que la mayoría de los entrevistados. De esta forma se buscaba anular cualquier símbolo de posición de poder, académico o social (generacional), de la entrevistadora sobre los médicos.

¹⁰ Las entrevistas, grabadas y transcritas en su totalidad, fueron sistematizadas mediante el software *Atlas/Ti*.

En el análisis de las entrevistas, renunciamos de antemano a la ilusión de la transparencia, que supone que en lo explícito, en lo dicho, está la verdad de la práctica y su explicación. Por el contrario, nuestro método de análisis está dictado por el tipo de objeto que estamos tratando de construir y los postulados que lo hacen posible: los agentes son parte de un esfuerzo colectivo de invisibilización del origen social de su práctica, que es producto del encuentro entre su *habitus* (producto a su vez de la interiorización de la estructura del campo médico) y la estructura del *campo médico*. Los agentes desconocen (en el sentido activo) la verdad objetiva de sus prácticas, independientemente de que ellos crean estar simplemente al servicio de cierta vocación de asistencia y ajustándose a ciertas normas profesionales. Como veremos, la verdad objetiva de sus prácticas incluye la constante *doble actividad* que ejercen.

La hipótesis interpretativa más general de este proyecto es que los médicos despliegan prácticas normalizadoras (que van del regaño al maltrato, a la sanción y, en casos extremos, a la violación de derechos reproductivos y humanos de las mujeres), ahí donde la lectura que hacen del cuadro clínico que se les presenta no concuerda con las expectativas normativas que dan por sentadas y que les orientan.¹¹ Dicha “lectura” es producto de los esquemas de percepción y apreciación, constitutivos de su *habitus* profesional,¹² que usan cuando atienden a mujeres con un aborto en curso. Por tanto, el objetivo en este trabajo es identificar el carácter social de estos esquemas, y mostrar cómo éstos se encuentran en el origen de las clasificaciones que hacen de sus pacientes.

Para ilustrar nuestros hallazgos, hemos incorporado a lo largo del texto una serie de testimonios derivados de las entrevistas realizadas, que son representativos de un amplio conjunto de expresiones del mismo tipo recolectadas en campo.

¹¹ La hipótesis se construyó gradualmente, en el dialéctico ir y venir entre la teoría y el material discursivo de las entrevistas (Glaser y Strauss, 1967).

¹² Pero el *habitus* no se reduce sólo a estos esquemas de percepción. El *habitus* sólo se realiza —y sólo es plenamente observable— en la práctica. Al ser entrevistados sobre su práctica, los agentes no aciertan sino a teorizar falsamente al respecto: “... tan pronto reflexiona sobre su práctica, situándose así en una postura cuasi-teórica, el agente pierde toda posibilidad de expresar la verdad de su práctica y, sobre todo, la verdad de la relación práctica con la práctica: la interrogación teórica (...) le inclina a tomar sobre su propia práctica un punto de vista que ya no es el de la acción sin ser tampoco de la ciencia, empujándolo a introducir en las explicaciones que propone de su práctica una teoría de la práctica que sale al encuentro del legalismo jurídico, ético o gramatical al que inclina la situación de observador” (Bourdieu, 1991: 152-153).

Perfil de los participantes

La media de edad de los médicos participantes fue de 45 años. El rango de edad fluctuó entre los 23 y los 70 años de edad. Tres de cada cuatro entrevistados eran casados y, en promedio, tenían más de dos hijos. El grupo entrevistado se declaró mayoritariamente católico. Aproximadamente la mitad trabajaba en instituciones médicas de la seguridad social y el resto en instituciones de asistencia social en salud, y en su mayoría ejercían también la medicina en consultorios o clínicas privadas. Dos de cada tres contaba con al menos una especialidad, la mayoría eran ginecólogos (55%). Todos los entrevistados habían estudiado en universidades públicas —UNAM (39%), UPN (13%), UAM (13%), UAEM (16%), otras (19%)— y tenían, en promedio, 19 años de ejercer la medicina en servicios de atención médica.

Hallazgos y discusión

En el análisis de los esquemas de visión y división del mundo de los médicos, cabe diferenciar tres grandes apartados. Tales apartados son: *a)* las normas y los estereotipos de género predominantes en nuestra sociedad, en relación con la sexualidad y la reproducción, y que permean las instituciones formadoras de médicos; *b)* los principios de percepción (en relación con las mujeres y el aborto) desarrollados por los médicos en los años de formación profesional; y *c)* los sistemas clasificatorios que utilizan los médicos en su práctica diaria. Los dos primeros corresponden a los contextos normativos —social en general, y de la formación escolar de los médicos en particular— donde es posible rastrear el origen social de los esquemas de percepción y apreciación que exhiben los médicos en su práctica clínica durante la atención de casos de aborto. El tercero corresponde propiamente a las prácticas clasificatorias que despliegan los médicos en sus encuentros con las mujeres que demandan atención por un aborto en curso, y que, sostenemos, pueden explicarse como resultantes de los dos contextos normativos que veremos primero.

Los estereotipos y las normas de género predominantes

Como señalamos más arriba, el campo médico se caracteriza por su drástica jerarquización, que se advierte lo mismo en el hospital que en la estructura burocrática de las instituciones públicas, y en los esquemas de formación de los estudiantes de medicina. Si bien el campo médico, como todos los demás

campos sociales, presenta un cierto grado de autonomía con respecto a la sociedad en su conjunto, no debe escapárseles que algunos de los principales rasgos de ésta necesariamente se reflejan en aquel. Tal es el caso de los estereotipos dominantes de género, que a los agentes se les presentan como *principios de explicación* de su práctica y de la de sus pacientes, y que en realidad cumplen una función reproductora del orden social dentro del cual se originan. Veamos, por ejemplo, el caso de una percepción bien conocida porque circula comúnmente en diversos ámbitos sociales, no sólo en el campo médico, a la que se recurre cuando se trata de *explicar* el alto número de embarazos no deseados por las mujeres:

...Mira, aquí el problema del hombre, del mexicano sobre todo, es que tiene que demostrar su machismo y lo demuestra teniendo muchos hijos y le vale de dónde, o sea, si tú ya tienes esposa y todo, no es suficiente, hay que demostrarlo, entonces tienes hijos aquí, tienes hijos allá y todo, porque para el hombre es como un reflejo de lo que tú eres, el hecho de tener más hijos significa que tú te estás proyectando en ellos, entonces por eso es muy difícil que encuentres un hombre que tenga una sola pareja o un solo hijo... (E043:636-644)¹³

La eficacia del estereotipo, como expresión y simultáneamente como mecanismo reproductor de la desigualdad de género, radica en que permite depositar en diversas formas de identidad masculina *grupal* el origen de ciertas conductas (como la sexual), construyendo así a los hombres como epifenómenos de fuerzas que les trascienden. Es un mecanismo de *explicación* que permite transferir al grupo de pertenencia la causa última de las conductas que, en contraste, a las mujeres se les demandan en lo individual. Esto es, se atribuye a la masculinidad (“...el problema del hombre...”), a la mexicanidad (“...del mexicano, sobre todo...”), y a las normas propias de esos contextos (“...es que tiene que demostrar su machismo...”) el origen de esa inclinación que lleva a algunos hombres a desentenderse del embarazo del cual son co-responsables. No sorprende, entonces, que junto con esa visión también dominante, que caracteriza a los hombres como depositarios de la *razón* y a las mujeres como depositarias de la *emoción* (Seidler, 2001), los médicos puedan sentenciar justo lo opuesto —sin advertir ninguna contradicción en ello— cuando se trata de la sexualidad: “los varones somos más irresponsables, más impulsivos, razonamos después” (E067:835-837). Acorde con esta percepción, estas “determinaciones” masculinas tienden a ser presentadas en los discursos como algo “dado” y, si bien pueden ser cuestionadas, al menos retóricamente, por

