

SUBTEXTOS DE GÉNERO EN SIETE TEXTOS MÉDICOS

DORA INÉS MUNÉVAR *

Universidad Nacional de Colombia · Bogotá

*dimunevarm@unal.edu.co

Artículo de investigación recibido: 27 de septiembre de 2012 · Aceptado: 8 de abril de 2013.

RESUMEN

Este artículo desvela el sentido de los subtextos de género y nación, entendidos como lo no dicho pero intuido en los discursos explícitos de siete textos médicos. Para ello, identifica los componentes ideológicos ocultos en saberes médicos especializados y comparte las relecturas de un grupo de textos de anatomía, ginecología y obstetricia o tocología. Finalmente, busca intensificar las reflexiones de esta índole para generar diferentes debates académicos y profesionales e incrementar la investigación crítica en este campo.

Palabras clave: discurso y texto, género y nación, mujer y cuerpo, saberes médicos, subtexto.

GENDER SUBTEXTS IN SEVEN MEDICAL TEXTS

ABSTRACT

The article explores the meaning of the gender and nation subtexts, understood as that which is not said but implied, in the explicit discourse of seven medical texts. To that effect, it identifies the ideological components hidden in specialized medical knowledge and shares the re-readings of a series of texts on anatomy, gynecology, and obstetrics. Finally, the article seeks to foster reflections of this sort in order to generate different academic and professional debates and increase critical research in this field.

Keywords: discourse and text, gender and nation, woman and body, medical knowledge, subtext.

SUBTEXTOS DE GÊNERO EM SETE TEXTOS MÉDICOS

RESUMO

Este artigo revela o sentido dos subtextos de gênero e nação, entendidos como o não dito, mas intuído, nos discursos explícitos de sete textos médicos. Para isso, identifica os componentes ideológicos ocultos em saberes médicos especializados e compartilha as releituras de um grupo de textos de anatomia, ginecologia e obstetrícia ou tocologia. Finalmente, busca intensificar as reflexões dessa índole para gerar diferentes debates acadêmicos e profissionais e aumentar a pesquisa crítica nesse campo.

Palavras-chave: discurso e texto, gênero e nação, mulher e corpo, saberes médicos, subtexto.

[...] La anécdota que cuenta Platón en el *Teeteto* sobre Tales de Mileto: una esclava tracia había reído al ver cómo el sabio Tales, ensimismado en sus reflexiones sobre el cosmos, caía en un pozo. Generaciones y generaciones de estudiantes de Filosofía estudiamos esa anécdota como el paradigma de la contraposición entre el pensamiento vulgar y el pensamiento filosófico, entre la vulgar y necia *doxa* y la sublime *episteme*.

Que esta oposición fuera representada por una figura femenina y otra masculina nos parecía totalmente irrelevante. Ahora, muchas (y algunos) nos hemos vuelto muy suspicaces y nos preguntamos por el subtexto de género de anécdotas y ejemplos que son, aparentemente, fruto del simple azar [...]

ALICIA PULEO (2012) *Cuando “el lector” se transforma en lectora*

COMENZANDO: LOS TRÁNSITOS PREVISTOS

Los subtextos de género y nación permean los discursos científicos y están arraigados en los saberes médicos. Su identificación, análisis y alcances remiten a las nociones de cuerpo gestadas, difundidas y reinterpretadas por el saber médico mediante procesos de investigación, enseñanza y práctica, lo mismo que a través de sus repercusiones en los ámbitos sociales y políticos de la vida pública. Los textos médicos ponen en circulación las nociones sobre la mujer y lo femenino en relación con el sistema de pensamiento imperante, mientras los debates feministas “han politizado el malestar de las mujeres contribuyendo a los movimientos emancipatorios del siglo xx” (Güezmes 2004, 5).

Por un lado, en el cambio del siglo XIX al XX, el ejercicio de la profesión médica en el país fue un instrumento científico, ideológico y político para significar el ideario nacionalista o para configurar los marcos de interpretación que permitieron entender los acontecimientos biológicos asociados a la vida social e individual. Por otro, las teorías feministas consolidadas a fines del siglo XX acentuaron las críticas al discurso científico-tecnológico, para revelar los nexos entre los estereotipos de género, la construcción de la nación y la ciencia como producto social. Sus proponentes han explicado las múltiples tensiones existentes en tales nexos e insisten en plantear que en toda práctica discursiva subyacen

matices ideológicos que es preciso develar dado que “la ciencia no es neutra, ni tampoco quienes hacen ciencia” (Güezmes 2004, 4).

Por un lado, estas representaciones constituyen una idealización de lo social y componen los significados necesarios para mantener lo establecido; por el otro, la mujer descrita por los saberes médicos responde a la institucionalización del pensamiento científico y político, prefigura el sentido de lo femenino y expresa el papel cultural de la feminidad. Por tanto, el discurso médico incorporado en el conjunto de representaciones sociales pone en circulación un discurso de civilización y modernidad mediado por un ideal de género que se garantice la construcción de la nación, mantenga los procesos de medicalización y fortalezca el poder de la ciencia. En consecuencia, entra a definir temas tan variados como la maternidad y la reproducción, el amor y el matrimonio, la salud y la enfermedad¹, entre otros aspectos de la vida de los individuos (Agudelo 2011).

Con este ámbito conceptual de fondo, quienes hacen análisis crítico de las prácticas discursivas comprendieron el lugar subalterno que ocupa la categoría sociohistórica *mujer* tanto en el orden social como en la ciencia y en la medicina. Dicho lugar se sostiene a partir de argumentos anclados en la biología, que son difundidos con autoridad por medio de los textos de estudio. Cuando estos textos se refieren a los saberes médicos se advierte la dimensión histórica, cultural e ideológica de saberes referentes al sexo, la reproducción, el género, lo femenino y la feminidad: una realidad histórica enmarcada en una medicina anarcocéntrica cuyos saberes sirven para controlar el cuerpo de la mujer.

Los textos que contribuyen a delimitar la intervención de profesionales de la medicina como representantes de este conocimiento en la sociedad, contienen subtextos de género y nación. Dichos subtextos, una vez develados, permiten comprender el funcionamiento sociopolítico de los discursos biológicos sobre las mujeres, por ejemplo los expresados en la siguiente cita (Cervantes 2004, 124):

Si el respeto que se merece la mujer es reconocido por la civilización i aun por muchas tribus salvajes, cuando se la considera en su estado interesante, el médico, el comadrón, en su calidad

¹ Sobre representaciones sociales y construcción social de las enfermedades, ver Obregón (2002).

de profesor o de filántropo debe con doble título ante el augusto carácter de una madre, toda la veneración, toda la solicitud i acatamiento de un hombre culto, de un sacerdote de la ciencia concienzudo e ilustrado [sic].

Esta múltiple potencialidad comunicativo-cognoscitiva de los textos médicos se materializa en las páginas que han servido de fundamento para organizar la doble mirada contenida en los apartados de este artículo. Mediante diálogos que entrelazan las posturas críticas de distintas autoras, los contenidos manifiestos de otras fuentes de archivo y los subtextos de género y nación identificados en siete textos médicos que hacen parte del acervo de la Biblioteca Central de la Universidad Nacional de Colombia², nos adentramos en distintas páginas de los libros señalados en la tabla 1. En ellas aparece la categoría mujer como objeto del saber médico o en función de sus relaciones con su misión generizada y sexuada en la configuración de la nación.

Para el análisis crítico de los subtextos recurrimos a las teorías feministas del discurso. Con sus aportes, la investigación³ de donde se deriva este escrito se centró en los saberes médicos sobre la fisiología y la anatomía relacionadas con el cuerpo femenino y las especialidades de obstetricia y ginecología o tocología que, influidas por una figura de mujer-madre, se han ocupado de la medicalización del embarazo, el

2 En el estudio original (Munévar et ál. 2011), la búsqueda de las fuentes tuvo una primera exploración bibliográfica para el seguimiento temático, la ubicación de textos para la contextualización histórica y la consulta de catálogos bibliográficos y anaquelés de centros bibliotecarios de la Universidad Nacional de Colombia (Biblioteca Central, Hemeroteca Nacional, Fondo documental, Fondo de Historia del Museo de la Facultad de Medicina). Además, según su pertinencia, se consultó la bibliografía secundaria referente a la historia de la medicina y a los estudios sociales de la ciencia médica en Colombia y se revisaron algunos textos médicos de autoría nacional para ubicar las fuentes citadas por los aprendices y médicos del momento, incluidas algunas fuentes médicas publicadas antes de 1900 (Agudelo 2011).

3 Su principal objetivo sería identificar las nociones médicas asociadas a lo femenino, la mujer y sus cuerpos tal como aparecen en tratados de fisionomía, anatomía (morfología) y ginecología (ginecología y obstetricia) que hacen parte del acervo bibliográfico de la Universidad Nacional de Colombia.

Tabla 1.

Siete textos médicos

Autor	Título	Año	Idioma original
Alfred C. Beck	<i>Práctica de obstetricia</i>	[1935] 1947	Inglés
Carlos J. Calatroni	<i>Terapéutica ginecológica</i>	1946	Español
Víctor Conill	<i>Tratado de ginecología y de técnica terapéutica ginecológica</i>	1946	Español
A. H. Curtis	<i>Ginecología</i>	[1933] 1946	Inglés
Joseph B. De Lee	<i>Principios y prácticas de obstetricia</i>	[1913] 1945	Inglés
Edmund R. Novak	<i>Tratado de ginecología</i>	1970	Inglés
Rudolf Theodor Edler von Jaschke	<i>Ginecología</i>	[1918] 1941	Alemán

Fuente: Archivo de investigación.

parto y la menopausia y han contribuido a la circulación de subtextos de género y nación.

