



**FLACSO**  
ARGENTINA

MAESTRÍA EN ANTROPOLOGÍA SOCIAL Y POLÍTICA  
FACULTAD LATINOAMERICANA DE CIENCIAS SOCIALES (FLACSO)

SEDE ARGENTINA

Tesis para optar al grado académico de Magister en Antropología Social

**Género, cuerpo y emociones en la consulta ginecológica**  
**Relatos y Narrativas de médicxs ginecólogxs del AMBA.**

**Tesista:** Lic. Irina Alejandra Perl

**Directora:** Dra. María Raquel Pozzio

**Fecha:** Enero de 2021

Buenos Aires, Argentina

## INDICE

Agradecimientos.....	4
Introducción.....	4
<b>Encuadre metodológico.....</b>	<b>15</b>
<b>Relación médicx – usuaria y Perspectiva de género en la consulta ginecológica.....</b>	<b>17</b>
<b>Organización de la tesis.....</b>	<b>18</b>
<b>Orientaciones e Interlocuciones teóricas.....</b>	<b>19</b>
<b>Antropología médica. Relación médicx/paciente.....</b>	<b>19</b>
<b>Sociología de las emociones. Teoría social de la vergüenza.....</b>	<b>24</b>
<b>Disciplinamiento y control social de los cuerpos. Dispositivo de la sexualidad y procesos de maternalización.....</b>	<b>25</b>
<b>Antropología, género y feminismo.....</b>	<b>30</b>
<b>Perspectiva historiográfica.....</b>	<b>34</b>
<b>La profesión médica en Argentina.....</b>	<b>34</b>
<b>La organización del Sistema de salud en Argentina.....</b>	<b>35</b>
<b>Capítulo 1: “Para la obstetricia mejor varón y para ginecología mejor mujer”. Especialidad médica y género.....</b>	<b>40</b>
<i>“La medicina en general, tiene más cara de mujer”. Teorías nativas sobre la feminización de la medicina.....</i>	<i>42</i>
<b><i>“Para obstetra mejor varón, para ginecóloga mejor mujer”. Explicaciones nativas sobre la distribución sexo genérica en las subespecialidades.....</i></b>	<b>50</b>
<b>Mujeres médicas y cirugía. ¿Una relación imposible?.....</b>	<b>55</b>
<b><i>“Desde que fui mamá”. El género y el peso de la experiencia.....</i></b>	<b>61</b>
<b>Género y profesión.....</b>	<b>67</b>
<b>Capítulo 2: “Se van un poco de mambo”. Explicaciones y significados atribuidos a la violencia obstétrica.....</b>	<b>74</b>
<b><i>Desafiando la autoridad medica.....</i></b>	<b>74</b>

<i>Las definiciones en disputa</i> .....	76
<i>Explicaciones nativas acerca de la violencia obstétrica</i> .....	79
<i>Bien que antes no te quejabas</i> .....	79
<i>Se van un poco de mambo</i> .....	81
<b>Público/ Privado. ¿Es la violencia obstétrica, violencia de clase?</b> .....	88
<i>Los hombres son mucho más dulces. ¿Violencia o dulzura?</i> .....	92
<i>Es violencia en la salud, violencia sanitaria</i> .....	96
<i>Si vos no tenés compromiso</i> .....	99
<b>Institucionalización y medicalización del parto</b> .....	101
<b>Acerca de las rutinas médicas</b> .....	102
<b>Capítulo 3: “Y las minas totalmente objetos ahí tiradas: “perdón, permiso señora, ¿Cómo le va?”.</b> Emociones en la consulta ginecológica.....	105
<b>Especulo y PAP. ¿Molestia o dolor?</b> .....	105
<i>Ginecología es muy particular...yo me doy cuenta que le da vergüenza hasta que la revise</i> .....	108
<b>“No soy muy paciente”. La experiencia de las ginecólogas como usuarias</b> .....	117
<b>Cuerpo y emociones</b> .....	129
<b>Reflexiones Finales</b> .....	131
<b>Profesión y Género</b> .....	131
<b>Violencia Obstétrica. Significados y explicaciones</b> .....	133
<b>Ginecología, cuerpo y emociones</b> .....	135
<b>A modo de cierre</b> .....	136
<b>Referencias bibliográficas</b> .....	139

## **Agradecimientos**

Quisiera agradecer a mi directora de tesis, María Pozzio, por sus siempre generosas lecturas y aportes. A todxs lxs ginecoloxs que compartieron conmigo sus experiencias y accedieron a que sus relatos y narrativas fueran parte de esta tesis. También quiero agradecer a todxs lxs amigxs que me apoyaron y bancaron, en especial, a María Laura Requena que fue una guía y apoyo fundamental en momentos críticos.

Le dedico esta tesis a mi mamá por su entereza y por estar siempre ahí cuando la necesito. A mi papá, por todas las cosas lindas e importantes que me enseñó, aunque hoy no se acuerde. A mis hijxs León y Camila y a mi compañero de viaje, Felipe, por el amor y la paciencia de todos los días.

## **Introducción**

Esta tesis surge a partir de mi desempeño en el Programa de Prevención de Cáncer Cervicouterino (PNPCC) del Ministerio de Salud de la Nación durante cinco años (2011-2015) como integrante del equipo técnico. En dicha experiencia pude dar cuenta de la importancia de entender los sentidos que lxs médicxs<sup>1</sup> atribuyen a la consulta ginecológica y distintos aspectos relacionados con la misma.

Entendiendo que el punto de vista de las mujeres<sup>2</sup> usuarias había sido relevado en diversas investigaciones (Paolino y Arrossi 2011; Ponce 2012; Petracci, Romero y Ramos 2002; Zamberlin, Thouyaret y Arrossi 2011), me pareció relevante profundizar sobre el punto de vista de médicxs

---

<sup>1</sup> En esta tesis he optado por utilizar el llamado “lenguaje inclusivo” que implica la utilización de la letra x o la letra e en lugar de las letras a y o que refieren al femenino y al masculino. De esta manera se busca nombrar y visibilizar a las personas que no se identifican con el masculino o el femenino y poner en cuestión el sistema sexo/género binario que se expresa en el lenguaje y que supone la existencia de sólo dos géneros. La utilización del lenguaje inclusivo no está exenta de tensiones. En algunos casos, se utiliza estrictamente para referirse a las personas que no se identifican con alguno de los polos del binarismo sexo genérico y en otros casos, como el de esta tesis, se utiliza para englobar a todas las personas, las que se identifican y las que no se identifican con el masculino y/o el femenino. Entiendo al lenguaje como una expresión de las prácticas pero que a la vez constituye un esquema de percepción que opera sobre las mismas.

<sup>2</sup> En el marco de esta tesis cuando se menciona a mujeres, se está haciendo referencia a mujeres CIS, es decir, aquellas personas que al momento de su nacimiento se les atribuyó la identidad sexo genérica de mujeres y su identidad de género autopercibida coincide con la asignada. No se analiza, en el marco de esta tesis, la atención ginecológica de personas trans o no binarias cuya identidad autopercibida no coincide con la asignada al momento de nacimiento y que por su biología y/o fisiología podrían precisar atención ginecológica.

ginecólogos, para complementar el análisis. Con el objetivo de identificar elementos que contribuyeran a mejorar la comunicación entre profesionales de la salud y las mujeres en la consulta ginecológica que generaran mayor accesibilidad y continuidad de los tratamientos de lesiones precancerosas y cáncer, me propuse indagar acerca de las representaciones y las prácticas de ginecólogos especialistas en patología cervical sobre la relación médico- paciente, sobre las mujeres usuarias, la construcción del saber médico y su relación con otros saberes. Para dicha indagación, partía de las siguientes preguntas: ¿Cómo caracterizan los médicos ginecólogos la relación médico - paciente con las mujeres usuarias? ¿Cómo creen que incide la eficacia del tratamiento y seguimiento? ¿Qué factores de su práctica profesional identifican como obstaculizadores y cuáles como facilitadores en la relación médico- paciente? ¿Cuáles son sus representaciones sobre las mujeres usuarias de dichos servicios? ¿Qué representaciones tienen sobre el saber médico y su articulación con otros saberes?

El cáncer cervicouterino representa en la Argentina un importante problema de salud pública. Se estima que cada año se diagnostican en nuestro país alrededor de 4.500 casos nuevos y 2000 mujeres mueren a causa de esta enfermedad<sup>3</sup>. Afecta, sobre todo, a mujeres pobres con un bajo nivel de instrucción y sin cobertura de salud, evidenciando así una clara desigualdad social.