¹³ El número entre paréntesis, al final de los testimonios, corresponde al número de entrevista y a los renglones correspondientes.

los médicos, prevalece una visión rígida en la que una transformación de estas prácticas orientada hacia una mayor equidad se presenta como casi imposible:

...¿Qué pasa entonces? Que no estamos preparados para poder delimitar al hombre a su libre albedrío de hacer y deshacer, como que se le va, como que se siente menospreciado porque se le quita un poco ese ser animal superior sobre la hembra de ser el macho, que puede dejar en una, cuántas semillas va a dejar... (E042:732-738)

Estos esquemas de percepción y apreciación, que atribuyen a determinantes de orden supra-individual lo que ocurre con la sexualidad masculina, corren paralelos, como decíamos más arriba, con aquellos que, mediante una operación inversa, localizan y focalizan en cada mujer la responsabilidad de los embarazos no deseados. Ello tiene una consecuencia inmediata: en los discursos de los médicos se aprecia una autopercepción del “importante” papel de los médicos en la “educación” reproductiva de las mujeres y en la “imperante” necesidad de ejercer influencia desde su profesión con este fin. Sin embargo, en los mismos discursos casi no se advierten expresiones que apunten en la dirección de “reeducar” a los varones.¹⁴ Se trata de un eficiente mecanismo de disociación que se oculta a sí mismo el doble estándar de apreciación que se aplica a hombres y mujeres. Al preguntarle si debería haber consecuencias para las parejas de las mujeres que son atendidas por un aborto en curso, un médico señaló (haciendo referencia a un caso específico):

... También, deberían de haberlas, pero vamos, de ahí quizás la pareja no hubiera tenido tanta culpa porque agarró, tuvo relaciones con ella, se embaraza y decide no casarse. Ella decide, lejos de afrontar las consecuencias de su irresponsabilidad, decide practicarse el aborto, pero quién sabe si con el conocimiento de su pareja (...). (E066:885-892)

¹⁴ Desde luego, existen también narrativas en donde se comienza a vislumbrar la necesidad de que los hombres se involucren en la prevención de embarazos no deseados. Un médico enfatizaba la importancia de “(...) hacer conciencia de la planificación familiar, estamos hablando de que no va a haber abortos indeseados, no va a haber madres solteras embarazadas o madres abandonadas (...) conciencia exactamente en este punto determinante del varón, yo creo que sería mucho muy importante, o sea, como que meterlos más al aro a los hombres, para que empecemos a pensar que no sólo la mujer es la que debe de controlarse (...)” (E041:1100-1110). No deja de ser significativo, sin embargo, que la incipiente conciencia que algunos médicos muestran sobre la necesidad de involucrar a los hombres se manifiesta entretrejida en un número de apreciaciones poco emancipadoras con respecto a las mujeres, como la equiparación que se hace aquí entre madres solteras embarazadas, madres abandonadas y necesidad de “control”.

Lo que queremos señalar es que estas “explicaciones” son ante todo elementos constitutivos de un esquema de percepción y apreciación que los médicos ponen en funcionamiento cada vez que se les presenta un caso de una mujer con un aborto en curso. A los ojos de los agentes, se trata de explicaciones que dan cuenta de las cosas que enfrentan en su práctica cotidiana. Desde una perspectiva sociológica, en cambio, se trata de mecanismos de expresión y de reproducción de una estructura caracterizada por la desigualdad de género, estructura que los médicos ven, inadvertidamente, reproducirse en su propio campo, y que incorporan a su *habitus* bajo la forma de esquemas de percepción y apreciación del mundo. Por ello, pueden utilizarlas con naturalidad y, sobre todo, con *autoridad*, cuando se trata de verbalizarlas en busca de cierta articulación congruente ante la demanda del entrevistador. La ilusión de la transparencia nos llevaría a adoptar ingenuamente como verdad lo que su sentido literal transmite, o bien (si optáramos por limitarnos a usar lo dicho por los médicos en su contra) nos daría “elementos” para hacer de los médicos los promotores de una visión jerarquizada de las relaciones de género. Lejos de ello, sostenemos que debemos interpretar tales expresiones como un eslabón de una cadena causal que tiene su origen último en la estructura de poder vigente en el campo médico. Desde esta perspectiva podemos apreciar mejor la doble verdad de la práctica médica, esa que les permite a la mayoría de los médicos ser responsables, honestos y bien intencionados en lo individual, pero que al mismo tiempo los tiene cumpliendo funciones específicas en la reproducción de un orden social jerarquizado, desigual y autoritario.

Desde luego, la cuestión aquí es indagar de qué manera estos principios, que los agentes usan como explicaciones de lo que observan, son en realidad axiomas puestos de nuevo en circulación en la práctica, esquemas de percepción que regulan lo que los médicos hacen y dejan de hacer (es decir, percibir a las mujeres como agentes con una sexualidad regulable y educable, y actuar en consecuencia, por ejemplo regañándolas; y percibir a los hombres como sujetos dominados por la fuerza indomable de la sexualidad y, también actuar en consecuencia, por ejemplo absteniéndose de exigir que, donde las haya, las parejas masculinas estén presentes durante la atención a las mujeres con un aborto en curso).

Los aprendizajes durante la formación escolar

Además de la permeabilidad que el campo médico demuestra con respecto a las estructuras y percepciones dominantes en la sociedad en general, debe-

mos registrar también algunos de los principales mecanismos vigentes al interior del propio campo, en particular los que se asocian a la configuración de los esquemas de percepción y apreciación de las cuestiones relativas al aborto.

Destaca, en primer lugar, el hecho de que la mayor parte de los médicos entrevistados reporta que durante sus años de formación escolar el tema del aborto se abordó de manera sólo esporádica e irregular. Algunos comentan que sus maestros usaban videos del grupo Pro-vida con el fin de desalentarlos a participar en “este tipo de cosas”. Otros señalan que generalmente las discusiones al respecto estuvieron impregnadas de orientaciones religiosas o éticas que impulsaban a cada uno a tomar una postura personal “de rechazo”. A través del conjunto de las entrevistas puede advertirse que, al margen de los aspectos clínicos —que de acuerdo a los entrevistados, casi no se revisan en clase—, las clases sobre el tema del aborto constituyen básicamente la reproducción de una percepción conservadora —lejos de la orientación “científica” y “neutral” que la medicina moderna proclama como uno de sus principales atributos—:

E: ¿El aborto en particular cómo es abordado en estas clases?

M: Lejos de abordarlo desde una perspectiva científica, muchas veces le dan una connotación religiosa, más que desde el punto de vista meramente científico lo ven desde la perspectiva de la formación religiosa, que debería ser al contrario, deberíamos de fundamentar más la visión del aborto desde el punto de vista científico.

E: ¿Y esto a qué se deberá?