El discurso es una forma de acción social: los discursos están atravesados por las subjetividades, que se construyen socialmente. Estas interacciones ocurren en espacios concretos y permiten comprender cómo los saberes médicos han servido para representar los ideales de la sociedad o los idearios sobre el género y para expresar la cultura, el espíritu y el pensamiento dominante en cada contexto histórico-social. Por esos mismos espacios circulan los conceptos de la mujer y de lo femenino, como parte de la construcción de una serie de prácticas discursivas que re-producen conocimiento, inmovilizan subjetividades, promueven ideologías y se convierten en un medio idóneo para transmitir creencias, convenciones, valores, prejuicios y estereotipos.

La relectura en clave feminista de estos subtextos —además de considerar a los saberes como categorías socio-históricas asociadas al pensamiento dominante y a los procesos sociales, económicos y políticos del contexto en el cual fueron escritos los libros— constituye una derivación de nuestras labores investigativas previas⁴. Ellos configuran una línea de trabajo reflexivo basada en la crítica feminista a la autoridad de los saberes, que se establecen por medio de la visión dicotómica del positivismo y la legitimidad de los saberes; los límites biológicos del deber ser de las mujeres materializado en el destino reproductivo y en la sexualidad prescrita; y la salvaguarda de la población nacional con los compromisos impuestos a las mujeres como *débitos* para conservar la nación, preservar la familia y proteger la vida.

LA AUTORIDAD DE LOS SABERES: LOS TEXTOS MÉDICOS

El cuerpo de la mujer es el *locus* histórico donde se configura un dispositivo de poder generizado constituido por la imbricación de la sexualidad y la reproducción como fundamentos del maternalismo o ideología maternalista. Con esta premisa de base, es indispensable acercarse a las prácticas discursivas para reconocer los subtextos de género y nación, una meta analítica que bien puede alcanzarse consultando tanto las publicaciones especializadas como las historias clínicas, las narrativas personales o los documentos contrahegemónicos.

Este es un camino que conduce a los saberes sobre el cuerpo, la sexualidad, la salud mental y las enfermedades de las mujeres como cuestiones que deben ser abordadas de manera crítica desde la historia de la medicina, la historia social de las enfermedades, la historia de la ciencia, la filosofía de la ciencia, los estudios críticos del discurso o los estudios sociales de ciencia, tecnología y medicina o salud, sobre todo considerando que se trata de debates importantes en las ciencias natu-

4 En el marco del trabajo “La mujer y lo femenino en textos de enseñanza médica en la primera mitad del siglo xx” (Munévar, Torres Baquero y Morales Caro 2010), se establecieron vínculos con un proyecto interinstitucional (Proyecto Ensamblado en Colombia: producción de saberes y construcción de ciudadanía. Convocatoria Colciencias 492-2009. Programa Ciencias Sociales y Humanas), a través de la iniciativa “Desensamblando saberes sobre la mujer y lo femenino” (Munévar et ál. 2011).

rales y en las ciencias biomédicas⁵, como lo ha señalado Teresa Ortiz (1999). De la misma manera, los múltiples desarrollos teórico-empíricos de estos campos se han nutrido con los avances de las teorías feministas de la segunda ola, y sus demandas desde una política sexual, y con los estudios de género, para que se reconozcan los cuerpos y las subjetividades. Esta aproximación teórica y empírica es necesaria para rehacer la historia de las mujeres⁶ y contextualizar la historia de las investigaciones médicas —incluida la medicina hospitalaria⁷—, o para comprender los trasfondos ideológicos de los saberes contenidos en los textos médicos.

Así, en las páginas de los textos señalados en la tabla 1 se destaca cómo el esencialismo de la categoría mujer ha estructurado los distintos subtextos⁸. Los argumentos identificados señalan la existencia de subtextos adheridos a la capacidad reproductiva de las mujeres, es decir, a la anatomía-fisiología de la reproducción o regulador social impregnado del poder masculino⁹.

5 “[...] en Colombia este proceso ocurrió en circunstancias particulares, pues no se incursionó en el modelo de la medicina experimental de corte francés o alemán, el cual se orientó a la creación de la infraestructura necesaria para la investigación en las nacientes ciencias biomédicas, sino que se centró en la explicación microbiológica” (Hernández 2004, 66).

6 Una historia narrada a partir de los silencios impuestos con el acompañamiento de los saberes de género, los cambiantes conceptos de poder y las relaciones desiguales experimentadas por diversidad de mujeres.

7 “El concepto historiográfico-médico de ‘medicina hospitalaria’ se ha utilizado para delimitar los saberes, las técnicas y los espacios que conforman la medicina anatomoclínica. A su vez, la mentalidad anatomoclínica es concebida como la forma que asume el saber y la práctica médica en la cual la búsqueda semiológica de la lesión orgánica, entendida como una alteración de las formas, es el centro del ejercicio diagnóstico y fundamento de la actuación terapéutica” (Eslava 2004, 11).

8 “Respecto a las mujeres, su lucha por la igualdad política, salarial, educativa y social, su lucha, en definitiva, por la emancipación, las convertía en una fuerza que desafía la estabilidad social del siglo XIX y comienzos del XX. El orden patriarcal se veía amenazado y las respuestas surgieron desde muy diversos frentes y en distintas formas. Uno de estos frentes corrió a cargo de los científicos y, dentro de ellos, los médicos jugaron un papel de primer orden” (Ortiz 1993, 113).

9 “[...] todos los cambios que se efectuaron en la Escuela de Medicina (de la Universidad Nacional de Colombia, fundada en 1867) durante sus primeras

Cada autor contextualiza su objeto de estudio, el saber relacionando con la mujer y los procedimientos diagnósticos o terapéuticos a realizar. Su énfasis en la técnica médica incluye los mecanismos discursivos y demostrativos propios del método científico, así como sus especificidades sociales e ideológicas son avaladas con fragmentos tomados de historias clínicas¹⁰, en descripciones anatomo-fisiológicas¹¹, fotografías o dibujos¹² totales o parciales, datos cuantitativos o

décadas estuvieron enmarcados en los parámetros de la llamada mentalidad anatomoclínica, la cual, finalizando el siglo XIX, empezó a ser complementada por dos nuevas miradas sobre la enfermedad: una que la concibe como el resultado del ataque de agentes externos, los cuales forman parte del mundo microbiológico o de los materiales inorgánicos (mentalidad etiopatológica), y otra que la asume como la resultante de una alteración funcional que afecta los sistemas que le dan soporte a la vida (mentalidad fisiopatológica). De esta manera, al finalizar el siglo XIX y dar comienzo al siguiente, lo que se ha llamado ‘Medicina de Laboratorio’ empieza a permear la práctica médica en Colombia e inicia un progresivo intento de síntesis con la medicina hospitalaria. [...] El concepto de ‘medicina de laboratorio’ recoge el sentido del trabajo médico orientado tanto por la mentalidad etiopatológica como por la mentalidad fisiopatológica” (Eslava 2004, 16-17).

¹⁰ “El estudio de las historias clínicas como fuente para la historia social de la psiquiatría, es fundamental no sólo para comprender el desarrollo de la especialidad médica en nuestro país, sino también para entender cómo funcionaban las instituciones (públicas o privadas), clarificar cuestiones demográficas, y facilitar el hallazgo de escritos de pacientes de gran valor para el análisis de los discursos propios. Lo complejo de éste material, es trabajar con varias líneas discursivas que se entremezclan: el discurso de la institución, el discurso del experto, el de la familia, el de otras instituciones (diputaciones, otros recursos sanitarios, la cárcel) y el discurso del paciente” (García y Jiménez 2012, 4).

¹¹ Los tratados y las encyclopedias médicas de la primera mitad del siglo XX (hallados en los depósitos bibliográficos de la Universidad Nacional) manifiestan discursos con autoridad científica destinados a la formación del personal médico, pero, a la vez, contienen cánones culturales e ideológicos (Agudelo 2011).

¹² Entre las ilustraciones se observa “[...] un cráneo pequeño aunque proporcionalmente grande respecto al resto del esqueleto y con las suturas sin osificar, una pelvis de gran tamaño, un tórax estrecho y con pequeños espacios intercostales, un pie muy pequeño. En definitiva, una *esqueleto* que simbolizaba y naturalizaba el modelo burgués de mujer sedentaria, sin actividad intelectual, madre de familia” (Ortiz 2002, 35).

casos clínicos recientes¹³, presentaciones de fin de cátedra¹⁴ o testimonios directos de mujeres que acceden a declarar de viva voz sus experiencias de curación¹⁵.

En otras palabras, el discurso médico involucra diferentes expresiones de poder que permiten identificar la forma en que actúan sus principios en los distintos niveles de la vida social. Además de privilegiar el orden de los saberes, las prácticas discursivas se convierten en foco de análisis feministas para desentrañar “por un lado, lo que la tradición ha enseñado que se debe ver y, por el otro, lo que es necesario buscar y que ha estado invisible” (Benhabib 1995 en González 2012, 210) y, finalmente, sirven de estímulo para conocer sus componentes hegemónicos legitimados por una perspectiva positivista.