El Programa Nacional de Prevención de Cáncer Cervicouterino se creó en 2008 luego de que la Organización Panamericana de la Salud (OPS) encargara a profesionales del Centro de Estudios de Estado y Sociedad (CEDES) que realizaran un diagnóstico sobre la situación de los programas de cáncer cervicouterino a nivel nacional y de las provincias. Previamente existía un Subprograma de detección temprana de cáncer cervicouterino que dependía de la Dirección de Maternidad e Infancia del Ministerio de Salud de la Nación. Una de las principales dificultades encontradas en el diagnóstico sobre la situación del Programa Nacional y los Programas Provinciales de Prevención de Cáncer Cérvico-uterino que se llevó a cabo con el apoyo de la OPS (Arrossi; Paolino 2008), era la inexistencia o debilidad de un circuito organizado que permita retener en el sistema de salud a las mujeres con diagnóstico de PAP anormal<sup>4</sup>, es decir, con lesiones precancerosas y/o

---

<sup>3</sup> Fuente: Programa Nacional de Prevención de Cáncer Cervicouterino del Ministerio de Salud de la Nación. Año 2021. <https://www.argentina.gob.ar/salud/instituto-nacional-del-cancer/institucional/pnpcc>

<sup>4</sup> El PAP es la abreviación de Papanicolaou que es un estudio que sirve para detectar lesiones precancerosas y cáncer en el cuello del útero. Consiste en la recolección de células del cuello del útero y su posterior observación en un microscopio. Los resultados del PAP se dividen en dos grandes grupos: anormal y normal. Anormal, significa que hay

cáncer. No se disponía de información certera acerca de qué sucede con las mujeres una vez que se les detecta una lesión. Muchas mujeres con diagnóstico de lesiones precancerosas o cáncer no acceden a los servicios de patología cervical donde se realizan los tratamientos. Un estudio llevado a cabo en la década de los 90 en hospitales del Gran Buenos Aires y de la ciudad de Buenos Aires mostró un panorama altamente preocupante: cerca del 70% de las mujeres había abandonado su atención en el servicio donde se hizo la detección inicial, y el 40% no cumplía el proceso de seguimiento y tratamiento de lesiones precancerosas, quedando en una situación de extrema vulnerabilidad frente a esta enfermedad (Ramos, S y Pantelides, E., 1990).

Las instancias posteriores a la realización del PAP son cruciales para la prevención del cáncer cervicouterino ya que, si las mujeres a las que se les detectan lesiones precancerosas no acceden a un tratamiento adecuado y oportuno, no se reducirá la incidencia ni la mortalidad por esta enfermedad.

La literatura médica especializada en el seguimiento y tratamiento de las lesiones precancerosas y cáncer y los motivos de abandono del tratamiento (Khanna et al, 1999; Cardin et al, 2001; Zapka 2003; Gage et al, 2003; Leyden et al, 2005; Spence et al, 2007; Eggleston et al, 2007) refiere a obstáculos de tipo económico, institucional y simbólico que inciden en el abandono del proceso de atención. Algunos tienen que ver con la complejidad de los circuitos de atención y de la burocracia hospitalaria, que resultan de difícil manejo para las mujeres. Deficiencias del sistema de salud para llevar a cabo un seguimiento activo de las mujeres con diagnóstico de PAP anormal y un limitado apoyo a las mujeres con lesión precancerosa y cáncer.

En una investigación sobre determinantes sociales del seguimiento y tratamiento de mujeres con PAP anormal (Paolino y colab. 2011) un grupo de las mujeres entrevistadas menciona que no se les dio suficiente información en el momento de la entrega de resultados y que lo vivieron con mucha angustia.

En el marco del Programa Nacional de Prevención de Cáncer Cervicouterino se llevó a cabo una investigación operativa (Paolino Msal- OPS 2011) que analizaba los factores que influyen en el

---

lesiones o cáncer en el cuello del útero y normal significa que no hay lesiones ni cáncer en el cuello del útero. Las lesiones del cuello del útero, pueden ser de bajo grado, es decir, que no están relacionadas con el cáncer cervicouterino y en general se van solas sin necesidad de tratamiento. Las lesiones de alto riesgo están relacionadas con el cáncer cervicouterino y si no se tratan pueden derivar en cáncer de cuello de útero.

proceso de seguimiento y tratamiento de las mujeres con Papanicolaou anormal que constituyo la línea de base para un proyecto de acompañamiento y orientación a mujeres con lesiones precancerosas y cáncer en el proceso de tratamiento y seguimiento. En ambos proyectos, muchas de las mujeres contactadas mencionaban como barrera la comunicación deficiente con el equipo de salud, especialmente el equipo médico. Las mujeres no comprendían el significado de los resultados o de las prácticas recomendadas y no se animaban a preguntar. En muchos casos, se sentían retadas y/o juzgadas por el/la médico/a.

Asimismo, varias de estas mujeres dijeron haber recibido mensajes alarmantes que las asustaron y que terminaron alejándolas del centro de salud y/u Hospital en vez de hacer que vuelvan, siendo éste último el objetivo buscado por el equipo de salud.

En las investigaciones se había demostrado que más allá de una mejor cobertura del tamizaje, es decir, en el aumento de la cantidad de mujeres en la edad objetivo<sup>5</sup> con PAP realizado, no se habían podido bajar los niveles de morbilidad por cáncer cervicouterino y que esto estaba relacionado con el hecho de que las lesiones precancerosas y el cáncer cervicouterino detectados en los Papanicolaou no eran tratados. Los motivos de la falta de tratamiento se vinculan a distintos tipos de barreras en el acceso: económicas (las mujeres no tenían los medios económicos para acercarse al efector de salud las veces que fuera necesario para el tratamiento y seguimiento, no podían dejar de trabajar durante el período que requería el tratamiento, etc.); desigualdades de género (su pareja no quería que realizarán los estudios y/o tratamientos, no les permitía asistir a la consulta ginecológica, no quería quedarse a cargo de lxs hijxs mientras realizaba las consultas médicas, etc.); barreras del sistema de salud (información incompleta o poco clara otorgada por el personal de salud, maltrato recibido por parte del personal, falta de turnos disponibles, etcétera).

A partir de este estado de situación se decide desde el Programa Nacional de Prevención de Cáncer Cervicouterino, implementar un Proyecto llamado Navegadoras, navigators, por su nombre en inglés, idea que se tomó de proyectos implementados para el acompañamiento de enfermxs de cáncer de origen chino o de pueblos originarios en Canadá y Estados Unidos que no compartían la

---

<sup>5</sup> La edad objetivo se corresponde con la franja etaria de mujeres entre 35 y 64 años que son las que tienen mayor probabilidad de tener lesiones precancerosas y/o desarrollar un cáncer cervicouterino, con el pico en los 50 años. Las acciones programáticas se orientan a la realización del PAP focalizada en dicha franja etaria a los fines de la optimización de recursos y la eficiencia en la reducción de la morbilidad por cáncer cervicouterino.

lengua ni los códigos culturales de los equipos de salud y esto representaba un obstáculo para el acceso y la continuidad de sus tratamientos.

El Proyecto Navegadoras del PNPCC consistía en la selección, capacitación y monitoreo de un equipo de acompañantes calificadas que asistían a las mujeres con lesiones precancerosas y cáncer cervicouterino en la “navegación” por el subsistema de salud pública. Esta asistencia implicaba acompañar a las mujeres en la gestión de turnos para la realización de estudios, retiro de resultados, tratamientos, controles, etc. En muchos casos, implicaba el acompañamiento de las mujeres hasta el consultorio a los fines de asegurarse que fueran atendidas correctamente, que comprendieran la información médica y conocieran cuáles eran los pasos a seguir, una vez finalizada la consulta. También implicó, en no pocas ocasiones, la contención de las mujeres frente a la angustia de recibir un diagnóstico, al dolor causado por el tratamiento o a dificultades que tuvieran que ver con su vida cotidiana como problemas familiares, económicos, etc.