M: A la formación que hemos tenido toda la vida de estar sujetos a que Dios castiga, a que Dios no nos va a premiar por haber padecido, por haber sufrido, en las mujeres por haberlo sufrido, en el hombre por haberlo propiciado, entonces siempre se nos ha inculcado que eso es malo; bueno, en lo particular yo no hago los abortos provocados, porque fue lo que me enseñaron mis padres, y con eso me quedé y no debería de ser así. (E066:20-47)

En segundo lugar, los médicos aprenden mediante la práctica, sobre todo en los años de internado, lo que “se debe” hacer (y lo que “no se debe” hacer) en torno a las mujeres que llegan con un aborto en curso, al mismo tiempo que —como lo muestra el testimonio anterior— refuerzan lo que *se debe pensar* al respecto.¹⁵ Se trata de un aprendizaje mucho más práctico que teórico y,

¹⁵ La ambivalencia manifiesta en este testimonio muestra la coexistencia de dos esquemas normativos jerarquizados en la percepción de los médicos. El entrevistado advierte que se sigue enseñando el tema con connotaciones religiosas en lugar de científicas, y señala que eso

por ende, mucho más espontáneo que reflexivo, de una forma dominante de percepción y apreciación del aborto que repercute en el tipo de servicios que se brindan a las mujeres. Este carácter *práctico* del aprendizaje en torno al aborto que exhiben los médicos se aprecia en la tendencia que exhiben muchos de los entrevistados a mostrar una actitud *defensiva* en sus respuestas, esto es, a deslindarse rápidamente de cualquier sospecha de que ellos podrían “estar a favor del aborto” en el debate social que existe en torno a este problema. Es decir, se aprecia en la necesidad que sienten de introducir una “reflexión”, no preparada, para una pregunta que no iba dirigida directamente a esclarecer su postura personal:

E: ¿Y durante la formación, qué pasa con el aborto, cómo se aborda?

M: Pues se aborda de muchas maneras, existen muchas, todo depende de la situación, nosotros por ejemplo aquí como institución con respecto al aborto, pues son abortos que son necesarios porque las pacientes ya llegan con un aborto incompleto o una amenaza de aborto, o un aborto en evolución, entonces nosotros nada más realizamos lo que sería la culminación del aborto, que sería la limpieza de la matriz, pero aquí sí estamos un poquito a lo mejor, bueno desde mi punto de vista, un poquito descontentos con respecto a esto, porque yo no estoy muy a favor de lo que es la situación de donde hay aborto provocado, sobre todo cuando eres obligado, nadie te puede dar una pistola y decirte “¿sabes qué? ¡mata a esta persona!” Entonces actualmente la legislación ha cambiado un poco, aquí en ...tenemos una obligación en los casos específicos de violación... en el Hospital General nos empezamos a ver vulnerables ante esta situación, tuvimos recién un caso que realmente nosotros no tenemos por qué llegar a bajar el switch al final de cuentas, si un juez te dice, o te traen una orden y te dicen “tienes que hacer un aborto”, pues serás un juez, pero yo no puedo dispararle a nadie, o sea, que porque fue un caso de violación, pues sí pero es un ser humano, o sea, no porque haya sido por lo que haya sido, no quiere decir que tú tengas que quitarle la vida a alguien, entonces nos hemos visto un poquito presionados... (E064:378-413)¹⁶

“no debería ser”. Inmediatamente reconoce que él mismo ha heredado una visión religiosa de sus padres (mediante la cual se instituye un deber ser específico), y vuelve a admitir que “eso no debería ser”. Se trata de un discurso que oscila entre la descripción de una práctica establecida, y el intento por teorizar sobre la misma que impone la situación de entrevista.

¹⁶ No desconocemos el derecho que asiste a cada médico de mantener una *objeción de conciencia* frente a la autorización que puede exhibir una mujer, expedida por un juez, para que se le practique un aborto. No es ése el objeto de discusión. Lo que estamos tratando de mostrar aquí es únicamente el origen social de estas posturas, que derivan de la visión hegemónica sobre el aborto en nuestra sociedad, que con frecuencia se adquieren desde la infancia (como lo muestra el testimonio anterior), y que se refuerzan mediante el aprendizaje *práctico* (pre-reflexivo) en torno al aborto que caracteriza la formación de los médicos.

Finalmente, los años de formación brindan también aprendizajes específicos relativos a la estructura de poder (poder simbólico, ante todo) que los médicos deben reconocer,¹⁷ primero frente a sus “superiores” y mentores:

...entonces tú vas a ver que llega este hombre que llegó hace rato a saludarnos [se refiere a un alumno que entró al consultorio unos minutos antes] y, o sea, muy educado ¿no? Sorprende ¿por qué? Porque para empezar él no me puede hablar de tú, yo sí se lo permitiría, pero en su formación él sabe que no. *El sabe que cuando me vea debe de hacer una especie de inclinación* (inclinando un poco la cabeza hacia abajo): no hay ningún papel que diga eso, pero nosotros le debemos gratitud a todos nuestros maestros...”. (E049:726-738)¹⁸

Y segundo, frente a las pacientes que están destinados a atender, y en el encuentro con las cuales se harán visibles y se reproducirán las jerarquías propias del campo médico y que estructuran los encuentros médico-paciente:

E: ¿Cómo se les enseña [a los alumnos] a manejar estos casos difíciles, por ejemplo de las pacientes que no cooperan?

M: ...Bueno, no existe una materia... sin embargo hay pequeños tips que pues la experiencia le va dando a uno y a lo mejor en forma inconsciente uno les transmite a los jóvenes, cómo comportarse ante un paciente. Te explicaba que el médico vende imagen, en términos generales, pero muy particularmente el ginecólogo vende imagen. Yo siempre les digo a mis alumnos: “para un grosero [ella] ya tiene uno en su casa para que todavía la trate uno mal, para que yo no huela bien, para que mi aliento no sea el adecuado, el tono de voz no sea el correcto, mi forma de vestir, de sentarme, de tocarlas; mi textura de mi piel no sea la adecuada para tocar un abdomen o un seno o un brazo o una pierna”. Entonces todo eso es imagen, el mismo consultorio, los diplomas que tengas. *Todo eso te da un puntito más allá del paciente*. Entonces la paciente ve y dice “mira, sí ha estudiado, tiene 20 diplomas” ... *Eso hace que la paciente esté subyugada ¿sí?* Subyugada en el buen sentido de la palabra, y sobre todo en el sentido de que va a ser una paciente más cooperadora, más obediente, más puntual, va a llegar a sus citas cada vez que la citas, *entonces vamos a cambiar el “subyugar”, va a ser una paciente cautiva, porque tú la cautivas ¿no es cierto?* (E049:614-680)

¹⁷ E *incorporar*, es decir, inscribir en sus propios cuerpos, esto es, entrenar a sus cuerpos para que en su actuación reconozcan las jerarquías establecidas, como lo demuestra la alusión a la inclinación de la cabeza que el subordinado debe ante un superior (en el testimonio que sigue).

¹⁸ “Todo hace suponer que las instrucciones más determinantes para la construcción del *habitus* se transmiten sin pasar por el lenguaje y la conciencia, a través de sugerencias inscritas en los aspectos aparentemente más insignificantes de las cosas, de las situaciones o de las prácticas de la existencia común: así, la modalidad de las prácticas, las maneras de mirar, de comportarse, de guardar silencio e incluso de hablar (‘miradas desaprobadoras’, ‘tonos’ o ‘aires de reproche’, etc.) están cargadas de conminaciones” (Bourdieu, 1999:25-26).

Se trata de un saber práctico que rara vez es verbalizado en el contexto de una entrevista, lo que explica el tono de búsqueda por la mejor palabra (¿subyugada? ¿cautiva?) que exhibe el entrevistado, para describir una situación que, por lo demás, conoce perfectamente en y mediante la práctica. Es un saber que entrena a los médicos en el reconocimiento de las jerarquías de su campo, y en la reproducción de las mismas frente a las pacientes.