13 “Las fuentes enumeran los síntomas de las enfermedades más frecuentes con el frío lenguaje médico de la anatomía y la fisiología, lenguaje que no dejaba de transmitir la realidad de dolencias desgarradoras y prolongadas de las más variadas índoles: malformaciones, *miomas uterinos*, tumores en las mamas, hemorragias anormales esporádicas y permanentes o *reglas dolorosas*, trastornos anímicos, cambios en el color de la piel, excesos de peso e hinchazones en diferentes partes del cuerpo” (Zárate 2001, 25).

14 Para el caso de Colombia, “la obstetricia, señores, es el arte de los cuidados que se deben a la mujer, durante la gestación, en el alumbramiento y después de él; estos cuidados se extienden al niño al tiempo de nacer y aun durante la lactancia. Este arte debe ser muy antiguo, porque en todo tiempo la mujer ha necesitado de los recursos de la experiencia; pero de algunos años a esta parte ha venido perfeccionándose merced a los adelantos de muchas ciencias que le son auxiliares y fundamentales, tales como la física, la mecánica, la anatomía, la fisiología y otras. Permitidme, señores, que antes de entrar formalmente en el fondo de mi discurso, os llame la atención a la faz moral y filosófica del arte obstétrical, [...]! La maternidad, señores, ese atributo doloroso que encierra tantos misterios, desde la maldición paradisíaca hasta el último de los fenómenos fisiológicos y estéticos de la vida moral de la mujer, es la condición, es el estado al cual, todos los respetos, todas las consideraciones se deben prodigar, sea cual fuere la categoría social de la que lleva en su vientre el jérmen de un nuevo ser o pendiente de sus pechos [...]” [sic] (Cervantes 2004, 123-124).

15 Para el caso de Chile “desde el género y la historia social podemos vislumbrar algunos aspectos que iluminan la particular relación que la ginecología inauguraba entre las mujeres y la medicina nacional a fines del siglo XIX” (Zárate 2001, 6).

La estructura positivista

Con la modernidad primero y con la posterior consolidación del positivismo científico, los nuevos saberes médicos comienzan a interpretar los complejos procesos de la vida personal de hombres y mujeres como *meras variaciones físico-químicas*, minimizando las diferencias individuales hasta reducirlas a pequeños cambios en “la medición estadística del cuerpo del hombre medio en la escala zoológica” (Miqueo 2005). Como resultado, desdibujan u ocultan la diversidad poblacional mediante estrategias sociodemográficas de homogenización (Munévar y Mena 2013).

Los idearios evolucionistas y los principios darwinistas se van involucrando en el campo de la medicina a través de los estudios de la anatomía¹⁶, la neuroanatomía, la biología y la fisiología, los cuales contribuyeron a estructurar la *localización de las enfermedades* en el cuerpo o en ciertos órganos corporales, y en la mente o como parte de determinados comportamientos sociales y morales¹⁷. Con el uso

¹⁶ “Para todos los autores era claro que la anatomía tenía una enorme importancia para la medicina en general (patología, cirugía, diagnóstico, terapéutica) como para la correcta comprensión y el correcto manejo médico de la fisiología. Esto no es de extrañar en un momento en que la llamada mentalidad anatomoclínica (también llamada medicina hospitalaria por algunos historiadores de la medicina), de origen preponderantemente francés, dominaba en el ámbito nacional e internacional [...] en el primer pénum de la Escuela de Medicina de la Universidad Nacional. Las citas al respecto, tomadas de los trabajos de los estudiantes, podrían multiplicarse. De una primera revisión de los siete documentos presentados, y sobre la base de una información adicional, podría intentarse hacer explícitas algunas de las concepciones que sobre la anatomía dominaban en esos momentos en la Universidad Nacional. [...] El fundamento histórico y conceptual del saber morfológico está dado por la anatomía descriptiva, que aborda las ‘partes’, lo particular y simple de las formas humanas. De allí se pasa a la anatomía general, que se ubica en el plano de lo complejo y tiene un sentido estructural. En este plano, en donde para decirlo de alguna manera, las formas y las estructuras se distribuyen, se ‘extienden’, adquiere relieve decisivo la visión histológica. El abordaje se hace, entonces, desde la histología y, presumiblemente, desde la citología” (Miranda 2004, 24-25).

¹⁷ Los saberes sobre higiene estaban delimitados por la política de las naciones, buscaban la educación del pueblo para mejorar la salud y promovían el cuidado del cuerpo y la formación moral.

intensivo del método científico, y con la incorporación de los recursos tecnológicos disponibles, se incrementó de manera exponencial el mundo de las enfermedades conocidas.

Muchas de estas novedades ideológicas y políticas quedaron encarnadas, hechas carne, adheridas al cuerpo o a la psique de la mujer a través de los saberes médicos para la curación de las enfermedades de mujeres.

Con “esta denominación como bien se indica, (se) daba cuenta de un hecho exclusivo; la identificación de dolencias que eran decididas exclusivamente por mujeres, que atacaban a sus órganos sexuales y reproductivos, principalmente el útero y los ovarios, que debían recibir un tratamiento especial y/o ser eventualmente extirpados” (Zárate 2001, 4).

A la vez, el conocimiento detallado del cuerpo masculino como el patrón único de las condiciones físicas del ser humano fue dejando a las mujeres *como una totalidad esencial* asociada a los primeros peldaños de la escala evolutiva, asimilable por su temperamento a lo primitivo, incluso a lo infantil, y vinculada a determinados estados patológicos uterinos-mentales intensificada por las explicaciones de la anatomía¹⁸ y la fisiología¹⁹, especialmente cuando son aplicadas a los saberes de la ginecología como especialidad médica autónoma que estudia todas las especificidades del cuerpo femenino, con énfasis en los órganos sexuales y en la reproducción; en el útero y sus enfermedades, incluidas las anomalías mentales; y a los saberes de la obstetricia o tocología, como

18 Los textos referentes a anatomía se estructuran con base en la descripción detallada de tejidos, órganos, aparatos y sistemas del cuerpo. Estos hacen referencia a un cuerpo genérico representante de un ideal biológico, un estereotipo del cuerpo (todo lo que no se asemeja a este ideal representa una anomalía o patología). Usan el principio de homogenización y generalización del cuerpo usado por el conocimiento médico; según el cual, a través de un modelo claramente descrito en detalle se miden todos los otros cuerpos y se definen los estados patológicos o *anomalías fisiológicas*.

19 Las diferencias fisiológicas se explican colocando en primer lugar la descripción de los órganos del hombre (en sentido de genérico humano), para mostrar e ilustrar las diferencias de la mujer (cuerpo que rebasa la descripción genérica por las particularidades del aparato reproductivo).

especialidad nacida en estrecho vínculo con la cirugía y la práctica operatoria a fines del siglo XIX y centrada en los partos, la fecundación y la etapa de gestación.

Con estas especialidades —y al vaivén de la experimentación científica que relega el papel de la *doxa*, señalada por Alicia Puleo (2012)— “emergieron diferencias cualitativas opuestas a partir de las diferencias físicas y fisiopatológicas de los órganos sexuales masculinos y femeninos” (Jiménez y Ruiz 1999, 190-191). Además, se ampliaron los modos epistémicos de *ver a las mujeres* y los modos prácticos de percibir los servicios ofrecidos por la medicina pues “la asistencia ginecológica no solo cobra sentido como un nuevo tipo de asistencia médica; también nos habla de cambios sociales y culturales” (Zárate 2001, 6). De este modo se afianzó, paulatinamente, el proceso de construcción de *una naturaleza femenina* atada exclusivamente a explicaciones biológicas-patológicas que pueden afectar sus condiciones de cuidadora de otros, su sensibilidad, su ternura y sus dones maternales.

A la par, este camino permite identificar los saberes médicos sobre el cuerpo junto a las nociones de lo femenino, lo más frecuente por lo relativo de sus argumentos, y lo masculino, el referente normalizador universal. Asimismo, en los discursos médico-científicos especializados suelen hallarse explicaciones basadas en la inferioridad con el respaldo del conocimiento científico por “los beneficios que trajo para ellas como, asimismo, de la instrumentalización de la que fueron objeto en virtud del avance [registrado]” (Zárate 2001, 6).

En dichos saberes subyace una epistemología positivista centrada en unas nociones de naturaleza, cuerpo, mujer, feminidad, emociones y reproducción tan estrechamente vinculadas entre sí y, a la vez, bien opuestas sustantivamente a las nociones de cultura, mente, hombre, masculinidad, racionalidad y producción. Ambos extremos serían traducidos para integrar las lecciones médicas porque remiten a la forma como “los grupos sociales dominantes producen discursos que producen conocimientos (compartidos socialmente), que producen poder (naturalizando una concepción del mundo), que reproducen grupos dominantes, que reproducen discursos que reproducen poder” (Sánchez 1999, 168).

Al poner en circulación este tipo de saberes se legitima la posición hegemónica de quien conoce y el objeto que es conocido; las caracterís-

ticas del mundo natural y las del mundo social; las especificidades de las ciencias biomédicas y las concernientes a las ciencias políticas y sociales. Finalmente, la inculcación pedagógica de estos saberes a través de los textos médicos autorizados mantiene la legitimación dicotómica con sus repercusiones sexuadas y generizadas durante la formación básica y durante la preparación clínica de distintos grupos de estudiantes.