La coordinación del proyecto estaba a mi cargo e implicaba la selección de las navegadoras en cada jurisdicción, la implementación de capacitaciones y luego el seguimiento de sus actividades a través de planillas, informes, conversaciones telefónicas y reuniones. Para el perfil de las navegadoras no se requería tener una formación previa específica pero se valoraba la experiencia en el sector salud y/o trabajo comunitario. Se recomendaba que fueran mujeres porque se consideraba que podrían tener más empatía con otras mujeres para atravesar la consulta ginecológica pero además porque se pensaba que a las mujeres usuarias les daría más confianza y menos vergüenza ser acompañada por una mujer en las consultas o compartir información sobre su salud ginecológica. Las navegadoras elaboraban un listado con mujeres con lesiones precancerosas o cáncer cervicouterino y chequeaban cuáles no estaban en tratamiento o no habían vuelto a buscar los resultados de sus estudios y se ponían en contacto con ellas para indagar los motivos de la interrupción del tratamiento y ofrecerles acompañamiento para que inicien o concluyan los procedimientos diagnósticos y/o los tratamientos. En muchísimos casos, las navegadoras relevaban que las mujeres no habían vuelto al efector de salud porque no habían entendido que tenían que volver, que nadie se los había explicado. O que la/ el profesional las había tratado mal, las había retado o no conseguían turno para el tratamiento. En una investigación llevada a cabo por PNPCC con grupos focales de mujeres usuarias del subsistema de salud pública de distintas jurisdicciones del país (Arrosi, Thouyaret y Zamberlin 2013), se había indagado



respecto de las ideas que tenían sobre el cáncer cervicouterino, su tratamiento y sobre cuáles eran las fuentes de información. En dicha investigación, las mujeres señalaban que si bien consideraban a lxs profesionales médicxs como la principal fuente de información, en muchísimos casos no habían podido comprender la información que les daban y no se animaban a preguntar o pedir más información.

Uno de los factores fundamentales a tener en cuenta en el análisis del proceso de atención es la relación médicx-paciente. Las características del proceso histórico en el que se desarrolla este proceso salud-enfermedad-atención - las relaciones de hegemonía / subalternidad, la relación médicx paciente asimétrica y la exclusión de todo saber diferente al biomédico- (Menéndez 2009), ubican muchas veces a los sujetos en un lugar de pacientes-pasivos y pueden considerarse barreras para la atención, que se manifiestan en los problemas de comunicación relevado en diversas investigaciones. En Estados Unidos, un estudio con mujeres con PAP anormal relevó que un 42% de mujeres que afirmaban haber recibido información confusa durante la consulta (Zapka et al, 2004). La falta de interacción entre el profesional y las mujeres produce en algunos casos que las mujeres no concurren a retirar los resultados del PAP (Greenwood et al, 2006); que no se interprete adecuadamente el significado de un PAP anormal (Kavanagh y Broom 1997, McKee et al, 1999, Zapka et al, 2004) o que se generen situaciones de estrés y ansiedad que actúan como barreras para la continuidad del tratamiento (Flyan 1998; Lauver et al, 1999).

En Argentina, existen estudios (Petracci 2009; Ramos 2006) que muestran una incongruencia entre la importancia que desde lo discursivo lxs ginecólogos, obstetras y tocoginecólogos, le dan al cáncer cervicouterino, definiéndolo como un problema prioritario para la salud pública, y la calidad de la información que los profesionales brindan sobre el PAP a las usuarias durante la consulta. Petracci (2009) señala también que, existe una brecha entre el conocimiento que tienen las mujeres entrevistadas respecto de que es el PAP y para qué sirve y el comportamiento de asistir a la consulta ginecológica en los plazos establecidos (Ramos 1996; Petracci 2002).

Los estudios sobre la comunicación en salud, ya sea desde las políticas de salud o desde los servicios, la identifican como una estrategia fundamental -junto a otras- para la adquisición de comportamientos saludables y la modificación de prácticas individuales y colectivas. Estos

estudios también dan cuenta de la primacía de la información sobre la comunicación que existe en la relación equipo de salud – usuarias/ os que acentúa el carácter asimétrico de la misma (Cuberli 2008).

Los trabajos que indagan sobre la comunicación interpersonal en salud (Donabedian, 1990; Bohórquez, y Jaramillo, 2005) dan cuenta de dificultades en la interacción médica/o – paciente y señalan la necesidad de reconocer los obstáculos para mejorar la atención y los tratamientos que pueden incidir en los procesos curativos.

La eficacia de la consejería se comprobó en problemas de salud asociados al cáncer. Arranz (2003) sostiene que es una herramienta fundamental a disposición del profesional para brindar ayuda a los pacientes. En ese proceso de asesoramiento se realiza un trabajo sobre variables que inciden en el curso de la enfermedad como la percepción de control que tenga el paciente sobre su salud y el desarrollo de estrategias para afrontar situaciones.

En una investigación operativa de grupos focales (Arrosi, Thouyaret y Zamberlin 2013) que indaga sobre ideas, conocimientos y fuentes de información de las mujeres acerca del cáncer cérvico – uterino y la realización del PAP, el equipo de salud aparece como la principal fuente de información. La Comunicación en Salud y, particularmente, la relación médico-paciente parecen tener entonces, un rol fundamental en el acceso de las mujeres al diagnóstico, tratamiento y seguimiento de las lesiones precancerosas y el cáncer cérvico – uterino.

Menéndez (2009) plantea las categorías de modelos, saberes y formas de atención y prevención de padecimientos a partir de un enfoque relacional, a través del cual podemos analizar las características y el sentido de los distintos saberes que se ponen en juego en el proceso salud – enfermedad – atención. En el modelo médico hegemónico, que describe Menéndez, el saber biomédico es jerarquizado y tiende a negar y/o subordinar otros saberes y formas de atención, sin reconocer las articulaciones y transacciones que se dan al interior de los conjuntos sociales, entre estos distintos saberes y formas de atención.

Menéndez señala que en el plano de los sujetos sociales se da una articulación de la biomedicina con otros saberes. Pero la formación de lxs médicxs se basa en la dimensión biológica, mientras que los aspectos socioculturales y psicológicos, son subordinados e incluso excluidos. De modo que, lxs médicxs no suelen recibir una formación sobre los procesos sociales y culturales, económicos y políticos que determinan el desarrollo de la mayor parte de los padecimientos que aquejan a los conjuntos sociales y, por lo tanto, estos aspectos son dejados de lado en sus intervenciones clínicas, aun cuando algunxs puedan reconocerlos.

Retomando lo dicho anteriormente respecto del origen de esta tesis que está íntimamente relacionado con mi experiencia de trabajo en el Proyecto Navegadoras del Programa Nacional de Prevención de Cáncer Cervicouterino. Es importante diferenciar aquí los objetivos del Programa Nacional de Cáncer Cervicouterino de los objetivos de la presente tesis de antropología. El objetivo principal del Programa es la reducción de la morbimortalidad por cáncer de cuello de útero en Argentina. En ese sentido el Proyecto Navegadoras, tiene el propósito de generar el acceso y la continuidad de los tratamientos por parte de las mujeres con lesiones precancerosas y cáncer cervicouterino.

Ahora bien, el objetivo de esta tesis es conocer y describir el punto de vista de médicxs ginecologxs acerca de distintos aspectos que hacen a la consulta ginecológica y que son más amplias que la detección y/o tratamiento de enfermedades como el cáncer cervicouterino. Me propongo, a partir de sus narrativas dar cuenta de cómo significan lxs profesionales, la consulta ginecológica a través de las explicaciones nativas sobre fenómenos como la violencia obstétrica, la relación del género de lxs profesionales con la especialidad y las emociones en el marco de la consulta ginecológica. Considero que estos aspectos de la consulta están íntimamente relacionados con los estereotipos, roles y expectativas que el sistema sexo-género define para cada género. También están atravesados por las relaciones de poder asimétricas que se dan en el marco de las relaciones entre profesionales de la salud y usuarias y entre las profesionales mujeres y los profesionales varones, así como por la pretensión de asepsia sociocultural y emocional de la práctica médica y su mirada tecnocrática.

Si bien no me propongo presentar aquí un estado del arte sobre dichas temáticas, introduzco brevemente las principales discusiones socio antropológicas que se retoman en los distintos capítulos de la tesis.