Los aprendizajes *prácticos* durante la formación escolar y los años de internado y especialización, decisivos para explicar la forma en que los médicos abordan los casos de mujeres que se presentan con un aborto en curso, no son enseñanzas meramente intelectuales que puedan ser sometidas a la prueba de la lógica formal. Se trata más bien de aprendizajes que en su mayoría no están codificados en textos o manuales, como se señala explícitamente en el testimonio previo que hace alusión a la reverencia que deben los alumnos a sus mentores. Se trata de aprendizajes *prácticos* que admiten, como lo hemos visto, ambigüedades, ambivalencias y contradicciones, porque la práctica posee su propia lógica: “Es necesario reconocer a la práctica una lógica que no es la de la lógica, para evitar pedirle más lógica de la que puede dar y condenarse así bien a extraer incoherencias, bien a imponerle una coherencia forzada” (Bourdieu, 1991:145). La práctica médica es inteligible, ante todo, desde la perspectiva de una lógica práctica. Se trata de una práctica cuya coherencia se advierte sólo si se la analiza, como lo hemos venido haciendo, como producto de condiciones materiales específicas (es decir, la estructura del campo médico y el *habitus* de los médicos), y, simultáneamente, como principio generador de nuevas prácticas, tales como las prácticas clasificatorias, como lo veremos en seguida.

Luchas clasificatorias de la práctica médica

La práctica médica se sustenta sobre una doble verdad objetiva: por el grado de acumulación de conocimientos clínicos que ha logrado, por su nivel de especialización técnica y por el manejo de tecnologías modernas en el diagnóstico y tratamiento de los pacientes, *es una práctica profesional* orientada a brindar servicios de salud a la población. Pero por el dominio que ejerce frente a otros saberes médicos alternativos, en alianza con el Estado que le ha provisto de la legislación y las instituciones adecuadas para garantizar su monopolio; por la estructura altamente jerarquizada que despliega el campo médico en su interior, no sólo en términos de género, clase y etnia, sino también por los ordenamientos, escolar y burocrático, que clasifica a los médicos según su grado de formación (pasante, médico general, residente de pri-

mer año, residente de segundo año, residente de tercer año, especialista, etc.), y según su grado de control sobre su propio trabajo y el de otros colegas (secretario de salud o director del IMSS; director de hospital, jefe de servicio, etc.); y por la forma en que estas jerarquías se expresan y se reproducen en el encuentro entre médicos y pacientes, la práctica médica *es una estructura de dominación* en búsqueda permanente de los medios de su propia legitimación y perpetuación.

La inmensa mayoría de los médicos, como dijimos antes, suelen no ser conscientes del papel que juega la práctica médica como estrategia de dominación, y centran su atención en su práctica clínica. Esto es, usualmente se comprometen a fondo (y, aparentemente, de manera exclusiva), sólo con la dimensión *técnica* de su profesión. Pero no por ello dejan de estar activamente vinculados a la dimensión *política* de su quehacer (aunque no sean conscientes de ello). Justamente, como veremos ahora, las clasificaciones que hacen en relación con las mujeres que demandan atención por presentar un aborto en curso, constituye un área por excelencia para apreciar el origen y el alcance de esta práctica política.

Cabe advertir tres tipos de clasificaciones: *a)* de los abortos, *b)* de los signos y síntomas (incluyendo el dolor), y *c)* de las mujeres que son atendidas por aborto. Respecto a las clasificaciones que hacen los médicos de los abortos, resulta reveladora la manera en que los entrevistados caracterizan los abortos inducidos:

E: ¿Es posible saber cuándo se trata, a la hora de estar atendiendo a una paciente, si fue un aborto espontáneo o un aborto inducido?

M: Pues normalmente cuando se usan maniobras, maniobras ya *criminales*, nos damos cuenta, pero cuando es realizado por una persona que más o menos tiene el conocimiento porque hay huellas, hay huellas del pinzamiento del cuello, que normalmente cuando tú como médico o como médico *deshonesto*, normalmente dejas huella cuando tú haces un aborto o provocas un aborto, normalmente hay huellas en el cuello básicamente, pero hay gente que toma tantas cosas que no nos damos cuenta, ninguna paciente va a decir: “yo me provoqué el aborto” sino que trata de ocultarlo, entonces hay tantas cosas que se ponen o ingieren o toman que en un momento dado les puede producir la interrupción del embarazo que no nos damos cuenta, definitivamente. (E057:780-799)

Lo que se evidencia, en un testimonio como el anterior, es la existencia de una doble verdad: una *descripción clínica* de ciertos signos que facilitan el reconocimiento de un aborto inducido, que se monta sobre una *práctica normativa* que, en tanto tal, prejuzga sobre el carácter moral de los actores (“criminales”, “deshonestos”). La mirada clínica necesita de la mayor canti-

dad de información posible (signos y síntomas) para orientar mejor sus decisiones; pero a esa misma mirada le resulta difícil desprenderse del tono de censura que se advierte en el testimonio anterior precisamente por la doble verdad (clínico-normativa) que la constituye. Diríamos, a primera vista, que los entrevistados no pueden dejar de oscilar entre un discurso clínico y uno normativo. Hemos argumentado, sin embargo, que la estructura normativa es constitutiva de la mirada clínica. Y hemos ya identificado el origen social de esta perspectiva: los saberes prácticos de los médicos les son transmitidos en condiciones de marcada jerarquización social. Es decir, se trata de saberes que son reproducidos en condiciones idóneas para su incorporación acrítica y disciplinada.¹⁹ En el caso de un tema sensiblemente cargado de significaciones y rodeado de controversias, como el aborto, esta mezcla clínico-normativa se vuelve evidente. De ahí la ambivalencia que transmiten las respuestas de los entrevistados que lo mismo adoptan un lenguaje médico que fiscalizador:

E: ¿Y hay alguna manera de saber cuándo se trata de un aborto espontáneo y cuándo de un aborto inducido?

M: Sí, no es que se sepa con certeza, pero hay veces que llegan con perforaciones uterinas, desgarros en la pelvis, de que por mucho la paciente no se las pudo haber hecho sola, o ya infectados, nos van guiando acerca de una cierta manipulación que hubo. (E068:900-908)

El carácter clínico-normativo, constitutivo de los esquemas de percepción y apreciación que los médicos ponen en juego frente a los diversos casos de aborto que se les presentan, explica que ellos, al sospechar de un caso de aborto inducido, perciban a las mujeres como probables culpables del estado en que llegan o como *presuntas responsables* de un delito. Por tanto, la búsqueda de señales, de mayor información para comprender mejor el caso, sirve tanto a la mirada clínica como a la normativa. El expediente clínico es un instrumento particularmente útil para este fin, pues constituye una herramienta de acopio de la mayor información posible:

¹⁹ En una jerarquía, como la militar o la médica, no es fácil para los subordinados distinguir entre conocimientos y mandatos (u órdenes). La estructura jerárquica del campo médico le confiere un carácter particular a los conocimientos que se generan en su interior y que se transmiten a los aprendices: al no haber condiciones sociales para la crítica, los conocimientos son incorporados simultáneamente como saber técnico y como norma, como *descripción* y como *prescripción* del mundo. Esto es particularmente cierto para áreas muy disputadas socialmente, como el aborto. Véase, por ejemplo, Ellison (2003), Timpson (1996) y Ranee (1999).