De esta clase de discursos deviene la *vulnerabilidad* de la mujer que la acompaña durante *todo* el ciclo de su vida, a diferencia de la fortaleza de los hombres, pero con una particular variabilidad: algunas veces dicha situación se asimila a la enfermedad y otras, la mayoría, a la inferioridad. Es posible afirmar que sobre la *mujer* como objeto de investigación científica, surgido por la *necesidad y el interés de descifrar la naturaleza femenina*, se han tejido relaciones de dominación a partir de los saberes organizados racionalmente y de la evidencia empírica objetivada, es decir de subtextos de género debidamente legitimados.

La legitimación de saberes

Los libros clásicos, los tratados, las enciclopedias y los textos de estudio ginecológico u obstétrico o tocológico se publican no solo para transmitir un conocimiento específico *científicamente comprobado*, sino que también se difunden para reproducir las *verdades absolutas y objetivas* sobre un fenómeno de interés. Estos no son sino los saberes y las prácticas indiscutibles sobre el cuerpo de quienes fueron convertidas en sus pacientes —las mujeres—, es decir, en objeto de estudio, de experimentación y de práctica profesional.

Como fuentes documentales que cuentan o narran los saberes sobre la mujer y lo femenino, los textos médicos contienen discursos provistos de autoridad científica e incluyen cánones culturales y morales incuestionables, junto a diversos efectos pedagógicos, didácticos e investigativos. Incluso configuran lineamientos de un nuevo orden social y político, en espera de ser consolidado con el influjo de “la difusión de las tesis de medicina y cirugía, los manuales para comadronas y las guías de parturientas, los informes estadísticos y las publicaciones generales” (Restrepo 2006, 137).

Los textos médicos fueron escritos para describir las nociones que atraviesan la categoría universal de *hombre*, en el sentido de ser humano o humanidad. De este modo, los múltiples discursos que perduran

en el tiempo histórico, en el cuerpo de la mujer, en las prácticas sociales y en los saberes médicos legitimados deben considerarse como “una práctica discursiva institucional [...] que permiten pensar los procesos discursivos en su globalidad” (Sánchez 1999, 166). Así mantienen un régimen de poder y apoyan la idea de científicidad que enarbolan los médicos obstetras o tocólogos en relación con la “responsabilidad especial ante el pueblo [...] [con] la posesión de sólidos conocimientos científicos y una esperada educación tocológica, [que] les permitirá prestar a la mujer los cuidados más convenientes” (Jaschke 1941, 2).

La medicalización²⁰ de la mujer —o acto de convertir los asuntos biológicos, morales y sociales en patologías propias de la mujer— aparece y se mantiene en los textos para garantizar la *sana reproducción* de la población: “no se puede llamar al parto una función normal; es una situación anormal del cuerpo; está en la frontera entre la normalidad y la anormalidad” (De Lee 1945, xvi). La idea de “mantener este *orden natural*, que se traduce en un *orden social*” (García y Jiménez 2012, 4), quedó arraigada en la institucionalización del deber ser de las mujeres y fue reforzada ideológicamente a través de las tradiciones, los argumentos científicos y las estadísticas que dan cuenta de la población de cada nación. A lo anterior se suma el énfasis en los datos objetivos: “las estadísticas de los manicomios indican una proporción de 10 a 18% de mujeres internadas durante este período [la gestación] (por causas fisiopatológicas o hereditarias)” (De Lee 1945, xvi).

De ahí dimana parte de la justificación para usar unos saberes especialmente orientados a “resolver sin perjuicio para ella [la mujer], ni para el fruto de la concepción, los peligros inherentes a estos estados” (Jaschke 1941, 2), que, al mismo tiempo, demeritan los saberes ancestrales de las comadronas, parteras o compañeras de parto. Para ello, los hombres gestores hacen uso de recursos de poder como especialistas que ejercen su actividad a nombre de *la dignidad de una gran ciencia*, la obstetricia o tocología, que se incorpora en las instituciones hospitalarias para responder a los desafíos de *la índole patológica de*

²⁰ Es decir “el proceso de carácter cada vez más global, en el cual la biomedicina ha conseguido la autoridad para redefinir y tratar un panorama de eventos de la vida personal y de carácter social como problemas médicos para, en definitiva, usurpar el dominio sobre el cuerpo [...]” (Ignaciuk 2009, 7).

esta función, la reproducción humana (embarazo, parto y puerperio), esperando que “espontáneamente se desvanezca ese anacronismo: la comadrona” (De Lee 1945, 1).

De esta manera, emerge una forma de desconocer que históricamente estos saberes “se habían considerado del dominio exclusivo de las mujeres” (Restrepo 2006, 136) para pasar a integrar la oferta disponible en las instituciones hospitalarias y dispensada por médicos hombres. En este proceso de institucionalización (Ignaciuk 2009, 7) se fue produciendo

la trasferencia de poder de las matronas hacia los cirujanos y médicos varones, practicantes de la medicina oficial. En relativamente poco tiempo las matronas dejaron de tener un privilegio de asistir al parto y atender a las mujeres en el embarazo y el post-parto de manera autónoma, y se convirtieron en asistentes a disposición de los cirujanos varones, cuya ventaja técnica sobre ellas era el hecho de poseer un título.

Con base en la reiterada asociación entre la mujer, el aparato reproductor y el útero han sido divulgadas las prácticas discursivas *inherentes* a la vulnerabilidad de la mujer y *encarnadas* en forma de patología uterina. Así se constituye y se expresa un conjunto de particularidades mantenidas por los psiquiatras y los ginecólogos, experimentadas por las mujeres y analizadas por las estudiosas feministas. Si consideramos la ginecología como una especialidad centrada en los cuerpos de mujer, es innegable que sus análisis históricos dan cuenta de cientos de presunciones sobre la mujer y lo femenino, sabiendo que “mientras se creyera que órganos como la matriz o los ovarios tenían el poder de definir el ‘carácter moral’ de las mujeres, esta especialidad estuvo, en buena parte, al servicio de esa presunción de género” (Zárate 2001, 29).

Con otras palabras, dichas prácticas discursivas hacen parte del proceso formativo propio de la medicina, evocando innumerables juicios biológicos, organicistas y darwinistas, reafirmados por los dictámenes científicos, que sirven para rubricar los signos de la categoría mujer en el sentido de los saberes *uterocentristas* de corte aristotélico-galénico-escolástico. De los textos médicos emergen subtextos de género y nación basados en distintos regímenes de verdad e instituidos por la *autoridad del experto* para legitimar sus supuestos ideológicos:

misoginia, androcentrismo, sexismo, junto a otras modalidades de estereotipos o simbolismos de género. Estos subtextos anclados en los saberes biológicos cumplen una función educativa en las aulas, despliegan su función moralizante en la consulta y “configuran esquemas muy arraigados en la mente de cada generación médica, operando cual prejuicios; *prejuicios* en el sentido nato de formas económicas del pensamiento” (Miqueo, 2005).

LA BIOLOGÍA: DETERMINANTE DEL DEBER SER

Más allá de la legitimación que tomaron los saberes en ginecología y obstetricia o tocología, circula la representación social de la mujer *marcada biológicamente*. Estas marcas —que se deben a su función reproductiva, sus órganos sexuales, y los procesos fisiológicos de parto, posparto o climaterio— se convirtieron en una cuestión de exaltación de los saberes que remite a los discursos de fin de curso. Según (Cervantes 2004, 124):

El estudio de la obstetricia comprende, señores, desde los primeros fenómenos de la gestación, hasta la terminación de la lactancia; i abraza por consiguiente, todos los accidentes relativos a la primera, todos los cuidados del parto, así como todas las afecciones i desórdenes que sobrevienen después de él; siendo su complemento preciso cuidar de lo que exige el niño desde que nace hasta el destete; pues no basta atender a su vida i salud actual sinó que debe prevenir los vicios i enfermedades que mas tarde puedan desarrollarse [sic].

De este modo, la sociedad habilitaba *al médico* para que, con sus saberes, decidiera como actuar sobre la enfermedad de las mujeres, mientras ellas debían percibir el sentido de la autoridad de quien se especializa en ginecología u obstetricia o tocología para que, con sus saberes, adoptase las más diversas decisiones en relación con sus cuerpos y sus vidas. Así fueron conformándose redes de poder que abarcan lo femenino, la feminidad y sus expresiones físicas y mentales. Esas redes de poder usan, por supuesto, las teorías científicas y los modelos médicos acerca de las *enfermedades propias* de las mujeres.

Mediante la conexión fisiológica entre los órganos reproductores y el sistema nervioso —además de vincular de manera inseparable la

fisiología y la patología, la normalidad y la anormalidad, la naturaleza y la enfermedad— se ha mantenido el distanciamiento entre la *doxa* y la *episteme*, es decir, entre las experiencias de las mujeres y la autoridad de los saberes médicos. Con los discursos médicos hegémónicos —siguiendo los análisis feministas y de género de autoras como Oliva López Sánchez (1998), Mari Luz Esteban (2006), Isabel Jiménez Lucena y María José Ruiz Somavilla (1999), Consuelo Miqueo (2005) o Dolores Sánchez (1999)— no solamente se marca la autoridad frente a las *condiciones de fragilidad* de las mujeres sino que se inscriben distintos subtextos de género, arraigados en los imaginarios sociales *mujer-madre*, *mujer-sexo* y *mujer-enferma* que expresan el poder social ejercido en función de sus saberes, con sus sustratos económicos, políticos, religiosos e ideológicos.