La feminización de la medicina ha sido definida como el proceso de aumento notable de la proporción de mujeres en la profesión médica, siendo esta, históricamente, masculina y patriarcal (Rovere 2006). Este proceso es explicado como un doble mecanismo de ampliación, por un lado, la mayor incorporación de mujeres a las carreras universitarias entre 1960-1980 y por otro lado, por la incorporación a la universidad de carreras que, hasta entonces, eran dictadas en instituciones educativas no universitarias (como terciarios) y que eran tradicionalmente ejercidas por mujeres. Esto supuso cambios en el orden jerárquico de las profesiones al interior del sistema de salud y en la profesionalización de determinadas ocupaciones como la obstetricia. A partir de 1970 hubo un fuerte impulso en América Latina por aumentar la cantidad de profesionales de la salud por habitante acompañado con un consecuente aumento en la inversión para la formación de recursos humanos en salud, lo que también posibilitó que más mujeres accedieran a una formación profesional en salud (*ibídem* 2006). A su vez, a partir de 1980, se inicia un proceso de precarización y flexibilización laboral que, en el sector salud, afecta especialmente a las profesionales mujeres que se desempeñan mayoritariamente en el primer nivel de atención, donde hay mayor escasez de recursos materiales, mayor demanda de la población en situación de vulnerabilidad social y por ende, mayor exposición al agotamiento laboral, también llamado burn out. Según Abramzón (2005) el proceso de feminización de la profesión médica en Argentina se consolida en la década de 1980 donde se verifica una incorporación masiva de mujeres a la educación universitaria. Este proceso también es vinculado con la movilización de organizaciones de mujeres y feministas que reclamaban una mayor participación femenina en el oficio de sanar ya que era una actividad que había sido ejercida de hecho por mujeres y también en el plano de la exigencia por una mayor equidad e igualdad de género. Existen discusiones respecto de si la mayor presencia de mujeres en las profesiones médicas está vinculada a un deprecio económico de la profesión o si la depreciación se asocia a la mayor presencia de mujeres en la profesión. Hay argumentos que sostienen que el retiro de los varones de una determinada profesión hacia otras más redituables abren las posibilidades para el ingreso de más mujeres (Rovere 2006, Pautassi 2006).

Las ciencias sociales definen a la violencia obstétrica como parte del proceso de medicalización y patologización del embarazo, parto y puerperio que derivan en prácticas mecanizadas que se realizan de manera sistemática en las que las mujeres parturientas se convierten en objetos de intervenciones médicas. Las asimetrías de poder entre profesionales de la salud y las mujeres usuarias favorecerían el carácter inconsulto de las intervenciones. La infantilización de las mujeres embarazadas y parturientas en el marco del parto institucionalizado implica cierta sustracción de su capacidad para opinar o cuestionar las prácticas médicas. En este sentido, la violencia obstétrica se enmarca en un tipo específico de violencia de género y en la violencia institucional del sistema de salud (Belli 2013, Castrillo 2016, Gilligan 2004 y 2006 y Camacaro Cuevas 2009).

Otros análisis plantean que las rutinas médico-administrativas marcan una separación de las usuarias con respecto al “afuera” de las instituciones de salud y convierten a los cuerpos de las mujeres en cuerpos hospitalarios separados de su entorno social, quedando sujetos a las intervenciones médicas. Las rutinas médicas se reproducen a partir de relaciones de jerarquía entre profesionales y se llevan a cabo de manera repetitiva, sin reflexionar explícitamente y sin necesidad de legitimar las decisiones en cada ocasión. (García, Recoder y Margulies 2017).

Por su parte, Davis Floyd, señala la estandarización de los procedimientos de nacimiento en las instituciones de salud y una intensificación de las acciones practicadas sobre las mujeres parturientas cuya necesidad o efectividad no está respaldada por evidencia científica (2001:58). Suele imponerse el poder de la jerarquía médica y su comodidad por sobre las preferencias de las mujeres parturientas (*ibíd* 2001:58).

Se retoman también, los estudios socio antropológicos sobre la ginecología y la obstetricia que las definen como mecanismos de disciplinamiento social de los cuerpos de las mujeres, cuya sexualidad y fecundidad debe ser controlada. La atención médica opera así como un gran regulador de la maternidad y de la vida de las mujeres y esta intervención cuenta con una legitimidad social que se sustenta en una pretendida neutralidad valorativa de la biomedicina (Gilligan 2004).

Los procesos de medicalización de la reproducción y maternalización de los cuerpos de las mujeres que implica la reducción de las mismas a un rol social de madres y la circunscripción de su sexualidad a las funciones de procreación. Es a partir de estas operaciones que la ginecología concibió a las mujeres a partir de su aparato reproductivo exclusivamente y de su “natural misión”

de perpetuación de la especie y la obstetricia se adjudicó el monopolio de la atención de los partos imponiéndose al público femenino con el objetivo de homogeneizar los comportamientos (Nari 2004).

Finalmente, es importante referir también al análisis de los procesos de histerización de los cuerpos femeninos que son presentados como dominados por el útero, órgano definido como inestable e impredecible que domina los humores de las mujeres. Por ello la ginecología es presentada como la ciencia de las mujeres que se ocupa, no sólo de la biología, sino también de la psicología femenina (Nari, 2004, Foucault 2012, Pozzio 2016, Rhoden 2002, López Sánchez 2010).

Esta tesis busca constituirse en una contribución en el análisis socio antropológico de la consulta ginecológica desde una perspectiva de género, recuperando el punto de vista de lxs ginecólogxs sobre distintas cuestiones que atañen a la misma. En ese sentido, los argumentos de lxs ginecólogxs para explicar la feminización de la medicina así como la división sexo genérica de las especialidades, en particular la gineco obstetricia, permiten pensar en la relación que guarda la asignación sexo-genérica de las personas con la elección de la profesión y la especialidad médica así como las características que adquieren la práctica médica y la relación entre profesionales y usuarias. Como la distribución de profesionales varones y mujeres en la obstetricia y la ginecología están íntimamente vinculados a los roles y expectativas de género que supone a unxs más aptos para la obstetricia y otras más aptas para la ginecología. Asimismo, como estos roles y estereotipos actúan en la elección de las usuarias del profesional según género.

Otro aporte diferencial, lo constituyen las explicaciones nativas de lxs ginecólogxs sobre la violencia obstétrica que es significada como una exageración por parte de las usuarias, grupos y organizaciones de mujeres que, según ellxs, definen como violentas prácticas médicas que son necesarias para la atención segura del embarazo, parto y puerperio. Lxs profesionales consideran que acciones como la redacción de un plan de parto constituye una interpelación a la autoridad médica que excede las capacidades de las usuarias para tomar decisiones sobre su salud y que subestima la responsabilidad médica en momentos críticos como un parto/cesárea.

Finalmente, la recuperación de las emociones que intervienen en la consulta ginecológica como la vergüenza, el pudor o la incomodidad y el modo en que lxs ginecólogxs las tramitan y significan,

constituye una contribución al análisis de la relación médico-paciente y las particularidades que adquiere en la atención ginecológica.

## **Encuadre metodológico**

Lo que analizo en la tesis son los relatos de lxs entrevistadxs, relevados a través de las entrevistas en profundidad, charlas informales, notas de campo, observaciones en congresos, jornadas y capacitaciones realizadas en el marco del Programa de Prevención de Cáncer Cervicouterino y en el entonces Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable del Ministerio de Salud de la Nación.

Retomo la idea de los relatos como formas de acceso a las experiencias de lxs sujetxs que permiten dar cuenta de lo vivido por ellxs, de cómo lo representan, comunican y recrean. Esto no implica la reducción de la experiencia al discurso, sino que implica considerar a la narrativa de hechos vividos como maneras de significar la experiencia (García 2009, Alves, Rabelo y Souza 1999). La configuración de la trama narrativa, que implica un ordenamiento y transformación de una serie de eventos aparentemente inconexos, permite que la experiencia fragmentada se presente como una totalidad (Ricoeur 1995). Las narrativas personales de lxs sujetx permiten reelaborar y reenmarcar eventos pasados en contextos presentes (García 2009).

Realicé entrevistas en profundidad a 20 médicos ginecólogos que atienden en el Área Metropolitana de Buenos Aires distribuidxs de la siguiente manera: 2 residentes de cuarto año de ginecología (una mujer y un hombre) y 18 médicos ginecólogos (13 mujeres y 5 hombres), pertenecientes a 7 hospitales de CABA (2 de obras sociales y 5 públicos), y un centro de salud del conurbano bonaerense. Cuatro de lxs profesionales se encuentran en la franja etaria entre 30 y 40 años, 2 en la franja de los 40 -50 años, 11 se hallan en la franja de 50 a 60 años de edad y 3 de ellxs son mayores de 60 años.

Las entrevistas se realizaron entre noviembre de 2017 y noviembre de 2020 y tuvieron lugar en algunos casos en los consultorios donde lxs médicos 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 o en sus hogares. En todos los casos, las entrevistas fueron grabadas con el consentimiento de lxs entrevistadxs. Una vez desgrabadas las entrevistas, realice un análisis temático de las mismas (Souza Minayo 2004), centrado en la lectura e interpretación del material con el objetivo de identificar los temas recurrentes y los patrones que los relacionan.

