

Jornadas de Etnografía y Métodos Cualitativos

modalidad virtual

ISSN 2525-0604

12, 13 y 14 de agosto, 2020.

Ponencia: Discursos de médicxs ginecólogxs sobre las mujeres usuarias. Diferencias entre público y privado.

Autora: Lic. Irina Perl iriperl@hotmail.com

Institución: Maestría de antropología social y política. FLACSO Argentina

En este trabajo me propongo describir los discursos de médicxs ginecólogxs sobre las mujeres usuarias que se atienden tanto en el sistema de salud pública como en el sector privado. El trabajo se basa en el análisis de las entrevistas realizadas entre octubre de 2017 y enero de 2018 a 16 médicxs ginecólogxs que atienden en el AMBA. distribuidxs de la siguiente manera: 2 residentes de cuarto año de ginecología (una mujer y un hombre) y 14 médicxs ginecólogxs (11 mujeres y 3 hombres), pertenecientes a 7 hospitales de CABA (2 de obras sociales y 5 públicos), 3 hospitales públicos y un centro de salud del conurbano bonaerense. Cuatro de lxs profesionales se encuentran en la franja etaria entre 30 y 40 años y los 12 restantes se hallan en la franja de 50 a 60 años de edad. .

Las entrevistas se realizaron en algunos casos en los consultorios donde lxs médicxs atienden, una vez finalizada la atención o en intervalos entre pacientes, sea en el efector público de salud o el de obra social. En otros casos se llevaron a cabo en cafeterías cercanas a su lugar de trabajo, en un caso se llevó a cabo por teléfono y en otro fue en la casa de la entrevistada. El contacto con lxs entrevistadxs se produce a partir de mi pertenencia durante cinco años al Programa Nacional de Prevención de Cáncer Cervicouterino (PNPCC) del Ministerio de Salud de la Nación. Allí conocí a muchxs ginecólogxs que eran capacitadorxs del Programa. Cuando inicié el proceso de entrevistas para mi tesis de maestría en antropología social y política de FLACSO, ya no pertenecía al PNPCC y me puse en contacto con una ginecóloga capacitadora y ella me fue poniendo en contacto con otrxs colegas suyos para entrevistar. Los nombres de lxs entrevistadxs fueron modificados a los fines de preservar su identidad.

Habitus y sentido práctico

Entendiendo con Bourdieu el habitus como un sistema de estructuras cognitivas motivadoras de las prácticas, es decir, un sistema de disposiciones duraderas que ordenan y motivan las prácticas y representaciones de un grupo o clase. Estas estructuras y disposiciones aparecen como naturales y necesarias porque se encuentran en el principio de los esquemas de percepción y apreciación en el que son aprehendidas (2010:86 y 87).

Me propongo analizar los discursos de lxs entrevistados en tanto una expresión de estos esquemas de percepción, acción y pensamiento provistos por su habitus médico. Este habitus, en tanto sentido práctico, genera y modela prácticas, formas de pensar y percibir tanto individuales como colectivas a partir de la pertenencia al grupo, en este caso, de médicxs ginecológxs. Si bien el habitus refiere a esquemas de percepción y de apreciación prediscursivos, el discurso de lxs entrevistadxs es producido por un modus operandi que no es dominado a nivel consciente por quien lo enuncia pero que reproduce y actualiza la historia del grupo incorporada y naturalizada.

Planteo que existe cierta uniformidad entre los habitus de los entrevistadxs en tanto pertenecen a un grupo con determinadas características comunes como ser médicxs ginecólogxs que atienden en hospitales públicos y privados del AMBA. Esta pertenencia grupal hace que sus habitus sean homologables aún cuando no haya una interacción directa, los une un sentido práctico que implica un mundo de sentido común. Hay un consenso implícito en el sentido de las prácticas, un código común que comparte un grupo (Bourdieu 2010). El discurso de lxs entrevistadxs constituye una parte del esquema de expresión aprendido corporalmente a través de la adquisición no mecánica del habitus.

Diferencias entre público y privado

Lxs profesionales entrevistadxs diferencian a las mujeres que se atienden en el hospital público de aquéllas que se atienden en el consultorio privado. En general, coinciden en que las mujeres que se atienden en los hospitales públicos tienen niveles de instrucción bajos, lo que implica, según lxs médicxs, mayores dificultades para comprender las indicaciones médicas y menos adherencia a las mismas. Sostienen que carecen de pautas de alarma y que suelen preguntar menos. Señalan que abandonan los tratamientos o no realizan los controles de embarazo recomendados, tienen resistencias a la utilización a los métodos anticonceptivos o al preservativo como método de prevenir las ITS. No van a retirar los resultados de sus estudios.