El destino reproductivo

En los textos de ginecología, obstetricia o tocología, lo femenino circula en términos biológicos y se halla estrechamente relacionado con el ciclo menstrual de la mujer o con la capacidad reproductiva, desde la primera menstruación hasta la menopausia. Estos momentos reciben el nombre de “periodos de vida de la mujer” (Curtis 1946 [1933], 96), limitando el uso del sustantivo *mujer*²¹ y su condición femenina, o feminidad, a las circunstancias fisiológicas de su vida reproductiva y estableciendo las consabidas asociaciones para mostrar que “muchos fenómenos patológicos físicos y mentales tienen su origen en el período de gestación y deben tener observación psiquiátrica en una clínica [por cuanto] no es rara la demencia en el puerperio y en la lactancia” (De Lee 1945, xvi). A la vez, el hecho de describir a la reproducción humana en términos biológicos, constituye una operación de exclusión de los componentes sociales o emocionales inherentes a estas experiencias biológicas, hasta convertirlos en asuntos de los cuales *no se habla* en el sistema sanitario.

²¹ “El ser mujer es una condición *premórbida* de la que es prácticamente imposible sustraerse; sin embargo la manifestación del proceso mórbido puede evitarse a través de la educación moral temprana de las niñas y del aprendizaje de los roles sociales para los que está físicamente más apta” (Araya 2006, conclusiones).

Con la asociación entre reproducción y feminidad comenzaron a usarse los términos feminización, desfeminización o refeminización para hacer referencia a los momentos o procesos de pérdida de la *naturaleza femenina*, a la aparición de su capacidad reproductiva o a la reaparición de características biológicas y funcionales que identifican a *una mujer como mujer*. También ocurre lo contrario: se califica a una mujer como menos femenina por la llegada de la menopausia, catalogada como un hecho biológico de *profunda* pérdida. Cuando la mujer se aparta de sus funciones familiares y sociales por una decisión individual, se señala la vivencia de un proceso de desfemenización.

El sentido subyacente en estas palabras o enunciados, además de delimitar la potencialidad de la reproducción, provoca el extrañamiento fisiológico y el desarraigo corporal de las mujeres con sus propios asuntos vitales, mientras sus subjetividades quedan invadidas por los efectos de la patología y de la medicalización. Se trata de un ejercicio explícito y directo de los influjos del poder y “denotan el saber más básico o fundamental y menos discutido y actualizado, pero más influyente desde el punto de vista cultural” (Miqueo 2005): el poder del saber médico o medicalización de la vida, otra forma de acción para imponer el control social de los cuerpos avalado por el peso de la normalización.

Desde estas fronteras biológicas inamovibles, la reproducción y la maternidad (el instinto o sentido maternal) aparecen en su condición de funciones *específicas y egregias* de la mujer y “conforman lo inconsciente de las decisiones cotidianas del futuro médico o médica” (Miqueo 2005). En este contexto, la infertilidad se convierte en una *anomalía biológica* contraria a la naturaleza femenina que afecta a la mujer como mujer en sí misma, pues la imposibilidad de ejercer el sentido maternal se traduce en “un signo de desfeminización” (Calatroni 1946, 163); una situación muy negativa con el rechazo o la negativa consciente de la mujer a tener relaciones sexuales *en el matrimonio porque no quiere tener hijos* o cuando “[el embarazo] para algunas se convierte en una verdadera tragedia” (De Lee 1945, 738).

Del mismo modo, las explicaciones médicas basadas en la endocrinología establecen que la función reproductiva de la mujer está íntimamente ligada a las características psíquicas femeninas o a los estados mórbidos que generan dificultades para la gravidez. Por esto

“frente a una estéril el médico debe poner a prueba sus conocimientos, su sagacidad y su espíritu crítico para desentrañar la causa que impide a esa mujer ejercer la excelsa función de la maternidad” (Calatroni 1946, 1008). La ginecología contempla con frecuencia las nociones de un temperamento emocional y psicológico asociado a la fisiología de la mujer y considera de *suma* importancia las situaciones vividas por esta a causa de lo que le pasa al útero. Son particularmente trascendentales los ciclos menstruales, por la frecuencia, o los embarazos, pero también lo son la *pérdida* de la feminidad por la culminación de la vida reproductiva, las neurosis y las causas de la esterilidad. Al respecto emergen dos explicaciones para contener las vivencias de las mujeres con los saberes expertos.

Por un lado, estos saberes van a controlar los efectos corporales producidos por los padecimientos sistemáticos dado que “tres cuartas partes de su vida se la pasan enfermas: cada 28 días a causa de la menstruación, luego en cada embarazo, más tarde durante el puerperio y finalmente en la menopausia” (López Sánchez 2007). Por otro, el *estado* de esterilidad de la mujer pasa a convertirse en causa inexorable de ciertas condiciones neuróticas, concurre como *la causa de un estado mental particular* y provoca un enorme impacto psicológico, ya que: “muchas mujeres neuróticas, especialmente del tipo neurasténico, lo son por ese motivo, porque deben sofocar un anhelo tan legítimo y porque les mortifica la conciencia de su inferioridad, de su impotencia” (Calatroni 1946, 1121).

Sin duda, esta clase de subtextos de género han ido quedando arraigados en la mente de quien es aprendiz o practicante de la medicina y se van desplegando en la consulta cotidiana sabiendo que “el objeto del ciclo sexual es preparar a la mujer para que cumpla su función específica: la reproducción” (Calatroni 1946, 14). A su vez, a través de estos subtextos se inculcan “actitudes, ideologías, valores, diferenciaciones y discriminaciones, en este caso frente al cuerpo femenino como su objeto de estudio” (Morales y Rincón, 2007), los cuales se reproducen con los discursos acerca de la sexualidad o en torno a las consecuencias del estado de embarazo puesto que las reacciones indican su sufrimiento o su temor: “unas sufren la obsesión de que van a morir, otras temen que dejarán de ser atractivas para su esposo” (De Lee 1945, 738).

La sexualidad prescrita

Los textos parten de una sexualidad única, *normal*, la heterosexualidad; es decir, la manifestación erótica entre un hombre y una mujer que se exemplifica, en todos los casos, refiriéndose a mujeres debidamente casadas y considerando que “la libido normal es la inclinación sexual cuyo destino y objeto es definido y heterosexual” (Calatroni 1946, 1114). A través de esta postura, se sostiene que la conservación de la especie y de la nación depende mucho más de *la procreación dentro del matrimonio* que de una buena salud de las mujeres.

En una relación heterosexual, el escaso, poco o menor deseo sexual de las mujeres, además de ser un acontecimiento *muy natural*, constituye un elemento definitorio de sus propias acciones en concordancia con la moral y las sanas costumbres, vigiladas, entre otros mecanismos, por la Iglesia o por el Código Civil. De esta manera, “la frecuencia del coito depende totalmente del impulso sexual del varón, y en ello hay amplias divergencias dentro de la normalidad —desde dos a tres veces en las 24 horas para los recién casados, hasta una o dos veces por semana—” (Novak 1970).

Por consiguiente, este tema se incorpora en la formación médica sin traspasar los límites biológicos pero con claros visos de subordinación. En algunos casos se centra en cómo las mujeres deben adaptarse al comportamiento sexual de sus maridos porque “el hombre puede, en cambio, prescindir de todo ello [el cortejo], lo que no significa que prefiera el acto descarnado y crudo” (Calatroni 1946, 1116). Para ello, “hay que aconsejar a la mujer que sea el ritmo del marido el que establezca los hábitos matrimoniales, para que se esfuerce en adaptarse a él” (Novak 1970).

La anatomía, el eros y el amor romántico aparecen y se mantienen de modo sesgado, sexista y generizado en dichas premisas. En el argumento inscrito en el discurso médico, es observable que “el coito menos de una vez por semana en una pareja de recién casados puede simplemente reflejar una personalidad apática” (Novak 1970). En cuanto a las razones que determinan el escaso interés sexual de las mujeres se encuentran las motivaciones anatómicas, fisiológicas, erógenas, psíquicas, contextuales o de oportunidad, las cuales pueden estar relacionadas con “el desarrollo menor de su aparato eréctil; la difusión mayor de las zonas erógenas, que no se polarizan como en el hombre;

una intervención más importante de la libido, esto es, de los requisitos psíquicos del amor, la adhesión y la ternura” (Calatroni 1946, 1116).

Los textos médicos se detienen en las características biológicas cercanas a una sexualidad poco importante en sí misma para la vida de las mujeres, hasta el punto de que la consulta médica se puede posponer: “si después de meses o años comprueba que esto no es posible [la adaptación], debe consultar a su médico tan pronto como se percata de que se plantea un verdadero problema” (Novak 1970). No obstante estas argumentaciones, se observa que entre las explicaciones de las páginas sobre sexualidad se aconseja que “el cortejo es imprescindible para obtener una respuesta de la intimidad profunda de su ser” (Calatroni 1946, 1116).