Lxs entrevistadxs fueron contactadxs a partir de su participación como capacitadores en el Programa Nacional de Prevención de Cáncer Cervicouterino. Luego, a través de la técnica de bola de nieve, lxs primerxs entrevistadxs fueron poniéndome en contacto con otrxs ginecólogxs con los que trabajan, comparten su participación en sociedades científicas o por amistad, en algunos casos. Todxs lxs entrevistadxs consintieron en que sus relatos aparecieran en la tesis y se acordó que sus nombres fueran cambiados a los efectos de preservar su identidad. La cantidad de entrevistadxs se determinó en función de la saturación teórica de las categorías emergentes en las entrevistas.

En una primera instancia, mi idea era realizar una etnografía en el sentido clásico con permanencia prolongada en el campo, en este caso, un servicio de ginecología de algún hospital público del Área Metropolitana de Buenos Aires. No obstante, cuando me acerqué a tres hospitales de CABA y uno en la zona norte del conurbano bonaerense me encontré con ciertas dificultades para avanzar en la observación participante en dichos espacios. En los hospitales de CABA los Comités de docencia y Ética en la Investigación (CODEI) solicitaron diversos requisitos de presentación formal de los proyectos de investigación que eran de difícil cumplimentación y que estaban luego sujetos a que los comités se reunirían y dieran su veredicto. En un caso, el comité tenía que conformarse nuevamente así que no estaba recibiendo proyectos directamente, en los otros dos casos, los comités podrían demorar varios meses en reunirse, evaluar y aprobar el proyecto. En el caso del Hospital del conurbano el comité dio rápidamente su aprobación pero los jefes del servicio de ginecología, quienes me habían dado su aprobación inicial, una vez obtenida la aprobación del CODEI, me dijeron que el resto de lxs médicxs que integraban el servicio se mostraban renuentes a que se llevara a cabo el trabajo de campo allí y no querían formar parte de la investigación. Por tal motivo y en vistas de mis contactos con varixs ginecólogxs que eran capacitadorxs del Programa de Prevención de Cáncer Cervicouterino, decidí realizar entrevistas a varixs de ellxs que me fueron poniendo en contacto con otrxs ginecólogxs. De esta manera, pude relevar el punto de vista de ginecólogxs que se desempeñan tanto en el ámbito público como el subsector privado



(obras sociales, prepagas y particulares) que me permitieron relevar las narrativas y relatos de profesionales de distintas instituciones de salud.

### **Relación médicx – usuaria y Perspectiva de género en la consulta ginecológica**

Una vez iniciadas las entrevistas a médicxs ginecólogxs que conocía por su participación en el Programa de Prevención de Cáncer Cervicouterino como capacitadores y a partir del análisis de las entrevistas y las categorías que surgieron de las mismas, mis objetivos se fueron modificando. La perspectiva de género y el género como categoría analítica se convirtieron en indispensables para la reflexión acerca de las características que adquiere la relación médicx -paciente, que es de por sí asimétrica, en una disciplina que implica un control social del cuerpo de las mujeres y pone en tensión la soberanía sobre esos cuerpos y quién la ejerce. Entiendo el género como una categoría relacional que da cuenta de un orden social diferenciado de poder que construye jerarquías a partir de las diferencias sexuales. Dicha categoría permite comprender que existen distintos órdenes de género según las distintas culturas que son producciones socioculturales y que son contingentes y no inmutables y naturales. Es un lente que nos permite visibilizar nuestro sistema sexo-género como uno posible, entre muchos, y dar cuenta del carácter binario del mismo que supone la existencia de sólo dos sexos (varón/ mujer) a los que corresponden sólo dos géneros (masculino/ femenino) y que parte del supuesto de la supremacía masculina sobre lo femenino y de allí se derivan roles y estereotipos de género así como violencias y desigualdades por razones de género.

La perspectiva de género y el género como categoría analítica relacional, permiten en esta investigación, reflexionar sobre cómo el proceso de profesionalización de la ginecología y la obstetricia constituyó la expropiación de un conocimiento del cuerpo de las mujeres que era originalmente detentado y aplicado en forma empírica por mujeres que fueron perseguidas y excluidas de la actividad profesional o incorporadas en un lugar subalternizado de asistencia de los médicos hombres. Y más recientemente con el proceso de feminización de la medicina, pareciera volver a darse una distribución sexo/genérica dentro de la especialidad cuya explicación se apoya en los estereotipos de género del sistema sexo/género patriarcal.

Esta es una tesis antropológica en tanto se plantea describir un fenómeno o problema, desde el punto de vista de lxs actorxs involucradxs, en este caso, lxs médicxs ginecólogxs. La antropología, a través del método etnográfico, se propone describir e interpretar una cultura para hacerla inteligible ante quienes no pertenecen a ella (Guber 2014:19). En este caso, esta tesis se propone describir aspectos de la cultura médica ginecológica a partir de las narrativas de sus nativxs, lxs médicxs ginecólogxs. Es a través de las palabras de lxs nativxs que se reconstruyen los sentidos de sus comportamientos y se busca elaborar una interpretación coherente de lo que dicen y lo que piensan (*ibíd.* 2014:18). En esta tesis se busca reconstruir los sentidos atribuidos por lxs ginecólogxs a distintos aspectos de su práctica profesional. Entendiendo que la antropología se propone iluminar algún aspecto de la cultura de un grupo humano determinado e interpretar un problema a partir de los datos que surgen del campo de investigación, dando cuenta de explicaciones nativas y vinculándolas con la teoría a los fines de generar una interpretación novedosa.

La unidad de análisis de esta tesis, son entonces, los relatos y narrativas de lxs médicxs ginecólogxs, relevados a través de entrevistas, charlas informales y observaciones en capacitaciones, congresos y jornadas. Mi objetivo es describir e interpretar dichos relatos acerca de los motivos de elección de la especialidad de la gineco obstetricia y la relación de dicha elección con su identidad sexo genérica. En segundo lugar, describir los significados y explicaciones de lxs ginecólogxs sobre la violencia obstétrica y su relación con el orden sexo genérico y en tercer lugar, describir los significados y explicaciones de lxs médicxs ginecólogxs acerca de la vergüenza y otras emociones experimentadas por las mujeres durante la consulta ginecológica.

Considero que la descripción de estos relatos y narrativas de lxs médicxs ginecólogxs puede echar luz respecto de las características que adquiere la consulta ginecológica desde el punto de vista de unx de los actorxs involucradxs.

## **Organización de la tesis**

La tesis está organizada en tres capítulos. En el primer capítulo describo los motivos esgrimidos por los que lxs médicxs ginecólogxs y obstetras sobre su elección de la especialidad y sus

argumentos sobre la división sexo-genérica entre la ginecología y la obstetricia en el marco del fenómeno que lxs entrevistadxs definen como una creciente feminización de la medicina.

En el segundo capítulo se describen las explicaciones y significados atribuidos por lxs médicxs ginecólogxs a la violencia obstétrica, los argumentos sobre si existen o no diferencias entre medicxs varones y medicas mujeres en el ejercicio de dicha violencia, así como las explicaciones sobre sus posibles causas. Lxs entrevistadxs, en términos generales, no hacen distinciones entre hombres y mujeres ginecólogxs en relación a la violencia o maltrato. Suelen explicarlo como rasgos personales más que como un producto del sistema. En muchos casos, el mismo concepto de violencia obstétrica es impugnado y ciertas prácticas que han sido definidas como tales en otros espacios, son enmarcadas por lxs entrevistadxs como parte de las intervenciones de rutina para la atención de los nacimientos y sus eventuales complicaciones.

Finalmente en el tercer capítulo se describen a través de las narrativas, cómo lxs médicxs ginecólogxs significan los sentimientos y emociones que experimentan las mujeres respecto de la consulta ginecológica, como el hecho de ser revisadas semidesnudas, la observación de sus genitales, hablar sobre sus relaciones sexuales, parejas y prácticas sexuales, etc. Se describen también los significados atribuidos a dichos sentimientos así como la manera en que lxs profesionales los tramitan. Lxs profesionales varones presentan al examen ginecológico como una actividad meramente técnica y exenta de toda carga erótica o moral, mientras que las ginecólogas mujeres señalan a la vergüenza como una emoción o sentimiento esperable dadas las características del examen.