Tienen que llamarlas cuando tienen un resultado “anormal”. Suelen naturalizar las dificultades en el acceso y los maltratos. Es más frecuente la falta de control, la falta de seguimiento y la falta de adherencia que en el consultorio privado. Lxs profesionales lo atribuyen al nivel socioeducativo y a las dificultades económicas de las pacientes.

Martín es médico ginecólogo y el jefe de consultorios externos de un hospital público de la zona norte del conurbano bonaerense. Tiene 55 años, está separado y tiene dos hijas. Estudió medicina en la Universidad de Buenos Aires, e hizo la residencia de ginecología y obstetricia en el mismo hospital donde trabaja actualmente. Durante una entrevista realizada en su consultorio del Hospital, una calurosa mañana de diciembre de 2017, mientras las mujeres esperaban en la sala de espera a que se iniciará la atención, Martín me comentaba que las pacientes hospitalarias son menos exigentes porque saben las condiciones en las que se trabaja en el Hospital Público, que van con sus problemas y que quieren solucionarlos. También atribuye la menor exigencia a dificultades económicas y falta de educación.

Por otro lado, las mujeres que se atienden en los consultorios privados son descritas como mujeres más instruidas, que manejan más información y comprenden mejor las indicaciones de lxs médicxs, la necesidad de los controles, etc. Son más demandantes y cuestionan más los procedimientos o recomendaciones médicas. Tienen mayor adherencia a los tratamientos, a los métodos anticonceptivos y a los controles.

Nora es ginecóloga obstetra, de sesenta años de edad, que se desempeña en un Hospital de la zona suroeste del conurbano bonaerense y atiende en consultorios de obra social. Me comentaba en una entrevista que tuvimos en su consultorio de la obra social cuando termino de atender a las mujeres que venían a verla, *que “en el privado es muy raro que alguien la cites y no venga o no adhiera a un tratamiento o tenga HIV y no haga el tratamiento, es raro eso”*

También Laura, una médica ginecóloga-oncóloga de 37 años de edad que trabaja en un Hospital público de CABA señalaba que las usuarias del sistema público de salud tienen muchos problemas graves y muchas dificultades con las que lidiar antes de llegar a la consulta y priorizar el cuidado de su salud: *....a veces entrevistas a las mujeres y lo menos peor que les pasa es tener cáncer, o sea, tienen un montón de problemas...”*

De alguna manera aparece naturalizado el hecho de que las mujeres de sectores populares atraviesan por dificultades de diversa índole, como problemas económicos, habitacionales, etc. Y que algunos problemas relacionados a su salud ginecológica no son prioritarios respecto de

otras problemáticas que las rodean. Aparece aquí la idea de que las mujeres deben ocuparse de otras personas antes que de ellas mismas. El cuidado de su salud quedaría en un segundo plano.

En una conversación telefónica que mantuvimos con Jimena, una gineco obstetra de cuarenta años de edad, que trabaja en el servicio de obstetricia de un Hospital público ubicado en el oeste del conurbano bonaerense; ella describe como carenciada a la población que se atiende en el hospital público y que les cuesta más llegar al Hospital. Vienen más “jugadas” y tienen otro registro de su salud y otra prioridades

Podemos pensar como la descripción de lxs profesionales sobre el lugar que ocupa el cuidado de su salud en las prioridades de las mujeres es una expresión del sentido práctico de la atención de la salud de esas mujeres en los hospitales públicos. Es decir, si ellxs consideran que el cuidado de su salud no es prioritario para las mujeres, cómo puede incidir en la consulta: si lxs médicxs se toman el tiempo de explicar los diagnósticos y los tratamientos disponibles, los métodos anticonceptivos, las opciones de cómo parir, o de interrumpir un embarazo, etc. O de indagar en las posibilidades efectivas de utilizar los métodos anticonceptivos o llevar adelante un tratamiento, un embarazo, etc. O relevar posibles situaciones de violencia.

Por otro lado, sostienen que, las mujeres que se atienden en el subsector privado de la salud tienen un mayor nivel socioeducativo y socioeconómico, están más informadas y suelen ser más demandantes, conocen sus derechos, llegan con consultas elaboradas. Tienen pautas de alarma incorporadas y problematizan más la atención y las recomendaciones médicas. Conocen el último método anticonceptivo disponible, indagaron sobre posibles efectos adversos de un tratamiento, o sobre una determinada patología, etc.