Para sintetizar, diremos que esta clase de prácticas académicas están fuertemente arraigadas en los procesos de organización de las instituciones sanitarias, de la profesión de medicina y de sus especialidades.

LOS DÉBITOS: SALVAGUARDAR LA POBLACIÓN NACIONAL

La idea de salvaguardar la vida de la población nacional es un discurso reiterado en los textos médicos que evoca dos premisas: una remite al *mantenimiento de la nación*, mientras la otra se centra en el *papel del Estado*. En este contexto, según Encarnación Bernal y María Luisa Calero (2013, 2):

Hay que incluir los conceptos emitidos por los profesionales de la medicina que, como “hombres de ciencia”, se vieron legitimados para participar en los debates y formular argumentos sobre las mujeres. Estos llegaron a configurar una verdadera “trama” que utilizaba el saber como evidencia y no en extrañas ocasiones los preceptos higiénicos²² como plataforma.

²² “La cátedra de Higiene de la Universidad Nacional nació, vinculada a un discurso moral, a la ideología sobre degeneración de las razas y a los conocimientos estadísticos modernos. Su desarrollo tuvo lugar en una época de grandes transformaciones de los conocimientos médicos, mientras el país vivía inmerso en guerras civiles, sufría una gran pobreza y tenía una situación sanitaria patética” (Sotomayor 2004, 52).

Con dicha idea, todos los ámbitos de la vida de la mujer quedaron impregnados por un conjunto de símbolos maternales cristalizados en una noción de lo femenino que opaca, deja invisibles u oculta los procesos sociales subyacentes en las ideologías de mujer-madre, mujer-sexo, mujer-enferma. Por eso mismo, el análisis de la literatura médica sobre la mujer y lo femenino ha abarcado (Bernal y Calero 2013, 2):

Las incalculables reflexiones, discursos, conferencias y todo tipo de publicaciones que se difundieron durante el siglo xix y principios del siglo xx [...]. Ser médico y conoedor del cuerpo y la mente y supuestamente de opiniones o propuestas asépticas, facilitó que las ideas tuvieran una mayor permeabilidad en la base del pensamiento social y favoreció la consolidación y continuidad de las normas establecidas.

Como consecuencia, el ideal de nación quedó arraigado en un orden nacional caracterizado por la homogeneidad cultural, la uniformidad de la familia nuclear, la heteronormatividad entre las parejas y la maternidad como el destino para sus ciudadanas. Ese orden nacional, además, quedó arraigado a la idea de un Estado interventor que despliega sus fuerzas para asegurar la reproducción de la población mediante una serie de esquemas normativos. Estos esquemas defienden la centralidad de la maternidad resguardada por la ideología del amor romántico y normalizan la vida de las mujeres como seres maternales en torno a *los hijos* como integrantes de la población nacional.

La conservación de la nación

Los hallazgos de los análisis emprendidos revelan que con los textos médicos el estudiantado aprende saberes médicos especializados (Munévar et ál. 2011) y, a la vez, asumen el particular sentido de ciertos subtextos en función de que “una nación solo puede conservar la categoría de potencia si, incesantemente de la gran corriente de nuevas vidas que brotan de continuo, nacen seres privilegiados, los dirigentes, que, destacándose de la masa anónima, conducen a su pueblo por los senderos de un bienestar mejor” (Jaschke 1941, 1).

A través de los supuestos científicos aceptados y sustentados por la biología como determinante del *deber ser* en la sociedad, se vincula a la mujer con la nación por su responsabilidad en la reproducción de

la población en medio de otras ideologías poblacionales en boga, por ejemplo el mestizaje²³ o la eugenesia²⁴. A partir de la reproducción, o en torno a la maternidad, se tejen los alcances de la obstetricia o tocología en correspondencia con la población, ya que esta es una “vasta ciencia que proporciona los fundamentos de la actuación del médico en todo cuanto se relaciona con los procesos de generación [de la especie humana]” (Jaschke 1941, 1).

En este tipo de contexto se reproducen los saberes médicos sobre el cuerpo desligado de las variaciones conceptuales en tanto que “la ginecología y la tocología, son formas productivas de un poder modelador que tiene como finalidad asegurar la salvación individual y colectiva de los ciudadanos desde antes de su concepción y durante toda su existencia” (Restrepo 2006, 136). Esta premisa tiene sus efectos en la vida nacional y “se manifiesta en una mayor longevidad de los pueblos” (Jaschke 1941, 1).

Por la *naturaleza física, social y moral de la mujer* es obligatorio identificar si ella está en condiciones de concebir, es indispensable prevenir posibles patologías propias del aparato reproductor y, de manera paralela, es determinante asegurar una clase de *riqueza* a su alcance con el incremento de la población sana o al menos de mantener sus mejores condiciones de salud, porque así se “evitará que el valioso patrimonio que lleva en su seno la mujer, sea expulsado prematuramente a causa de faltas y daños evitables” (Jaschke 1941, 2). Estas son las bases de la consulta premarital o espacio organizado para que se instruya a las mujeres en el inicio de su vida sexual, en el uso de prácticas de higiene y en la debida preparación para la maternidad.

²³ “El mestizaje como ideología implica la consolidación de una masa homogénea para perpetuar las relaciones de poder ancladas en la ausencia de un discurso diferenciado, con un único referente dominante: el blanco que se impone como referente occidental y el mestizo que se propone como modelo de ciudadano a seguir, dejando a las demás identidades en el ámbito de las ausencias” (Munévar y Mena 2013, 72).

²⁴ El movimiento eugenésico promovió la adopción de políticas públicas que aseguraran la transferencia de las características poblacionales deseables y evitaran los rasgos poblacionales indeseables; sus proponentes, con una perspectiva dicotómica, intensificaron la intervención directa para modificar el proceso de evolución de las especies.

La misión médica de preservar la vida ha pasado por la regulación de la sexualidad, el control sociomoral, la vigilancia de toda clase de comportamientos individuales y la intervención en materia conyugal²⁵. Es esta una meta que requiere enormemente de “la guía moral del médico” (López Sánchez 2007), sobre todo para evitar la mortalidad porque “la disminución de los nacimientos significa para un pueblo, una mengua de la calidad [...]; el porvenir de un pueblo depende de manera decisiva del aumento de la población” (Jaschke 1941, 1).

En este sentido, el personal médico respaldado por el juramento hipocrático, por los saberes científicos y por la doctrina religiosa profesada, ha de asumir la posición clara de su responsabilidad ética y moral de preservar la vida desde el primer momento de la concepción, incluso desde antes si se tienen en cuenta el control social y la vigilancia cultural de que son objeto las mujeres. De esta manera se garantiza médicaamente la misión materna de la mujer en el seno de una familia legítimamente constituida.

La preservación de la familia

En los textos se encuentran discursos enmarcados en la moral religiosa y en las buenas costumbres porque señalan la presencia de embarazos, la reproducción y los comportamientos adecuados de mujeres debidamente casadas, lo mismo que en escenarios donde hijas e hijos nacen en un hogar con padre y madre cobijados por la legitimidad del matrimonio y por las condiciones de bienestar común, aunque se filtren algunas variantes que evocan cuestiones de inequidad por clase social, raza-eticidad, sexualidad o por criterios eugenésicos y de normalización.

Los textos de ginecología hacen énfasis en el papel de educador que tiene *el médico* en sí mismo por la autoridad científica que encarna en la sociedad, al igual que en la función educativa especial que ha de cumplir con respecto a las *responsabilidades* propias de la mujer. Los textos de obstetricia o tocología exponen en prólogos e introducciones,

²⁵ “Una mujer también niña, infantil, necesitada de un padre o un marido que la tutelase, una mujer no ciudadana e inmadura de acuerdo con un modelo que se mantuvo durante todo el xix y comienzos del xx” (Ortiz 2002, 35).

pero también en apartados o secciones específicas, criterios o consejos para la formación médica en asuntos necesarios y útiles a la *paciente*, sobre todo sabiendo que “la obstetricia es un arte severo y una ciencia de la mayor dignidad” (De Lee 1945, 737): es la actividad profesional indicada para educar a las mujeres en asuntos relativos a la maternidad y es el medio para aprender a comportarse como esposa dispuesta a responder a la sexualidad de su marido.

De manera específica, los textos aleccionan para tratar tanto casos referentes a condiciones emocionales o psicológicas, casos particulares de embarazos o casos de trastornos sexuales, como asuntos propios del ciclo menstrual y también de los cambios biológicos asociados a la pubertad y al envejecimiento. Considerando que la menarquía y la menopausia *son* dos momentos *vitales* de la mujer que señalan el *comienzo* y la *pérdida* de su feminidad, a la medicina le corresponde un papel educativo que se intensifica con la ginecología y la obstetricia. Esto se justifica porque para ella “no pueden aplicarse arbitrariamente las normas que rigen para el varón. Estos temas y cuantos se refieren a la posición de la mujer dentro de la colectividad humana requieren estudio particular” (Conill 1946).