## **Orientaciones e Interlocuciones teóricas**

### **Antropología médica. Relación médicx/paciente.**

Dentro del campo de la antropología médica me interesa poner a dialogar con los autores que plantean la relación médico - paciente en tanto una relación desigual de poder y no exenta de conflicto en la que se disputan los sentidos de la enfermedad, el cuerpo y el tratamiento por lo que constituye una dimensión fundamental para el análisis del proceso salud-enfermedad-atención.

Siguiendo a Menéndez, podemos decir que la relación médicx-paciente se caracteriza por un proceso de hegemonía médica y subalternidad del paciente reforzado por la ahistoricidad de la práctica médica y la creciente medicalización de la vida cotidiana. Asimismo, la exclusión de la dimensión cultural en la práctica médica, suele implicar la alusión de la misma para evidenciar los aspectos negativos de los conjuntos sociales, y sus saberes, justificando en muchos casos, su ineficacia.

La noción de saber médico de Menéndez (1990; 1996) hace referencia a un saber profesional que requiere de la producción de representaciones y prácticas técnico – ideológicas a partir del rol técnico que necesita representar, en el cual su intervención necesita de una legitimación técnica diferenciadora y del establecimiento de un campo común de reconocimiento y de su acción con los pacientes. Este proceso se expresa en un sistema de representaciones y prácticas que opera a través de los pasos del trabajo profesional.

Menéndez (2000) señala que en el plano de los sujetos sociales se da una articulación de la biomedicina con otros saberes. Pero la formación de lxs médicxs se basa en la dimensión biológica, mientras que los aspectos socioculturales y psicológicos, son subordinados e incluso excluidos. De modo que, lxs médicxs no suelen recibir una formación sobre los procesos sociales y culturales, económicos y políticos que determinan el desarrollo de la mayor parte de los padecimientos que aquejan los conjuntos sociales y, por lo tanto, estos aspectos son dejados de lado en sus intervenciones clínicas, aun cuando algunxs puedan reconocerlos.

Byron Good sostiene que la medicina construye sus objetos de estudio, el cuerpo humano, la enfermedad y lxs pacientes, en el marco de una cultura específica. Dicha construcción del mundo médico supone una forma determinada de la realidad, es decir, que la medicina es una forma simbólica que formula y organiza la realidad de una manera específica. Good retoma de Foucault esta idea de que los discursos médicos constituyen prácticas que forman los objetos de los que hablan (1994:135). En este sentido, podemos decir que lo que lxs médicxs dicen acerca de sus pacientes no consiste simplemente en una representación de lxs mismxs sino que, más bien, implica un proceso de construcción de sus pacientes como tales.

La socialización de lxs estudiantes de medicina implica cambios en la percepción de determinados objetos en un determinado espacio. Es así como el cuerpo, que en la vida cotidiana tiene una personalidad, pensamientos, experiencias, etc. en el marco del laboratorio de anatomía, se convierte en distintos segmentos a ser estudiados con detenimiento y por separado, en una realidad enteramente biológica y física. Lxs médicxs adquieren así una determinada mirada, una manera de ver que es distinta de la manera de ver en sus vidas cotidianas y del mundo no médico (*ibíd.* 1994:143). Esta mirada hace foco en rasgos anatómicos más que en características sociales de las personas, aun cuando dicha anatomía se encuentra inserta en una sociedad y una cultura. Good sostiene que la medicina constituye una labor cultural de reconstrucción de la persona objeto de la atención médica.

Comelles (2000) señala las consideraciones, creencias e imaginarios sociales que inciden en la práctica y la experiencia de lxs médicxs. Hace referencia al contexto cultural específico en el que hospital así como la práctica médica están insertos. Sin embargo, la condición social del/ la paciente es abolida y deja de ser sujetxs sociales en tanto se aplica un protocolo terapéutico en el marco hospitalario.

El autor también coincide en señalar la divisoria de aguas que realiza la formación profesional médica entre lo racional y lo emocional, entendiendo a esto último como irracional y arcaico y que no debe tenerse en cuenta en el marco de las decisiones médicas (2000:321). Los discursos expertos de la biomedicina plantean limitar la comunicación y la información de manera de evitar presiones por parte de lxs pacientes o de sus familiares. Hay, en la formación sanitaria, un aprendizaje de la indiferencia afectiva y la creación de jerarquías como maneras de establecer una distancia que proteja a lxs profesionales del burn out y del cuestionamiento de sus decisiones. Al negar la influencia de lo social y lo cultural en la práctica médica deja a lxs legos, pacientes y allegadxs fuera de toda posibilidad de discutir las decisiones médicas que se toman acerca de su salud. Se argumenta que lxs legxs no tienen las herramientas necesarias para comprender los diagnósticos, tratamientos, recomendaciones, etc.

Beatriz Cortés, en su trabajo sobre la experiencia de una enfermedad y su narración (1997), aborda la cuestión de cómo el padecimiento remite al paciente a su propia historia, mientras que la acción médica tiende a separar al sujetx de su dolor y su síntoma. En este sentido, señala Cortés, la

relación médicx-paciente, es dinámica y se define de acuerdo a las posibilidades materiales, ideológicas y subjetivas de cada paciente. De modo que, el diagnóstico y su consecuente etiquetamiento, puede ser reapropiado y resignificado por el/ la paciente o éste últimx puede verse afectadx y/o perturbadx por el mismo (Cortés, 1997:92). Esta autora señala a la confianza como un elemento significativo de la relación médicx-paciente, pero la misma parece referirse siempre del paciente hacia el saber y capacidad del médicx y no al revés.

Arthur Kleinman (1988), otro autor que aborda las diferentes perspectivas intervinientes en la relación médicx-paciente, se refiere a dos conceptos que intervienen en dicha relación: por un lado, la enfermedad (disease) que constituye el modo en que lxs profesionales médicxs inscriben los síntomas de lxs pacientes en las teorías médicas de desórdenes y resignifican la enfermedad dentro de su taxonomía constituyéndose en una entidad diagnóstica. Mientras que el padecimiento (illness) refiere al modo en que las personas experimentan la enfermedad, el significado que le dan y cómo repercute en sus vidas. Esta última es una categoría polisémica, es decir, que tiene muchos significados posibles. La manera en que el padecimiento es experimentado está social y culturalmente formada. Dentro de cada cultura y sociedad existen diversos modos que se consideran aceptables de experimentar la enfermedad y otros que se consideran “desviados” o “inadecuados”.

El autor relaciona esta subestimación de los significados de la enfermedad por parte de la práctica médica a la imposición de un modelo de atención biológico reduccionista en contraposición a un modelo de atención biopsicosocial. El primero se centra exclusivamente en los aspectos biológicos de la enfermedad y entiende al cuerpo como una entidad objetiva separada del pensamiento y la emoción mientras que el otro modelo considera que existen factores sociales y psicológicos que inciden en el estado de salud de la persona y que influyen en la mejora o empeoramiento de la condición de lxs pacientes y su enfermedad (Kleinman 1988:11).

Existen distintos idiomas del cuerpo, es decir, distintas maneras de comunicar e interpretar los estados del cuerpo. Todas las personas aprendemos dichos idiomas a través de nuestra socialización en la cultura que habitamos. A su vez existen distintos canales de comunicación de lo disfuncional, distintos idiomas del padecimiento. (*ibíd.* 1988:13). Existen sistemas locales de

significado que son compartidos por una comunidad y dentro de esas comunidades pueden haber significados que sean particulares a determinados subgrupos.

Lxs médicxs interpretan en el discurso de lxs pacientes los síntomas como signos de procesos patológicos. Lo importante es lo que lxs pacientes dicen, no lo que piensan. La interacción médicx-paciente se organiza entonces como un interrogatorio. Lxs médicxs están entrenadxs para identificar en el discurso de lxs pacientes, síntomas como claves de una enfermedad (*ibid* 1988:18). Hay síntomas que sobresalen en determinadas sociedades y épocas, que generalmente son estigmatizados. Se produce un etiquetamiento del padecimiento, lxs pacientes adquieren una marca cultural que no puede borrarse fácilmente.

Karin Johannisson (2006) señala que los cuerpos que llegan a los consultorios médicxs son leídos de acuerdo a un sistema de signos que es interpretado por lxs profesionales de la medicina. Este sistema se va modificando a través de los distintos momentos históricos y las distintas culturas. El ojo médico se mueve de acuerdo a los avances y las técnicas médicas del momento pero también de acuerdo a la clase social, el sexo, género o religión tanto de quién detente esa mirada como así también del cuerpo que se mira. Los signos constituyen un lenguaje preverbal que se expresa en el cuerpo de la persona enferma y que sólo lxs médicxs pueden interpretar. Johannisson señala que la clínica distingue los síntomas como la expresión de la enfermedad tal y como la experimentan lxs pacientes, de los signos que constituyen el registro de la enfermedad por parte de lxs médicxs. En este sentido, la mirada clínica busca, interpreta y clasifica lo que las personas enfermas no ven ni entienden, tiene la capacidad de transformar lo subjetivo en objetivo y general. Lxs médicxs “ven” lo que lxs enfermxs no pueden ver.