Lxs médicxs consideran que las mujeres que se atienden en el privado tienen más posibilidades de comprender la información que ellxs pueden darles. En cambio en el Hospital público sienten que deben simplificar mucho el lenguaje para que las usuarias comprendan, la actitud suele ser mucho más paternalista y alarmista a los fines de asegurarse que las usuarias vuelvan a recoger sus estudios, a realizar controles, tratamientos, etc. Me parece importante pensar en cómo esto se vincula con la cantidad y la calidad de la información que lxs médicxs les proporcionan a las mujeres, entendiendo que en el Hospital Público se debe dar menos información y menos específica, partiendo de la idea de que las mujeres muy probablemente

no re pregunten porque no comprenden la indicación médica o la misma no se corresponde con sus prácticas cotidianas.

Lxs médicxs ginecólogxs se refieren a la adherencia que tienen las mujeres en relación a la conducta de las mismas y su nivel de concordancia con las indicaciones médicas sea iniciar y continuar tratamientos de infecciones de transmisión sexual o de cáncer cervicouterino, así como la realización de lxs controles periódicos del embarazo, el uso de los métodos anticonceptivos, retirar el resultado de un estudio como el Papanicolau o realizar un examen confirmatorio de un diagnóstico, entre otras conductas.

En este sentido lxs profesionales también marcan diferencias entre las mujeres que se atienden en el subsector de salud pública y aquellas que se atienden en consultorios privados. Sostienen lxs ginecólogxs entrevistadxs que las primeras tienen menos adherencia o una adherencia problemática a las recomendaciones y/o indicaciones realizadas por lxs médicxs. Suele atribuirse a cuestiones culturales, bajos niveles de instrucción o ausencia de pautas de alarma, falta de proyectos de vida alternativos a la maternidad, mayor naturalización de determinados procesos biológicos, entre otros motivos. Esto es presentado por lxs profesionales como una dificultad adicional para su trabajo y en muchos casos es señalado como una “lucha”, un esfuerzo adicional para convencer a estas mujeres de que realicen controles o tratamientos y de que comprendan las gravedad de sus situaciones, etc.

Carla, una médica ginecóloga que trabaja en un centro de salud ubicado frente a un barrio popular en la zona norte del conurbano bonaerense, se refería a la “lucha que implica que sus pacientes asuman las conductas recomendadas sobre el uso de métodos anticonceptivos y el uso de preservativo para prevenir infecciones de transmisión sexual: Carla sostenía que las mujeres de sectores populares que se atienden en un hospital público o centro de salud tienen un uso más problemático de los métodos anticonceptivos. Para lxs profesionales, señala, resulta más difícil transmitir la importancia de la utilización de los mismos en las adolescentes. La médica refiere que muchas de las adolescentes buscan quedar embarazadas como proyecto de vida a muy temprana edad o para asegurar la continuidad de su pareja ante la ausencia de otros proyectos de vida como la finalización de sus estudios. También plantea la dificultad de instalar lo que ella llama la “cultura del preservativo” para prevenir infecciones de transmisión sexual en sectores populares. Sostiene que en el sector privado, como las pacientes tienen un nivel de instrucción más elevado, comprenden la importancia de la utilización del mismo para prevenir ITS y los métodos anticonceptivos para evitar un embarazo

no planificado. La misma profesional refiere que las mujeres adultas ya no consideran que deben asistir a la consulta ginecológica porque ya no usan métodos anticonceptivos. La profesional se refiere a la “lucha” que implica inculcarles a sus pacientes la necesidad de otros proyectos alternativos a la maternidad, la generación de determinadas condiciones de vida previas a un embarazo y la utilización de métodos anticonceptivos. Que hay que estar rastreando a las mujeres para que vuelvan a buscar sus resultados de PAP anormal. Sostiene que vuelven porque son miedosas. El miedo aparece como una técnica utilizada por lxs profesionales en el marco de una consulta en un efector público de salud para elevar el nivel de alarma de las mujeres y que regresen a la consulta. Forma parte de la actitud paternalista de lxs médicxs hacia las mujeres de sectores populares, que sostiene que en muchos casos es la única manera de que las mujeres entiendan la gravedad de su situación y la necesidad de su tratamiento, controles, etc.