Como consecuencia de estos regímenes, los sustratos simbólicos del imaginario social construido sobre lo femenino fueron quedando encerrados en los vínculos *mujer-útero*²⁶ para garantizar el cumplimiento de una función social muy concreta (López Sánchez 2007): la conservación de la población. La mujer, predestinada por su constitución biológica, está vigilada por la ideología del instinto materno o por la retórica de la maternidad. Sus responsabilidades se sostienen con “el fuerte vínculo ideológico entre las mujeres y la maternidad, la ciudadanía de las mujeres y la reproducción como una contribución al cuerpo de la nación” (Ignaciuk 2009, 7), labores que le exigen la realización de responsabilidades vitales.

²⁶ “El útero fue el órgano que marcó la primera forma de diferencia; un órgano que ya no era el equivalente al miembro viril, sino otro específico que existía sólo en el cuerpo de la mujer, que se definió como diferente a cualquier otro del cuerpo humano y que sirvió para ensalzar la reproducción y para centrar el interés científico-médico por el parto dentro de un contexto social de auge de las ideas mercantilistas y las políticas demográficas” (Ortiz 2002, 35).

La protección de la vida

Si bien los textos no dedican sus argumentos a la protección de la vida de manera directa, en los modos discursivos en que se incorpora el aborto aparecen sus huellas. Se destaca alguna discusión entre médicos y gobiernos matizada por la autoridad científica y la moralidad pero, también, por los debates acerca del comienzo de la vida, sus nexos con la criminalidad y sus implicaciones en el ámbito del derecho penal. Los textos se refieren a la integridad sagrada de la vida humana definiendo las diferencias existentes entre el aborto biológico y el aborto inducido.

Sus páginas suelen advertir con firmeza que las particularidades de esta diferenciación han de ser tenidas en cuenta al momento de hacer un interrogatorio a la mujer *digna*. Por eso, cuando sea indispensable incluir en la consulta este tema tan difícil para la moral colectiva, es preciso hacerlo con prudencia para no ofender a la mujer consultante porque “si el médico pregunta a una mujer intachable si ha tenido algún aborto, esta puede llegar a indignarse” (Beck 1947, 431). Los autores señalan que el aborto es el causante directo de otros males (identificados e indefinidos) padecidos por las mujeres tales como “modificaciones del carácter, histeria, pérdida del sentido maternal que es un signo de desfeminización, pérdida de la libido, etc.” (Calatroni 1946, 163).

Con la autoridad de sus autores, se exponen datos para oponerse a las prácticas abortivas²⁷ afirmando que *el médico* ha de reconocer “laantidad de la vida, luchando vigorosamente contra la epidemia de abortos provocados” (Jaschke 1941, 2). El aborto provocado es un crimen y constituye un acto criminal punible, por eso “se puede hacer referencia a un posible *miscarriage*, sin ofensa, debido a que esta expresión implica, en la mente de la mayoría de las mujeres, una interrupción espontánea del embarazo, no inducida criminalmente” (Beck 1947, 431).

En este terreno, el énfasis se hace en la necesidad de tener clara la diferencia entre lo criminal y lo espontáneo, entre lo social y lo bio-

²⁷ “En Estados Unidos, a finales del siglo xix, la profesión médica se oponía al aborto y a la anticoncepción, involucrándose en la criminalización de dichas prácticas, precisamente con el objetivo de consolidar su posición y definidamente excluir a las matronas y practicantes de medicina popular del servicio médico en atención al embarazo y parto” (Solinger 2001 en Ignaciuk 2009, 8).

lógico, para insistir en que una práctica hospitalaria adecuada ha de considerar la connotación que tiene la expresión calificada de *abortion criminal*. Esta expresión “a menudo se reduce a la sola palabra aborto, [por eso] la mayoría de las mujeres considera inherente a este término la idea de un gran oprobio” (Beck 1947, 431), y esta es una situación que se debe evitar en la consulta con el fin de no *deshonrar* a la paciente durante el interrogatorio.

De forma ingeniosa, a medida que el Estado estructura sus políticas nacionalistas, se reproduce la colonización de los cuerpos de las mujeres y se incrementa el control poblacional, una realidad que exige estar alertas ante “el papel sutil y muchas veces inconsciente, desempeñado por nuestros cuerpos en la simbolización y reproducción del género” (Bordo 1997, 22). Si los valores y las concepciones sobre la mujer y lo femenino son definidos por los saberes médicos especializados que contienen los textos, los libros de ginecología y obstetricia o tocología constituyen un instrumento de producción y reproducción de subtextos de género y nación.

AVANZANDO: LA LÍNEA DE TRABAJO REFLEXIVO

Con la relectura emprendida se encuentra la delimitación de subtextos de género y nación que ocupan líneas, párrafos o páginas en los prólogos e introducciones y apartados específicos de los libros. Mientras que con la escritura entrelazada por datos provenientes de fuentes médicas (autorizadas), documentos de archivo histórico (acervo universitario) y narrativas de analistas críticas (autoras citadas), se concreta la relevancia de los argumentos expresados y conocidos “por una figura femenina y otra masculina [una oposición que] nos parecía totalmente irrelevante” (Puleo 2012). Por lo pronto, las distintas conexiones estructuradas evocan una noción de mujer objetivada mediante dicotomías que, aunque atada a una suma de carencias, no la *eximen* de sus responsabilidades históricas con la nación.

Aun cuando los textos presentan descripciones y postulados encauzados a diferenciar, de manera *técnica* y *objetiva*, lo femenino de lo masculino desde parámetros fisiológicos y anatómicos relativos al cuerpo humano y sus componentes, sus páginas están surcadas por argumentos religiosos y filosóficos que —junto al pensamiento positivista, a los principios eugenésicos o a la teoría darwinista— dan cuenta de

los esfuerzos científicos para mantener los vínculos inseparables entre las funciones específicas de las mujeres, sus órganos reproductores, la posición que ocupan en la nación y las prácticas sociales generizadas y desiguales recreadas en la academia.

Así mismo, los saberes especializados operan entre pares profesionales pero también circulan entre estudiantes a través del discurso escrito y oral y con las interacciones cotidianas entre pacientes. Son realidades que exigen profundos análisis críticos para indagar y hacer aproximaciones a los fundamentos ideológicos y a los cimientos sociales naturalizados mediante discursos hegemónicos que esperan ser descifrados. Sus basamentos no solamente remiten a *la equipotencia analítica de la teoría feminista* sino que también develan las estructuras de dominación inscritas en los subtextos de género y nación.

La interrelación entre los saberes explícitos e implícitos traspasa los espacios académicos para ser difundidos socialmente y para acentuar su arraigo en la cultura. Sin duda, es menester ahondar en los saberes explorados para indagar la forma en que continúan contribuyendo a reproducir el sistema patriarcal y siguen imponiendo límites al ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos demandados por las mujeres en la segunda mitad del siglo xx. Además se valen, entre otras posibilidades discursivas, de los medios masivos de comunicación para subsistir en medio de la sutileza simbólica: “a las que son madres se les muestra siempre sonrientes, pacientes, afectuosas, tolerantes, ocultando el agotamiento físico y psíquico que conlleva el cuidado de las y los integrantes de las familias, así como las tareas de la casa” (Inmujeres 2010, 14).

Si se develan otros subtextos y se comprenden sus sentidos como parte de los saberes médicos, de las políticas sanitarias y de los servicios de la profesión médica, principalmente, será posible identificar los trasfondos históricos de los discursos científicos y, como consecuencia, se intensificará la relectura política de textos médicos diseñados para la enseñanza de saberes reconocidos y menos reconocidos en el campo de la salud plena de la diversidad de mujeres, jóvenes, niñas y mayores.

La línea de reflexión trazada en las páginas precedentes, aunque delimitada por el dominio específico derivado de las fuentes elegidas, indica la manera como pueden entrelazarse los discursos contrahegemónicos, a partir de *lo no dicho* en textos médicos, para garantizar

la comprensión de los contenidos manifiestos en saberes legitimados y para no volver *a caer en el pozo*, es decir, para expandir el sentido crítico del epígrafe con el que se inicia este artículo.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Agudelo, Catherín. 2011. "La mujer y lo femenino en textos de enseñanza médica en la primera mitad del siglo xx". Ficha técnica de la investigación. Documento de trabajo en el marco del proyecto "Desensamblando saberes médicos. Sección Producción y control del cuerpo". Munévar, Dora Inés, Catherín Agudelo, Martha Torres Baquero y Myriam Morales Caro. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia.
- Araya, Claudia. 2006. "La construcción de una imagen femenina a través del discurso médico ilustrado. Chile en el siglo XIX". *Historia* 39 (1): 5-22.
- Beck, Alfred C. 1947 [1935]. *Práctica de obstetricia*. Traducido de la cuarta edición por Alfonso Álvarez Bravo. México: La Prensa Médica Mexicana.
- Bernal, Encarnación y María Luisa Calero. 2013. "El discurso higiénico como argumento moralizante de la mujer: 'La Higiene del Bello Sexo' de Ramón Hernández Poggio (1847)". *Asclepio* 65 (1). Consultado el 21 de abril de 2013 en <http://dx.doi.org/10.3989/asclepio.2013.09>.
- Bordo, Susan. 1997. "O corpo e a reprodução da feminidade: uma apropriação feminista de Foucault". En *Género, corpo, conhecimento*, editado por Alison M. Jaggar y Susan Bordo, 19-41. Rio de Janeiro: Record/Rosa dos Tempos.
- Calatroni, Carlos J. 1946. *Terapéutica ginecológica*. Buenos Aires: El Ateneo.
- Cervantes, Leopoldo. 2004 [1874]. "Discurso Reglamentario para la Clase de Obstetricia". En *Universidad Nacional en el Siglo XIX. Documentos para su historia. Escuela de Medicina*, compilado por Stella Restrepo, 123-128. Bogotá: Facultad de Ciencias Humanas/UN/ Colección CES.
- Conill, Víctor. 1946. *Tratado de ginecología y de técnica terapéutica ginecológica*. Barcelona: Ed. Labor.
- Curtis, A. H. 1946 [1933]. *Ginecología*. Buenos Aires: Salvat editores, S.A.
- De Lee, Joseph B. 1945 [1913]. *Principios y prácticas de obstetricia*. México: Uteha.
- Eslava, Juan Carlos. 2004. "La Escuela de Medicina de la Universidad Nacional: el surgimiento de la Escuela Anatomoclínica". En *Universidad Nacional en el Siglo XIX. Documentos para su historia. Escuela de Medicina*, compilado por Stella Restrepo, 9-18. Bogotá: Facultad de Ciencias Humanas UN/Colección CES.
- Esteban, Mari Luz. 2006. "El estudio de la salud y el género: las ventajas de un enfoque antropológico y feminista". *Salud colectiva* 2 (1): ene-abr.