Taussig, por su parte, señalaba que existe una objetivación de la enfermedad y su tratamiento, produciéndose una cosificación biológica y física que niega las relaciones sociales que hay detrás de los síntomas y las terapias, donde la medicina aparece como una ciencia “real” que trata con “cosas reales”. El problema de la medicina moderna, sostiene Taussig, es que los órganos del cuerpo son separados del significado social de su malestar. En este sentido podemos pensar el significado social que tiene el cuerpo de las mujeres y sus órganos sexuales y reproductivos en la sociedad. Los malestares asociados a esas partes del cuerpo tienen un peso social y moral pero en el ejercicio de la ginecología parece no repararse en dicho peso. Lo que implica para las mujeres

utilizar y sostener el uso de métodos anticonceptivos o del preservativo. Las dificultades que puede implicar la negociación de su uso con sus parejas varones. Así como sostener un tratamiento de infecciones de transmisión sexual y lograr que el compañero sexual acceda a realizar el mismo tratamiento. O el mismo hecho de pasar por la consulta ginecológica y tener que exhibir sus genitales a otra persona, estar semi desnuda, etc.

Tal como señala Taussig, la relación médico-paciente es más que una relación técnica, es una interacción social en la que se refuerzan las premisas de la cultura vigente (1992:114). Por lo que en ginecología y obstetricia podríamos pensar justamente en todos los imaginarios machistas que se actualizan en la misma práctica médica de la revisión, prescripción de un método anticonceptivo o un tratamiento para una infección de transmisión sexual o en la consulta por control de un embarazo, tratamientos de fertilidad o en la solicitud de interrupción de un embarazo. En la consulta médica, el control y manipulación de los pacientes por parte de los médicos se oculta bajo la supuesta benevolencia de los profesionales. Se oculta el carácter social de la entrevista médica que es restringida a una situación privada e individual. El carácter moral de la práctica médica se oculta tras el modelo de la ciencia natural. El diagnóstico médico está imbuido de las determinaciones sociales de la percepción pero este carácter social es negado a partir de la supuesta observación de una realidad objetiva que está allí (*ibid* 1992: 115).

Los sentidos sociales atribuidos por los pacientes a su enfermedad son obviados por la medicina que plantea una realidad física separada de cualquier factor social, cultural o emocional. Se produce una separación objetividad-subjetividad. Donde la primera es representada por los médicos y la segunda por los pacientes. Los profesionales tendrían la capacidad de captar la subjetividad de los pacientes y traducirla a hechos objetivos a ser abordados por la práctica médica (*ibid* 1992:126). La situación clínica, según Taussig, constituye una relación dialéctica entre el ser y el otro, en la que siempre los profesionales médicos ostentan el poder de definición del otro. En esta relación el poder curar se convierte en el poder de controlar (*ibid* 1992:132).

### **Sociología de las emociones. Teoría social de la vergüenza**



De los múltiples abordajes actuales sobre el estudio social de las emociones, especialmente desde la perspectiva sociológica, me centraré aquí en el análisis micro sociológico que realizara Georg Simmel sobre los sentimientos de vergüenza como así también retomo algunos aspectos de los análisis más macro sociales realizados por Norbert Elias y Anthony Giddens que destacan el carácter social de la vergüenza y su función sancionatoria.

Simmel (1938) refiere a la vergüenza como una experiencia subjetiva a partir de la mirada de un otrx considerada excesiva o inoportuna. La exposición indeseada, la atención recibida hacia el propio cuerpo o alguna parte del cuerpo por un otrx puede generar el sentimiento de vergüenza o pudor. Este sentimiento está asociado, según Simmel, a una relación desigual de poder en la que la persona observada se encuentra en un peldaño inferior de una jerarquía social sea de clase, género, etnia, etc. La vergüenza constituye un mecanismo de control social que implica de alguna manera la internalización de las normas sociales por parte de las personas que sienten vergüenza y la consiguiente desviación de esa norma que tiene como consecuencia una sanción moral de la sociedad que se traduce en la vergüenza experimentada por quién no cumple con la norma. La vergüenza es entonces una emoción que se experimenta en el cuerpo individual a partir de las miradas sociales y la percepción subjetiva de esas miradas. Esta emoción de la vergüenza es entonces un traductor del temor a la potencial sanción social.

Norbert Elías (1993) señala que la vergüenza ha ido desplazando al castigo físico como método de sanción social en las civilizaciones occidentales modernas. De alguna manera, la vergüenza funciona como una coacción interna cuando el mundo interior de lxs individuos y el mundo exterior social entran en contradicción.

Al resaltar el hecho de que no es el cuerpo desnudo lo que da vergüenza sino la mirada de lxs otrxs sobre ese cuerpo desnudo, Giddens (1995) refiere también al carácter social de la vergüenza, que se experimenta a nivel subjetiva, pero es producto de las interacciones sociales corporeizadas

Es esta mirada indiscreta sobre la persona, lo que según Simmel, genera el sentimiento de vergüenza. La persona observada siente la atención sobre sí misma como una indiscreción, como intromisión en su yo interno y más íntimo, en los aspectos de su personalidad más reservada para sí misma. Pero sobre todo, el avergonzamiento se produce por la atención puesta en un punto particular de la persona y por parte de un otrx ajénx, en nuestro caso, lxs médicxs, que además

portan la investidura de la jerarquía médica que lxs habilita a interpretar y emitir juicios sobre los aspectos que observan.

### **Disciplinamiento y control social de los cuerpos.**

#### **Dispositivo de la sexualidad y procesos de maternalización**

Respecto de las teorías acerca del control social y el disciplinamiento de los cuerpos retomo de Michel Foucault el concepto de biopoder, entendiendo al mismo como un poder-saber que se asienta sobre el control de la vida más que la amenaza de muerte. El autor señala como la construcción de un conocimiento sobre el cuerpo de las mujeres ha contribuido al disciplinamiento de las mismas a través de procesos de histerización de sus cuerpos que suponen el predominio del útero y la reducción de las mujeres a su función reproductiva.

En el siglo XVIII surge como problema político y económico el manejo de las poblaciones por parte del poder. El corazón del problema de las poblaciones, es el sexo. No sólo hay que analizar las tasas de natalidad, sino el tipo y la frecuencia de relaciones sexuales, la edad del matrimonio, los nacimientos legítimos e ilegítimos. Por primera vez, las sociedades occidentales comenzaron a ligar su futuro no sólo a la cantidad de ciudadanxs que las componían sino también a los modos de la utilización de su sexo. Los Estados trataron de convertir el comportamiento sexual de las parejas en una conducta económica y política concertada. Que el Estado sepa que sucede con el sexo de cada unx pero que también cada ciudadanx sepa controlar esa función (Foucault 2012:29). El examen médico, la investigación psiquiátrica, el informe pedagógico y los controles familiares pueden tener por objetivo global y aparente negar todas las sexualidades erráticas o improproductivas: de hecho, funcionan como mecanismos de doble impulso: placer y poder. Placer de ejercer un poder que pregunta, vigila, acecha, espía, excava, palpa, saca a la luz y de otro lado, placer que se enciende al tener que escapar de ese poder, al tener que huirlo, engañarlo o disfrazarlo (ibíd. 2012:47).

Foucault sostiene que el proceso de histerización de las mujeres implicó una minuciosa medicalización de su cuerpo y su sexo y se sostuvo en el argumento de la responsabilidad que les cabía a las mujeres respecto de la salud de sus hijxs, el resguardo de la institución familiar y la

salud de la sociedad. El sexo se convirtió en el blanco del poder organizado alrededor de la gestión de la vida, uniendo población y cuerpo (ibíd. 2012:139).

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, asignándoles 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 histerización constituye la construcción social a través de la cual se explicaban las enfermedades femeninas a mediados del siglo XIX. Es un modelo de explicación útero centrista, en el que todo lo que aquejara a las mujeres a nivel fisiológico o moral se remitió a ese órgano. La diferencia era vista como anormalidad y cualquier síntoma físico de las mujeres era explicado por anomalías en el útero y los ovarios. La discusión médica sobre la inferioridad femenina basada en la fisiología del útero: menstruación, parto y puerperio llevaron a pensar que el útero era el órgano que dominaba el funcionamiento del cuerpo femenino y debía, por tanto, ser investigado exhaustivamente (López Sánchez 2010:225).