Retomando a Singer (2004) podemos decir que una de las tareas de la biomedicina es lograr que lxs pacientes adopten su definición de la enfermedad, los diagnósticos y los tratamientos necesarios. Ayudarlxs a conceptualizar los síntomas según el modelo de explicación biomédico, es decir, a producir la conciencia de lxs pacientes en tanto tales. En este sentido, la biomedicina se propone convencer a las personas de que el modo en que experimentan sus síntomas es subjetiva y en ese sentido cuestionable mientras que la biomedicina cuenta con un aval científico.

Podríamos pensar entonces en cómo la adherencia constituye para lxs médicxs una coincidencia entre su definición de salud/enfermedad y la de las mujeres usuarias y explica de alguna manera hasta qué punto las mujeres hacen caso de las indicaciones/ recomendaciones que lxs médicxs hacen en función de esa definición

Pareciera haber una tendencia por parte de lxs médicxs a retar a las mujeres por sus conductas cuando éstas no coinciden con las expectativas médicas, como ser la utilización de anticonceptivos, el control de su fecundidad y su sexualidad o un tratamiento de ITS, entre otras. Esta posición paternalista de lxs médicxs parte de lo que Roberto Castro, definió como el habitus médico autoritario, es decir, esquemas cognitivos que plantean una posición jerárquica superior de lxs médicxs sobre sus pacientes que lxs habilitaría a prescribir conductas y reprender el no cumplimiento de las mismas (Castro 2014).

Dos médicas gineco obstetras que trabajan en hospitales públicos del conurbano bonaerense señalaban que las mujeres que se atienden en dichos efectores de salud, suelen tener otras prioridades asociadas a su condición socioeconómica, pero además se referían a una diferencia cultural con las médicas que las atienden y con las mujeres que se atienden en los consultorios privados. Las médicas señalan que las mujeres de sectores populares no tienen pautas de alarma y que naturalizan procesos como el parto y la violencia asociada a la atención hospitalaria.

Es interesante resaltar cómo las jerarquías sociales se actualizan y refuerzan en las interacciones entre personas que pertenecen a clases sociales diferentes. Tal es el caso de la consulta médica, cuando lxs médicxs pertenecen a clases sociales más altas que sus pacientes, como sucede en los hospitales públicos. Como señala Goffman, *“Cuando el especialista tiene un status social más alto que los individuos a quienes proporciona el servicio, su criterio general para evaluarlos desde el punto de vista social se verá sustentado por los datos y detalles particulares acerca de ellos, de los que necesariamente debe enterarse. En ciertas situaciones esto se convierte en un factor significativo para mantener el statu quo”* (Goffman 1959:81). Por lo que la naturalización de que las mujeres que se atienden en el Hospital público no tienen los elementos para comprender la información, ni se encuentran en condiciones de reclamar por más y mejor información o mejor trato, deviene en un trato condescendiente y paternalista que se traduce en la poca información que proveen lxs profesionales y en la toma de decisiones que realizan por sus pacientes, reemplazando la voluntad de las mismas. Se mantienen así la jerarquía médicx -paciente, reforzada en este caso por la diferencia de estatus social entre unx y otra.

Destaco aquí el origen burgués de la biomedicina. Las mujeres que se atienden en el subsector privado suelen pertenecer a la misma clase social o estamentos socioeconómicos similares a lxs médicxs que las atienden, lo que hace que manejen un lenguaje común de clase social, que compartan las llamadas “pautas de alarma”, es decir, que compartan la definición sobre los eventos que consideran que ameritan una consulta médica, así como que coincidan en los criterios de diagnóstico, tratamiento y recomendaciones sobre la salud.

La profesión médica en Argentina

En ese sentido, aparece como necesario pensar en el modo en que la profesión médica se coloca en el centro de la escena político social en la Argentina en la segunda mitad del siglo

XIX. En un contexto de configuraciones de los sectores populares urbanos, el surgimiento de la cuestión social y la consecuente preocupación positivista de los gobernantes acerca de cómo lidiar con las “nuevas problemáticas sociales”, el “personaje médico” adquiere relevancia (González Leandri 2000). En este proceso de un creciente control social sobre determinadas poblaciones se van dando algunos fenómenos en paralelo como ser la institucionalización de las prácticas de la cura, a partir de la profesionalización de la medicina y una medicalización de la sociedad, a partir de la identificación de características sociales como patológicas o desviaciones y degeneraciones. Asimismo, señala González Leandri, la mayor intervención de los estados nacionales en la cuestión social favorecieron el surgimiento de un nuevo ideal profesional (2000:424).