...en el expediente hay una parte del mismo expediente que se llama Historia Clínica, la historia clínica es una investigación de todos sus antecedentes tanto hereditarios, personales, ginecológicos y del mismo padecimiento. Es una investigación... (E057:949-954)

El *interrogatorio*²⁰ clínico es una de las técnicas que permiten completar la historia clínica de los pacientes. En su ejercicio se aprecia, por una parte, el permanente esfuerzo clasificatorio de los médicos, que les permite determinar (en ambos sentidos: “encontrar” y “definir”) frente a qué tipo de mujeres y de abortos se hallan; y, por otra, se aprecia el carácter ambivalente de las prácticas médicas, pues la información que genera lo mismo sirve para fines clínicos que fiscalizadores:

...nosotros interrogamos a la paciente, habrá gente que nos oculte muchas cosas, (...) cuando uno hace el interrogatorio hay manera de cómo sacar las cosas, (...) existen las dos formas de interrogar a la paciente: cuál fue el motivo que la trajo aquí y qué es lo que ella espera. Hay mamás que desean el embarazo y hay mamás que no lo desean, pero sí existe, o sea, sí hay manera [de saber si era provocado]... (E065:129-147)

Este carácter ambivalente de la práctica clínica hace que en los interrogatorios se deslice incesantemente un tono amenazante, intimidatorio, que bajo la apariencia de un recurso estrictamente clínico (y que puede, efectivamente, ser vivido así por muchos médicos), reproduce, con su mera formulación, un conjunto de prácticas normativas destinadas a “llamar al orden” a quienes se han salido de él. Un médico señalaba, con respecto a las jóvenes menores de edad que acuden con complicaciones de un aborto:

...muchas veces lo que hacen es tomar algún tipo de medicamentos y generan un aborto y ya llegan acá con su carita de sonsas: “empecé a sangrar” “¿cuántos años tienes?” “17” “okey, el teléfono de tus papás” “¿qué no nada más me tienen que hacer el legrado?” “no mi niña, eres menor de edad y te tenemos que meter al quirófano pero me tienen que firmar tus papas”... (E049:899-906)²¹

²⁰ En una presentación preliminar de este trabajo, algunos colegas sudamericanos nos hicieron ver que la palabra *interrogatorio* posee connotaciones abiertamente represivas (policíaco-militares) en sus países, y sugirieron su reemplazo por otra menos agresiva. Sin embargo, un médico mexicano les señaló que dicha palabra es de uso común en el campo médico en nuestro país, porque carece de esa significación represiva. Nos parece que ambas posiciones son una clara expresión del *desconocimiento* (en el sentido activo en el caso sudamericano, en el sentido pasivo en el caso mexicano) que genera la mirada clínica sobre su componente normativo.

²¹ La forma extrema que adquiere este tono intimidatorio se refiere, desde luego, a la amenaza, por parte de los médicos, de denunciar ante el ministerio público los casos de aborto

La observación clínica y el interrogatorio cumplen funciones complementarias y permiten a los médicos *verificar* los datos que recaban. Al hacerlo, sin embargo, reproducen la ambivalencia clínico-normativa (o médico-fiscalizadora) que estructura su práctica. De ahí la permanente sospecha con que conducen sus indagatorias:

... en nuestra práctica médica rutinaria hacemos una historia clínica y estamos hablando de un interrogatorio y de una exploración y pueden engañarnos por interrogatorio pero por exploración conocemos algunos eventos, algunos signos o señales que pueden sugerirnos a nosotros que fue un aborto provocado... (E050:1200-1207)

Las clasificaciones con que los médicos organizan su práctica para determinar si se trata de abortos espontáneos o inducidos alcanzan también a las propias mujeres que, de acuerdo con ciertos atributos y comportamientos, pueden ser identificadas como mujeres que deseaban el aborto (y que por tanto, probablemente lo indujeron), o como mujeres que no deseaban el aborto (y que, por lo tanto, probablemente lo tuvieron de manera accidental). Desde la perspectiva de los entrevistados, las mujeres son clasificables en estos términos, en primer lugar, por la forma en que expresan su dolor:²²

... y también pues la paciente te dice cuando ella quiere el embarazo y que lo pierde, porque está inconsolable, está con un sentimiento de culpa de que a lo mejor ella por tomar algún medicamento, por no atenderse a tiempo por no llevar un control de embarazo adecuado perdió al bebé... (E065:137-142)

Esta perspectiva corresponde, desde luego, con una expresión *virtuosa* del sufrimiento, es decir, con una forma de expresar dolor por parte de las mujeres que se ajusta al conjunto de expectativas normativas constitutivas de los esquemas de percepción vigentes en la práctica médica. Lo contrario, la serenidad frente al episodio, puede ser percibido como un indicio de que el aborto pudo haber sido inducido:

inducido (González, 1995). Si bien la mayoría de las veces los médicos prefieren ahorrarse el trámite de la denuncia, también es verdad que en ocasiones les conviene "adelantarse a los hechos", esto es, denunciarlo como medida precautoria frente a la eventualidad de una demanda de las propias mujeres. Pero también esta medida de autoprotección, que puede ser esgrimida como tal genuinamente por parte de los médicos, tiene un carácter represivo y "normalizador".

²² En este sentido, a partir del esquema biomédico, se les exige que la apariencia externa esté en armonía con la experiencia interna de dolor (Werner y Malterud, 2003).

M: ...hay pacientes que lamentan la pérdida si son embarazos deseados y se percibe su pesar pero ha habido casos en que es un alivio para ellas, se percibe como que era una carga para ellas.

E: ¿Cómo?

M: Un alivio para ellas, sí porque se quitan la carga de un embarazo no deseado. (E063:726-735)

Las expresiones de ‘tranquilidad’ son vistas, por algunos médicos, como señales de que las mujeres deseaban o habían provocado el aborto. Tanto el dolor “inconsolable” de algunas mujeres, como el “alivio” que manifiestan otras, son percibidos como datos clínicos que emergen directamente de cada caso. Pero no hay datos puros. Lo que los médicos no suelen constatar es el carácter profundamente social de las interpretaciones que hacen de estos “datos”, interpretaciones cuya génesis se puede rastrear en la estructura del campo médico incorporada, en el *habitus* de los entrevistados.

En otros casos hay que apreciar, como lo hicimos al comienzo de esta sección, cómo la descripción que hace el entrevistado está constituida simultáneamente por datos derivados de la observación (si lloran o no) y del interrogatorio (pregunta sobre número de embarazos previos), y por datos *imputados*, como la vida de “promiscuidad” que se presume llevan las mujeres que abortan, o el carácter “habitual” que éstas confieren a sus abortos:

...es mínimo el porcentaje de personas que, con un aborto, sentimentalmente expresan su decepción o lloran por así decirlo, o sea, lo toman como un proceso normal; ya analizando la historia (clínica), ya llevan dos o llevan toda una vida de promiscuidad, o sea, lo toman como muy habitual de hecho, cuando se les pregunta: “¿cuántos embarazos ha tenido?”, no toman el aborto como un embarazo, se sale fuera, eso lo consideran aparte, por eso siempre se les pregunta cuantos embarazos ha tenido y si ha tenido un aborto, porque muchas mujeres no lo toman como embarazo... (E068:849-861)

Al *denunciar* que las mujeres que abortan suelen hacer de esto una práctica “normal”, el entrevistado hace referencia, por implicación, a la normalidad que, desde su punto de vista, no admite denuncia por ser la establecida: la de las mujeres que lamentan siempre la pérdida de un embarazo, la de aquellas que no viven “en promiscuidad”. Se trata de una percepción que es claramente también una *apreciación*: una descripción que es también una *prescripción* sobre la normalidad de las cosas, sobre su deber ser. En el mismo tenor, las mujeres (y, por extensión, el tipo de aborto que presentan) son clasificables, *a posteriori*, según sus antecedentes en la materia:

...mira son mujeres que habitualmente en la adolescencia vivieron esa situación, provocaron el aborto, salieron de su problema en ese momento (...) como rutina les tienes que preguntar, "yo empecé a los 14 años" "¿y cuántas parejas?", "cinco", "¿has tenido un aborto o has tenido abortos?", "sí", "¿hace qué tiempo?", "hace cinco años" "¿y qué pasó?", "fue provocado" y ya ahí queda, entonces tú te das cuenta que esa muchacha ya tiene cinco parejas, anduvo de allá para acá y metiéndose con fulano de tal y que en una de esas se embarazó y tuvo la necesidad de inducirse el aborto... (E043:1075-1091)

La mirada clínico-normalizadora suele percibir regularidades incluso en las condiciones sociales en que las mujeres llegan al hospital. Las mujeres pueden llegar al hospital acompañadas de sus parejas (novios, compañeros, esposos, etc.), o pueden llegar acompañadas de otros familiares o de alguna amistad. Mientras menos "formal" es la pareja con la que llegan, más susceptibles son las mujeres de ser clasificadas como mujeres que provocaron el aborto. Esto es, en unos casos se presume "solidaridad" de la pareja formal ante un embarazo perdido espontáneamente. En otros casos se presume "complicidad" del novio o de los familiares o amigos ante un aborto inducido. El lenguaje de la virtud, de la moral burguesa que propugna que toda pérdida de embarazo debe ser dolorosa emocionalmente (porque todo embarazo debe ser deseado, o al menos aceptado), se refleja constantemente en las narraciones de los médicos, donde se evidencia un notable paralelismo entre el lenguaje del entrevistado y el lenguaje religioso con que se habla de "caer en pecado":

E: ¿Y en estos casos, posteriormente a que se atienden, a estas mujeres se les plantea la posibilidad de algún método anticonceptivo?

M: Definitivamente, pues lamentablemente *hay gente que cae una vez y cae otra y así*, entonces definitivamente nosotros estamos conscientes de eso, hacemos hasta lo imposible porque se lleve un método. (E057:878-886)

Lo mismo ocurre con el carácter normalizador de la mirada médica. Las situaciones que constituyen una transgresión al orden prescrito, tales como no tener una pareja formal, u optar por ser madre soltera, o bien no contar con "educación suficiente", se asocian más fácilmente con la posibilidad de abortos inducidos:

...Aquí las pacientes casi llegan que son parejas informales, que son novios, que la persona es madre soltera, o que la persona es viuda, o sea que no tiene una pareja formal, y es ahí donde llega el paciente pidiendo una solución a los embarazos de temprana edad, que serían del primer trimestre, y aquí lo que quieren ellos es evitar el nacimiento para hacer un compromiso porque normal-

mente son personas jóvenes o madres solteras o personas que tienen entre dieciséis y veinticinco años (...) es gente que no tiene una preparación porque si tuviera un poco más de cultura, preparación, no solicitaría este método porque es un riesgo también para la vida de la paciente... (E065:28-51)

No sorprende entonces, que la práctica profesional de los médicos que atienden a mujeres por complicaciones de aborto muestre constantemente un perfil entre paternalista y autoritario. En los discursos médicos analizados es posible identificar diversas actitudes punitivas hacia las mujeres, actitudes que se expresan sobre todo mediante el uso de regaños y amenazas (y que pueden incluir, como dijimos antes, la denuncia legal frente al ministerio público). Al describir la atención que brindó a una joven, un médico narra:

... [llegó diciendo] “ay doctor ayúdeme por favor”, “¿qué te pasa m'hija?”, “es que vengo sangrando”, pálida completamente, ya casi se chocaba. La canalicé y todo eso, lo bueno es que llegaron sus patrones y la salvamos. Entonces, ese tipo de cosas pues sí me impactó y le dije: “es que *nunca vuelvas a hacerme eso*, opérate si ya no quieres tener hijos, incluso usa métodos anticonceptivos si tienes relaciones sexuales”; no quería que se enterara la mamá, madre soltera con dos hijos... (E041:1002-1012)

La doble verdad de la práctica médica se vuelve evidente, una vez más, en un testimonio como el anterior: hay médicos que reaccionan con un genuino sentimiento de miedo e indignación frente a pacientes que no se cuidan (primera verdad). Al expresar dichos sentimientos, sin embargo, utilizan y reproducen una estructura jerárquica que les permite hablar en tono paternalista, que a su vez sirve de vehículo para la transmisión de “sugerencias” que no son fácilmente distinguibles de una “orden” propiamente tal (segunda verdad), como lo sugiere la expresión “nunca vuelvas a hacerme esto”.

En síntesis: el discurso de los médicos contiene las claves que delatan la *posición* (objetiva) dentro del campo médico, desde la cual hablan, y la *toma de posición* (subjettiva) que adoptan desde ella. En tanto agentes sociales, es decir, actores profundamente comprometidos con lo que está en juego en el campo, 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.

Conclusión

El encuentro entre médicos y pacientes en torno a abortos en hospitales públicos se caracteriza por la violencia simbólica que los primeros ejercen sobre las segundas. Como se ilustró en un testimonio, más arriba, existe un conjunto de símbolos, que incluyen el uso de la bata blanca y el estetoscopio colgado al cuello, los diplomas exhibidos en el consultorio, el uso de un lenguaje técnico que con frecuencia resulta incomprensible para los pacientes y que, por lo mismo, posee un poder performativo indiscutible;²³ la apariencia física y los modales, y muchos otros *detalles* más, constituyen expresiones de una forma de poder que resulta altamente eficaz precisamente porque es reconocido por las pacientes como legítimo: éstas, en efecto, terminan en una relación de subyugación o cautiverio, como bien decía uno de los entrevistados, pues reconocen en los médicos una forma de autoridad que les es exclusiva. En ese contexto, las clasificaciones que hacen los médicos en torno al aborto deben ser vistas como expresiones de la estructura de poder, profesional y de género, de la cual los médicos forman parte; esto es, como producto de las relaciones de fuerza que estructuran el campo médico.²⁴ Ello significa que las clasificaciones que hacen los médicos acerca de las mujeres que solicitan atención por un aborto en curso, están lejos de ser meras “etiquetaciones”, como querrían los teóricos de la etiquetación, o meras proyecciones prejuiciadas individuales (Scott, 1970). Por el contrario, poseen toda la fuerza que caracteriza a la *acción pedagógica*, en tanto que constituyen definiciones de la realidad formuladas desde una posición de poder y sirven para orientar la práctica de aquellos sobre los cuales se imponen (Bourdieu y Passeron, 2005).

La frecuente asociación que hacen los médicos entre abortos inducidos y la idea de “caos” o “desorden”, expresada, por ejemplo, con la idea de “vivir en promiscuidad” o “dedicarse a la prostitución”, o incluso “madres solteras” (expresión que nunca logra formularse sin una pesada carga peyorativa), que imputan a algunas de sus pacientes, es reflejo de la estructura de valores —normada y normativa— constitutiva de sus *habitus* y que a su vez estructura sus esquemas de percepción y apreciación: derivado de un *orden* social específico, expresado en la estructura vigente en el campo médico, con ese

²³ El lenguaje utilizado por los médicos y las clasificaciones que formulan poseen fuerza performativa: instituyen la realidad, la crean, la definen, en un ejercicio de fuerza que termina imponiéndose sobre las definiciones subalternas de las pacientes.