- Consultado el 6 de junio de 2010 en http://www.scielo.org.ar/scielo.php?pid=S1851-82652006000100002&script=sci_arttext.
- García, Celia e Isabel Jiménez. 2012. “La historia de la ciencia y la psiquiatría como herramientas para la reflexión sobre género y medicina en el presente. Innovaciones científicas: la integración de la perspectiva de género”. Conferencia final del estudio “La dimensión de género en los contenidos de la investigación científico-técnica”, Madrid, Marzo 29-30. Consultado el 20 de septiembre de 2012 en http://generoyciencia.org/wp-content/uploads/2012/03/S1_garcia-diaz-y-jimenez-lucena.pdf.
- González, Nohemí. 2012. “La narración y situación de la categoría de identidad: la estrategia ideológica de Seyla Benhabib”. *Psicogente* 15 (27): 207-220.
- Güezmes, Ana. 2004. “Una visión feminista del derecho, la ética y el poder en el uso de las tecnologías reproductivas. Programa de Estudios de Género de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos”. Documento presentado en la Campaña por la convención de los derechos sexuales y los derechos reproductivos. Seminario Prostitución/Trabajadoras del Sexo, Nuevas Tecnologías Reproductivas, Transgeneridades. Un debate a partir de los Derechos Sexuales y los Derechos Reproductivos, São Paulo, Brasil, noviembre 7-9.
- Hernández, Mario. 2004. “La Facultad de Medicina y Ciencias Naturales en los primeros años de la Regeneración: 1885-1899”. En *Universidad Nacional en el Siglo XIX. Documentos para su historia. Escuela de Medicina*, compilado por Stella Restrepo, 65-81. Bogotá: Facultad de Ciencias Humanas UN/ Colección CES.
- Inmujeres. 2010. “¿Qué onda con el género? Instituto de las Mujeres de la Ciudad de México. Gobierno de la Ciudad de México”. Consultado el 1 de julio de 2011 en <http://www.inmujeres.df.gob.mx/work/sites/inmujeres/resources/LocalContent/473/5/QueondaconelGenero.pdf>.
- Ignaciuk, Agata. 2009. “Anticoncepción y aborto: una propuesta de análisis desde los estudios de género”. *Eä* 1 (2). Consultado el 6 de junio de 2011 en <http://www.ea-journal.com/art1.2/Anticoncepcion-aborto-analisis-desde-los-estudios-de-genero.pdf>.
- Jaschke, Rudolf Theodor Edler von. 1941 [1918]. *Ginecología*. Traducción de la 26.^a edición alemana por el Dr. Emilio Gil Vernet. Barcelona: Miguel Servet.
- Jiménez, Isabel y María José Ruiz. 1999. “La política de género y la psiquiatría española de principios del siglo xx”. En *Interacciones ciencia y género*,

- editado por María José Barral, Carmen Magallón, Consuelo Miqueo y Dolores Sánchez, 184-206. Barcelona: Icaria.
- López Sánchez, Oliva. 1998. *Enfermas, mentirosas y temperamentales. La concepción médica del cuerpo femenino durante la segunda mitad del siglo XIX en México*. México: CEAPAC/Plaza y Valdés.
- López Sánchez, Oliva. 2007. “De la costilla de Adán al útero de Eva. El cuerpo femenino en el imaginario médico y social del siglo XIX”. México: Universidad Nacional Autónoma de México, Facultad de Estudios Superiores Iztacala. Consultado el 1 de junio de 2011 en http://www.pensamientocritico.cl/index.php?option=com_content&view=article&id=77:enfermedades-de-mujeres-ginecologia-medicos-y-presunciones-de-genero-chile-fines-del-siglo-xix&catid=35:no-1&Itemid=60.
- Miqueo, Consuelo. 2005. “La variable sexo en los manuales de Medicina Interna del siglo XIX y del XX: el contrapeso de la tradición”. *Mujeres y salud*. Consultado el 1 de junio de 2010 en http://mys.matriz.net/mys16/16_9.htm.
- Miranda, Néstor. 2004. “La anatomía en los primeros años de la Universidad Nacional, entre la Ilustración y el Romanticismo. 1869-1874”. En *Universidad Nacional en el Siglo XIX. Documentos para su historia. Escuela de Medicina*, compilado por Stella Restrepo, 19-32. Bogotá: Facultad de Ciencias Humanas UN/Colección CES.
- Morales, Oscar Alberto y Ángel Rincón. 2007. “La mujer en el discurso didáctico escrito de Ginecología en el siglo XX”. *Discurso & Sociedad* 1 (4): 623-662.
- Munévar, Dora Inés y Luz Zaret Mena. 2013. *Mujeres afrodescendientes en situación de discapacidad. Diálogos con la academia*. Bogotá: Editorial Universidad Nacional de Colombia.
- Munévar, Dora Inés, Catherín Agudelo, Martha Torres Baquero y Myriam Morales Caro. 2011. “Desensamblando saberes médicos. Sección Producción y control del cuerpo”. Documento de trabajo en el marco del Proyecto Ensamblado en Colombia: producción de saberes y construcción de ciudadanía, 2010-2011. Convocatoria Colciencias 492-2009. Programa Ciencias Sociales y Humanas.
- Munévar, Dora Inés, Martha Torres Baquero y Myriam Morales Caro. 2010. “¿Por qué los saberes médicos sobre el cuerpo y los cuerpos de las mujeres?”. Ponencia presentada en el Coloquio Ensamblando a Colombia I: Naturalezas, Culturas, Sociedades. Sección Producción y control del cuerpo, Bogotá, 13 de agosto.

- Novak, Emil R. 1970. *Tratado de Ginecología*. Madrid: Alhambra.
- Obregón, Diana. 2002. *Batallas contra la lepra: estado, medicina y ciencia en Colombia*. Medellín: Banco de la República; Fondo Editorial Universidad Eafit.
- Ortiz, Teresa. 1993. "El discurso médico sobre las mujeres en la España del primer tercio del siglo xx". En *Las mujeres en Andalucía*, editado por María Teresa López Beltrán, 107-138. Málaga: Diputación Provincial.
- Ortiz, Teresa. 1999. "Feminismo, ciencias naturales y biomédicas: debates, encuentros y desencuentros". *La Aljaba*, segunda época 4: 11-30. <http://hdl.handle.net/10481/20358>.
- Ortiz, Teresa. 2002. "El papel del género en la construcción histórica del conocimiento científico sobre la mujer". En *La salud de las mujeres: hacia la igualdad de género en salud*, editado por Elvira Ramos, 29-42. Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales/Instituto de la Mujer.
- Patiño, Beatriz. 1992. "Las mujeres y el crimen en la época colonial: el caso de la ciudad de Antioquia". *Cuadernos de Familia* 7: 46-33.
- Puleo, Alicia. 2012. "Cuando el lector se convierte en 'lectora'". Consultado el 19 de septiembre de 2012 en http://aliciapuleo.blogspot.co.nz/2012_07_01_archive.html.
- Restrepo, Libia. 2006. *Médicos y comadronas el arte de los partos. La ginecología y la obstetricia en Antioquia, 1870-1930*. Medellín: La Carreta Editores.
- Sánchez, Dolores. 1999. "Androcentrismo en la ciencia. Una perspectiva desde el análisis crítico del discurso". En *Interacciones ciencia y género*, editado por María José Barral, Carmen Magallón, Consuelo Miqueo y Dolores Sánchez, 161-184. Barcelona: Icaria.
- Sotomayor Tribín, Hugo Armando. 2004. "Los primeros años de la cátedra de higiene en la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional de Colombia". En *Universidad Nacional en el Siglo XIX. Documentos para su historia. Escuela de Medicina*, compilado por Stella Restrepo, 43-56. Bogotá: Facultad de Ciencias Humanas UN/ Colección CES.
- Zárate, María Soledad. 2001. "Enfermedades de mujeres. Ginecología, médicos y presunciones de género. Chile, fines del siglo XIX". *Pensamiento Crítico* 1. Consultado el 5 de abril de 2010 en <http://www.memoriachilena.cl/archivos2/pdfs/MC0023709.pdf>.