Desde sus comienzos el abordaje institucional de los procesos de salud/enfermedad tuvo una mirada más social que individual y estuvo muy ligado a la regulación de las condiciones de vida de los sectores populares urbanos con una fuerte base inmigratoria. González Leandri se refiere a un entramado médico institucional, con los médicos higienistas a la cabeza, que influyeron en la definición de la enfermedad como un problema social. Así la configuración de la Cuestión Social y la profesionalización médica (entendiendo a ésta como el monopolio de la práctica legítima de curar) están íntimamente vinculadas. El perfil de médico político que se constituyó por esos tiempos también permitió instalar como política de Estado una intervención moral sobre los sectores populares que planteaba una atención médica dirigida al abordaje de la nueva cuestión social. Asimismo la creación de nuevas institucionalidades como la Facultad de Medicina y la Academia de Medicina a fines del siglo XIX, contribuyeron a un fortalecimiento de la profesión médica y habilitaron más fluidos contactos de la corporación médica y el Estado, permitiendo un impulso mayor a la política sanitaria nacional acompañado por un contexto internacional de intercambios a través de conferencias y tratados entre los jóvenes Estados Nación que necesitaban a lxs médicxs como traductores intelectuales (González Leandri 2000:428).

De esta manera, discursos y visiones que ya venían circulando en la sociedad, como la enfermedad como nexo entre ricxs y pobres y la necesidad de preservar a los primeros de los potenciales contagios provenientes de lxs segundxs, eran instalados desde médicxs que ocupaban cargos en el Estado y que tenían influencia en las definiciones de políticas públicas. La nueva posición que fueron adquiriendo lxs médicxs en el Estado como así también el desarrollo de nuevas técnicas permitieron la instalación de cierto consenso higiénico y su legitimación como expertxs. Pero este reconocimiento de la expertise médica no se generalizó

de manera uniforme en toda la sociedad ya que los sectores populares no compartían muchos de los rasgos culturales de la élite o clase alta a la que pertenecían lxs médicxs.

Asimismo, el surgimiento de cierto ideal profesional asociado al médico social e intelectual, representado por figuras como Ramos Mejía, que planteaba una tendencia nacionalista y positivista tanto en la política sanitaria como en la educativa, configurando un imaginario patrio. Esto influyó sin dudas en la visión de lxs estadistas sobre los sectores populares e instaló la preocupación por la configuración de dichos sectores debido a la inmigración

La ginecología y el control social de los cuerpos

Pauluzzi (2006) refiere al hecho de que la biomedicina y en particular la ginecología, en tanto mirada masculina y patriarcal, se erige en una moral sexual y una represión social que opera sobre los cuerpos de las mujeres, sobre todo las mujeres jóvenes y pobres, que son juzgadas por su sexualidad “descuidada”. Los embarazos no planificados y las infecciones de transmisión sexual aparecen como una suerte de castigo por un supuesto placer experimentado a través de su sexualidad. No aparecen contempladas, en el discurso de lxs profesionales de la salud, las situaciones de violencia sexual que pueden estar atravesando las mujeres y la imposibilidad de negociar la utilización de métodos anticonceptivos o métodos de barrera como el preservativo o la efectivización de un tratamiento de ITS. Pauluzzi señala que el paternalismo que se da con frecuencia en el sector salud, es funcional a la ideología que plantea a la sexualidad de las mujeres para otros y limitada a una función procreadora (2006:58).

Por su parte López Sánchez siguiendo a Foucault, sostiene que la reducción del cuerpo de la mujer a su fisiología sexual y reproductiva que se produce a mediados del siglo XIX constituye un elemento clave del dispositivo de control de la sexualidad femenina, que la redujo a su función reproductiva. La autora retoma de Foucault el concepto de Histerización del cuerpo de la mujer y sostiene que una vez connotada por su función reproductiva la mujer burguesa se limita al ámbito doméstico y familiar, la crianza de lxs ninxs y la reproducción de los valores sociales dominantes. Se negó la existencia del deseo femenino, asignándole una naturaleza frígida a las mujeres que justificó una doble moral para hombres y mujeres y permitió la vigilancia moral, penal y médica hacia las mujeres.