²⁴ “Las taxonomías prácticas, instrumentos de conocimiento y de comunicación que son la condición de la constitución del sentido y del *consensus* sobre el sentido, sólo ejercen su eficacia estructurante en tanto que ellas mismas están estructuradas” (Bourdieu, 1991:159).

habitus no se puede sino percibir como *desorden* lo que no se ajuste a él, al menos en términos del deber ser.

El análisis sociológico que hemos propuesto acerca de las descripciones y clasificaciones que hacen los médicos de sus encuentros con mujeres con un aborto en curso, nos permite alejarnos de cierto estilo de *análisis* que, al tomar *verbatim* los testimonios de los entrevistados, termina reduciéndolos a cuasi-verdugos o agentes intrínsecamente mal intencionados. Con el enfoque adoptado aquí podemos apreciar de qué está hecho el *profesionalismo* de los médicos, que es menos una virtud moral abstracta y más una práctica socialmente constituida, esto es, un objeto de estudio igualmente importante para la ética crítica y para la sociología. A pesar de la doble dimensión —clínica y política— que constituye su práctica profesional, los médicos suelen ser conscientes sólo de la primera, como resultado del efecto invisibilizador que su propio *habitus* impone sobre la segunda. Y sin embargo no son menos activos como *empresarios morales* (Freidson, 1978) y como actores en la parte política y normativa. La sociología nos permite tener acceso científicamente a estas verdades y evidenciar el carácter infinitamente más “social” de los actores y de sus prácticas, de lo que quizás ellos mismos querrían enterarse.

Como lo señalamos desde un principio, no sostenemos aquí que como la práctica médica *en general* es autoritaria, también lo es cada médico *en particular*. Entenderlo así sería apartarse del enfoque sociológico que defendemos aquí. Al nivel del estilo personal de interacción con sus pacientes, cada médico presenta atributos específicos que nos permitirían clasificarlos como más o menos democráticos, o como más o menos autoritarios. Lo que estamos sosteniendo aquí es que, precisamente por la doble verdad que caracteriza a la práctica médica, incluso aquellos médicos que en lo personal son más igualitarios y amables en su trato, son partícipes de un sistema autoritario que se expresa y se reproduce para empezar en el profesionalismo que muestran en su desempeño. Esto último es lo que nos permite entender que la posibilidad de una verdadera transformación del autoritarismo médico no radica sólo ni principalmente en el desarrollo de programas de “sensibilización” de los médicos en lo particular —no es nada más un problema de psicología laboral— sino que depende ante todo de la correcta identificación de los mecanismos sociológicos que articulan la lógica del campo en su conjunto.

En otro trabajo hemos mostrado que las mujeres perciben con claridad la desigual distribución de poder que estructura sus encuentros con los médicos, cuando acuden en busca de atención con un aborto en curso (Erviti, Castro y Collado, 2004). Y evitan *activamente* cualquier intento de culpabilización y, por ende, de estigmatización, que puedan recibir de parte de los médicos, si son “acusadas” de haber provocado el aborto o de haber perdido el emba-

razo por no haberse cuidado suficientemente. Allí documentamos las diversas formas de resistencia que despliegan las mujeres frente al poder de las clasificaciones médicas que hemos analizado aquí.

El análisis subsiguiente deberá demostrar la hipótesis de que la vigencia de los derechos humanos y reproductivos de las mujeres (en el marco de sus encuentros con médicos en el área de ginecología y obstetricia) es más probable en aquellos casos en los que los médicos perciben una mayor consistencia entre su diagnóstico del caso y sus propias expectativas normativas (que a su vez son producto de los esquemas de percepción y apreciación del mundo); y a la inversa, que la violación de derechos reproductivos es más probable en contextos donde se produce un desencuentro entre los “datos” clínicos y la interpretación médica que se hace de ellos, y las expectativas normativas con las que funcionan los médicos. Esta investigación sociológica, que ya se ha iniciado (Castro y Erviti, 2003), mostraría así que, al igual que el “profesionalismo”, la violación de derechos humanos y reproductivos de las mujeres en el contexto hospitalario es ante todo un efecto de la propia estructura de poder del campo médico y un objeto de estudio urgente para las ciencias sociales.

Recibido: enero, 2006

Revisado: mayo, 2006

Correspondencia: Centro Regional de Investigaciones Multidisciplinarias de la UNAM/Av. Universidad sin número/Circuito 2/Col. Chamilpa/C. P. 62210/Cuernavaca, Morelos, México/correo electrónico: erviti@servidor.unam.mx

Bibliografía

- Aries, Nancy (2003), “The American College of Obstetricians and Gynecologists and the Evolution of Abortion Policy, 1951-1973: The Politics of Science”, *American Journal of Public Health*, vol. 93, núm. 11, pp. 1810-1819.
- Becker, Howard y Blanche Geer (1958), “The Fate of Idealism in Medical School”, en E. Gartly Jaco (ed.), *Patients, Physicians and Illness: Sourcebook in Behavioral Science and Medicine*, Glencoe, Ill., The Free Press, pp. 300-307.
- Becker, Howard, B. Geer, E. C. Hughes y A. L. Strauss (1991), *Boys in White: Student Culture in Medical School*, Chicago, Transaction Publishers.
- Bourdieu, Pierre (1999), *¿Qué significa hablar? Economía de los intercambios lingüísticos*, Madrid, Akal.
- (1991), *El sentido práctico*, Madrid, Taurus.
- Bourdieu, Pierre y Jean-Claude Passeron (2005), *La reproducción. Elementos para una teoría del sistema de enseñanza*, México, Fontamara.

- Bourdieu, Pierre y Loïc J. D. Wacquant (1995), *Respuestas. Por una antropología reflexiva*, México, Grijalbo.
- Bush, Judith (2000), "'It's just Part of Being Woman': Cervical Screening, the Body and Femininity", *Social Science and Medicine*, vol. 50, núm. 3, pp. 429-444.
- Castro, Roberto y Joaquina Erviti (2003), "Violation of Reproductive Rights during Hospital Births in Mexico", *Health and Human Rights*, vol. 7, núm. 1, pp. 90-110.
- Davis, Fred (1968), "Professional Socialization as Subjective Experience: The Process of Doctrinal Conversion among Student Nurses", en Howard S. Becker (ed.), *Institutions and the Person*, Chicago, Aldine, pp. 235-251.
- D'Oliveira, Ana Flavia, Simone G. Diniz y Lilia Blima Schraiber (2002), "Violence against Women in Health Care Institutions: An Emerging Problem", *The Lancet*, núm. 359, pp. 1681-1685.
- Ehrenreich, Barbara y Dierdre English (1990), *Por su propio bien. 150 años de consejos de expertos a las mujeres*, Madrid, Taurus.
- Ellison, Marcia (2003), "Authoritative Knowledge and Single Women's Unintentional Pregnancies, Abortion, Adoption, and Single Motherhood: Social Stigma and Structural Violence", *Medical Anthropology Quarterly*, vol. 17, núm. 3, pp. 322-347.
- Erviti, Joaquina (2005), *El aborto entre mujeres pobres. Sociología de la experiencia*, Cuernavaca (México), CRIM-UNAM.
- Erviti, Joaquina, Roberto Castro y Ana Collado (2004), "Strategies Used by Low Income Mexican Women to Deal with Miscarriage and 'Spontaneous' Abortion", *Qualitative Health Research*, vol. 14, núm. 8, pp. 1058-1076.
- File, Dani (2004), "The Medical Text: Between Biomedicine and Hegemony", *Social Science and Medicine*, vol. 59, núm. 6, pp. 1275-1285.
- Fisher, Sue y Stephen B. Groce (1985), "Doctor-Patient Negotiation of Cultural Assumptions", *Sociology of Health and Illness*, vol. 7, núm. 3, pp. 342-374.
- Foucault, Michel (1983), *El nacimiento de la clínica. Una arqueología de la mirada médica*, México, Siglo Veintiuno.
- Fox, Renée C. (1989), *The Sociology of Medicine: A Participant Observer's View*, Englewood Cliffs, NJ, Prentice Hall.
- Freidson, Elliot (1978), *La profesión médica*, Barcelona, Península.
- Gallagher, Eugene B. (1976), "Lines of Reconstruction and Extension in the Parsonian Sociology of Illness", *Social Science and Medicine*, vol. 10, núm. 5, pp. 207-218.
- Glaser, Barney G. y Anselm L. Strauss (1967), *The Discovery of Grounded Theory: Strategies for Qualitative Research*, Nueva York, Aldine de Gruyter.
- González, Ana Isabel (1995), "Crimen y castigo: el aborto en la Argentina", en Soledad González (ed.), *Las mujeres y la salud*, México, PIEM-COLMEX, pp. 167-197.
- González de León, Deyanira y Deborah Billings (2001), "Attitudes towards Abortion among Medical Trainees in Mexico City Public Hospitals", *Gender and Development*, vol. 9, núm. 2, pp. 87-94.
- González de León, Deyanira y Addis A. Salinas (1995), *Atención del aborto en México:*