La ginecología y la obstetricia, han sido un instrumento eficaz en la maternalización de los cuerpos de las mujeres, así como la difusión de la concepción binaria de los géneros y la idea

de la mujer hormonal, a la vez que medicalizó la reproducción y la sexualidad femenina (Pozzio 2016, Laqueur 1994, López Sánchez 2010, Cepeda y Rustoyburu 2014, Rhoden 2002).

A modo de conclusión

Los discursos de lxs médicxs ginecólogxs sobre las mujeres usuarias dan una pista de las características que puede adoptar el intercambio en el marco de la consulta ginecológica y las diferencias que el mismo puede tener en el subsector de salud pública y el subsector privado. Lxs profesionales diferencian a sus pacientes según el espacio en el que se atienden, público o privado. Las mujeres que se atienden en el hospital público son descritas como carentes de nivel socioeducativo suficiente para comprender la información brindada por lxs profesionales, con problemas graves socioeconómicos (entre otros) que no les permiten priorizar el cuidado de su salud y cumplen menos en menor medida con las indicaciones médicas. Por su parte, se percibe que las mujeres que se atienden en el privado comparten las pautas de alarma con lxs médicxs tratantes, comprenden y adhieren mejor a sus recomendaciones.

Los orígenes burgueses de la medicina conllevan a que tanto el lenguaje utilizado por lxs médicxs así como las definiciones del proceso salud/enfermedad, significados otorgados a los síntomas, entre otras cuestiones, sean compartidos por los miembros de las sociales medias altas. Opera, entonces, en los discursos de lxs médicxs su pertenencia de clase que comparten con las mujeres que se atienden en el subsistema de salud privado y se diferencia notablemente de las mujeres que se atienden en el subsector de salud pública. Asimismo, la medicina y más específicamente la ginecología, en tanto dispositivo de control social e institución patriarcal, reproduce el sistema de dominación de las mujeres a través de la medicalización de sus cuerpos y del control de su sexualidad y reproducción. Los esquemas dominantes de percepción que se manejan en el sistema médico suponen una subordinación de lxs pacientes a lxs médicxs que en las mujeres usuarias del sistema de salud se ve reforzada por las asimetrías de género.

Referencias bibliográficas

Bourdieu, Pierre (2010). El sentido práctico. Siglo Veintiuno editores. Buenos Aires, 2010.

Castro, Roberto (2014) Génesis y práctica del habitus médico autoritario en México. Rev. Mex. Sociol vol.76 no.2 México abr./jun. 2014

CEPEDA, Agustina y RUSTOYBURU, Cecilia (2014). "Medicalizar los cuerpos, la salud y la sexualidad en América Latina. A modo de introducción.". En: CEPEDA, Agustina y RUSTOYBURU, Cecilia (comps.) De las hormonas sexuadas al Viagra. Ciencia, Medicina y Sexualidad en Argentina y Brasil. Mar del Plata: EUDEM, 2014, p.9-31.

Lacqueur, Thomas. La construcción del sexo. Cuerpo y Género de los griegos a Freud. Madrid: Ed. Cátedra, 1994.

López Sánchez, Oliva. El dolor de Eva. La profesionalización del saber médico en torno del cuerpo femenino en la segunda mitad del siglo XIX. México DF: UNAM-Fez Iztacala, 2010

González Leandri, Ricardo (2000). Miradas médicas sobre la cuestión social. Buenos Aires a fines de Siglo XIX y principios del XX. Revista de Indias, 2000, vol. LX, núm. 219

Goffman, Erving. La presentación de la persona en la vida cotidiana. Amorrortu editores, Buenos Aires. Director de la biblioteca de sociología, Luis A. Rigal. The Presentation of Self in Everyday Life, Erving Goffman. Primera edición en inglés, 1959. Traducción, Hildegard B. Torres Perrén y Flora Setaro

Pauluzzi, Liliana (2006). Degradación de los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres pobres: abortar y parir. En Realidades y coyunturas del aborto. Entre el derecho y la necesidad. Susana Checa (compiladora). Buenos Aires, Paidós, 2006

Pozzio, María Raquel. La gineco obstetricia en México: entre el "parto humanizado" y la violencia obstétrica. Estudios feministas. Florianópolis -Río de Janeiro 2016.

ROHDEN, Fabiola. "Ginecología, gênero e sexualidade na ciência do século XIX". Horizontes Antropológicos, v.8, n. 17, p. 101-125. 2002.

Singer, M. (2004) The social origins and expressions of illness, British Medical Bulletin, 69: 9–19.