- una aproximación a las actitudes de los médicos*, Reporte de Investigación, 69, México, UAM-X, DCBS.
- Haug, Frigga (1992), "Morals also Have Two Genders", en Frigga Haug (ed.), *Beyond Female Masochism: Memory-Work and Politics*, Londres/Nueva York, Verso, pp. 31-52.
- Hinze, Susan W. (2004), "'Am I Being Over-Sensitive?' Women's Experience of Sexual Harassment during Medical Training", *Health: An Interdisciplinary Journal for the Social Study of Health, Illness and Medicine*, vol. 8, núm. 1, pp. 101-127.
- Lazarus, Ellen S. (1997), "Politicking Abortion: Personal Morality and Professional Responsibility of Residents Training in the United States", *Social Science and Medicine*, vol. 44, núm. 9, pp. 1417-1425.
- Lorber, Judith (1982), "Pacientes fáciles y difíciles: concordancia y divergencia en un hospital general", en E. G. Jaco (comp.), *Pacientes, médicos y enfermedades*, México, IMSS, pp. 335-360.
- Martin, Emily (1987), *The Women in the Body: A Cultural Analysis of Reproduction*, Boston, Beacon Press.
- McNaughton, Heather Luz, Ellen M. H. Mitchell y Marta M. Blandon (2004), "Should doctors be the judges? Ambiguous policies on legal abortion in Nicaragua", *Reproductive Health Matters*, vol. 12, (24 Supplement), pp. 18-26.
- Oakley, Ann (1993), *Essays on Women, Medicine & Health*, Edimburgo, Edinburgh University Press.
- Parsons, Talcott (1982), *El sistema social*, Madrid, Alianza Universidad.
- Phillips, Susan P. (1997), "Problem-Based Learning in Medicine: New Curriculum, Old Stereotypes", *Social Science and Medicine*, vol. 45, núm. 3, pp. 497-499.
- Ramos, Silvina, Mónica Gogna, Mónica Petracci, Mariana Romero y Dalia Szulik (2001), *Los médicos y el aborto: ¿una transición ideológica?*, Buenos Aires, CEDES.
- Rance, Sussan (1999), *Trato humano y educación médica: investigación-acción con estudiantes y docentes de la carrera de medicina*, La Paz, Bolivia, IPAS/MSPS/DFID, Viceministerio de Asuntos de Género, Generaciones y Familia.
- (1997), *Informe de la investigación "Discursos médicos en torno al aborto: estudio de caso en contextos hospitalarios de los sistemas de salud pública y seguridad social"*, La Paz, Bolivia, IPAS/SNS/DFID (mimeo).
- Ringheim, Karin (2002), "When the Client is Male: Client-Provider Interaction from a Gender Perspective", *International Family Planning Perspectives*, vol. 28, núm. 3, septiembre, pp. 170-175.
- Rodriguez, Karen y Jennifer Strickler (1999), "Clandestine Abortion in Latin America: Provider Perspectives", *Women & Health*, vol. 28, núm. 3, pp. 59-75.
- Roe, Kathleen M. (1989), "Private Troubles and Public Issues: Providing Abortion amid Competing Definitions", *Social Science and Medicine*, vol. 29, núm. 10, pp. 1191-1198.
- Roth, Julius A (1986), "Some Contingencies of the Moral Evaluations and Control of Clientele: The Case of the Hospital Emergency Service", en Peter Conrad y Rachele Kern (ed.), *The Sociology of Health and Illness: Critical Perspectives*, 2a. ed., Nueva York, St. Martins, pp. 322-333.

- Scott, Robert A. (1970), "The Construction of Conceptions of Stigma by Professional Experts", en J. D. Douglas (ed.), *Deviance and Respectability*, Nueva York, Basic Books, pp. 255-290.
- Seidler, Victor (2001), *La sinrazón masculina. Masculinidad y teoría social*, México, Paidós.
- Solo, Julie (2000), "Easing the Pain: Pain Management in the Treatment of Incomplete Abortion", *Reproductive Health Matters*, vol. 8, núm. 15, pp. 45-51.
- Steele, Cynthia y Susana Chiarotti (2004), "With Everything Exposed: Cruelty in Post-Abortion Care in Rosario, Argentina", *Reproductive Health Matters*, vol. 12, núm. 24, pp. 39-46.
- Timpson, Joanne (1996), "Abortion: The Antithesis of Womanhood?", *Journal of Advanced Nursing*, vol. 24, núm. 4, pp. 776-785.
- Turner, Bryan S. (1992), *Regulating Bodies*, Londres, SAGE Publications.
- Waitzkin, Howard (1991), "Micropolitics of Medicine", en *The Politics of Medical Encounters: How Patients and Doctors Deal with Social Problems*, New Haven, Yale University Press, pp. 3-71.
- Wegar, Katarina (1997), "In Search of Bad Mothers: Social Constructions of Birth and Adoptive Motherhood", *Women's Studies International Forum*, vol. 20, núm. 1, pp. 77-86.
- Werner, Anne y Kirsti Malterud (2003), "It is Hard Work Behaving as a Credible Patient: Encounters between Women with Chronic Pain and Their Doctors", *Social Science & Medicine*, vol. 57, núm. 8, pp. 1409-1419.
- West, Candace (1984), "When the Doctor is a 'Lady': Power, Status and Gender in Physician-Patient Encounters", *Symbolic Interaction*, vol. 7, núm. 1, pp. 87-106.
- Wright, Peter y Andrew Treacher (1982), *The Problem of Medical Knowledge: Examining the Social Construction of Medicine*, Edimburgo, Edinburgh University Press.
- Zola, Irving (1983), "Medicine as an Institution of Social Control", en *Socio-Medical Inquiries. Recollections, Reflections, and Reconsiderations*, Filadelfia, Temple University Press, pp. 247-268.