Lxs médicxs se erigieron en moralistas que a través de su trabajo científico buscaban mantener un orden social. Desde la medicina se justificó las diferencias sociales entre los sexos a partir del establecimiento de diferencias biológicas. Las mujeres eran consideradas más débiles, dominadas por su útero y de emociones lábiles, intelectualmente inferiores, más proclives a las labores domésticas, al cuidado y crianza de niñxs, etc. Las mujeres que no mostraban rasgos de abnegación hacia sus esposos e hijxs eran consideradas anormales y se buscaba en la anatomía la explicación de dicha anormalidad. (ibíd. 2010: 123 y 124)

La medicalización constituye el poder de los médicxs de monopolizar la definición de los padecimientos, el significado de los síntomas y los tratamientos correspondientes. La clase, etnia y género constituyen marcas que condicionan el diagnóstico médico y las mujeres han tenido

históricamente más posibilidades de que sus situaciones problemáticas fueran definidas como enfermedades y se les indicara un tratamiento médico (ibíd. 2010:23)

Rodhen describe como el campo de acción de la ginecología es definido en los diccionarios de medicina de fines del siglo XIX como mucho más amplio que las dolencias de la mujer. En los mismos se señalaba que para entender las patologías de las mujeres había que observar las relaciones sociales y estudiar sus características morales e intelectuales. La ginecología se fundó en el conocimiento de la “mujer natural”, que estaría determinada en cuerpo y mente por su función sexual, siendo su fisiología y patología la que afectase su comportamiento y teniendo consecuencias sociales y morales sin paralelo en el hombre (Rodhen 2002:120).

La autora señala a la ginecología como la ciencia de la diferencia sexual y de la feminidad. Para medir las capacidades de las mujeres se medía la pelvis mientras que a los varones les medían el cráneo. La ginecología se erigió en la defensora de un supuesto orden natural que no debía ser alterado y que “explicaba” el orden social que derivaba de la naturaleza. (Rohden 2002: 122)

A su vez López Sánchez hace referencia al dispositivo de feminización donde se cruzan los discursos médicos y las representaciones de la mujer, la institución médica y la medicina racional que se unen para controlar y excluir la participación de las mujeres en el ámbito de la salud institucionalizada. (López Sánchez 2010:123 y 124).

La consolidación de la ginecología y la obstetricia consistió en un proceso de apropiación de un conocimiento evidentemente popular y femenino. Implicó el paso al ámbito médico quirúrgico del parto, puerperio y atención de padecimientos uterinos que históricamente habían sido abordados por mujeres comadronas/ parteras de origen popular, que ejercían la partería empírica a domicilio. Esta práctica fue perseguida y sancionada y se inició un proceso de formación de parteras profesionales y la institucionalización del parto.

Como señala López Sánchez con el ejemplo de México, al principio asistían a los hospitales las mujeres que no podían pagarse una partera pero con el tiempo la relación se invirtió y las mujeres que asistían a los hospitales eran las de clase alta (ibíd. 2010:130).

La maternidad se convirtió en un problema político: las madres adquirieron importancia, en tanto responsables de la salud de sus vástagos que se necesitaban para el trabajo productivo de la Nación.

La maternidad se constituye en un rasgo elemental de la identidad femenina que pre-existe aunque no se ejerza. (Ibíd. 2010:131).

Para el caso argentino, Marcela Nari (2004) plantea como se fueron dando los procesos de maternalización de las mujeres y politización de la maternidad en la ciudad de Buenos Aires, entre 1890 y 1940. La autora refiere como el descenso de los nacimientos así como el trabajo asalariado femenino fueron vistos, por estadistas y médicos higienistas, como amenazas para el orden natural y social. La identificación de estas nuevas prácticas sociales como peligrosas derivó en la redefinición de las mujeres como madres y su reclusión al ámbito doméstico y privado.

El proceso de “maternalización de las mujeres”, que describe Nari, refiere a la progresiva confusión entre mujer y madre, entre femineidad y maternidad. Dicho proceso estaría íntimamente vinculado a la medicalización de la reproducción excluyendo otros ejercicios de la medicina, facilitada por la legitimidad científica y política que fueron adquiriendo los médicos a partir del apoyo estatal a la profesionalización médica, adjudicándole el monopolio de la atención de la salud. De esta manera, la ginecología se convirtió en la rama de la medicina encargada de la salud de las mujeres y estas fueron concebidas a partir de su aparato reproductivo exclusivamente y de su “natural misión” de perpetuación de la especie; la obstetricia se adjudicó el monopolio de la atención de los partos; y la puericultura sistematizó una serie de prácticas, hábitos y valores vinculados a la gestación, el parto, la crianza y el cuidado de los niños-hijos, que se impusieron a las mujeres con el objetivo de homogeneizar los comportamientos y sentimientos.

Laqueur (1990) en su libro “La construcción del sexo. Cuerpo y género desde los griegos hasta Freud”, describe como han ido mutando las ideas respecto de la relación de los hombres y las mujeres con la sexualidad. El autor señala como en la antigüedad las mujeres estaban asociadas las pasiones y el deseo sin límite, mientras que los hombres estaban asociados a la amistad. A finales del siglo XVIII surgió la idea de que las mujeres eran insensibles a los placeres sexuales y la ausencia de orgasmo se convirtió, entonces, en un indicador de la diferencia sexual (1990: 20 y 21).

Comenzó a vincularse la inestabilidad femenina con la presencia del útero que causaba cambios de humor impredecibles y tenía características patológicas como la capacidad de generar histeria. El descubrimiento de la contribución femenina a la reproducción se tradujo en la devaluación de

la actividad de la procreación, así como la idea de que el orgasmo femenino no era necesario para la concepción contribuyó al modelo de mujer desapasionada. (ibíd. 1990: 27 y 28).

Desde el siglo XVIII se establece como opinión dominante que la biología, es decir, el cuerpo estable, ahistórico y sexuado, es el fundamento del nuevo orden social que establece roles de género diferenciados para hombres y mujeres en términos económicos, sociales, políticos y culturales. Hasta entonces el sexo era una categoría sociológica y no ontológica. Cuando se establecieron las diferencias anatómicas entre cuerpos de hombres y mujeres, ya estaban marcadas por el poder político del género (ibíd. 1990: 30 y 31).

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).

En este sentido podemos pensar en la soberanía sobre el cuerpo de las mujeres. En la sociedad patriarcal en la que vivimos las mujeres encuentran serias dificultades para ejercer un poder soberano sobre sus propios cuerpos. Hay un poder-saber que se ejerce desde distintos dispositivos y el médico, específicamente el gineco obstétrico, tiene un lugar privilegiado. Por ello, podemos pensar a las resistencias de las mujeres a someterse a dicho poder, como ser las denuncias de la violencia obstétrica, la defensa del parto respetado, la presentación de planes de parto, como desafíos a la autoridad médica y una reivindicación de la soberanía sobre sus propios cuerpos.

### **Antropología, género y feminismo**

Aquí he optado por trabajar con autoras que trabajan con la categoría género desde la antropología, en tanto disciplina que investiga distintos aspectos de las culturas, y el feminismo como posicionamiento político frente a las desigualdades de género. En este sentido y siguiendo a Marta Lamas (2013), podríamos decir que la antropología se ha interesado en conocer cómo se expresan las diferencias entre varones y mujeres y la forma en que la cultura manifiesta esa diferencia (*ibid* 2013:98). Este interés se ha enmarcado en el debate de naturaleza/ cultura, y de allí surge la pregunta acerca de la relación entre diferencia biológica y la diferencia cultural, y el feminismo, a su vez, ha planteado otra pregunta, sobre el porqué esas diferencias se traducen en desigualdades.

Lamas (*ibid* 2013) plantea que los estudios sobre estas diferenciales sexuales y su traducción en diferencias culturales, tendieron a señalar a la diferencia biológica entre los sexos y, la maternidad en tanto expresión máxima de esta diferencia, como la explicación “natural” y casi inevitable de la opresión de las mujeres. La autora señala que durante mucho tiempo, tanto la antropología como los feminismos, cometían el error de pensar a la biología como inmutable y lo social como modificable.

La perspectiva de género han implicado el reconocimiento de que la diferencia sexual es una cosa y otra cosa son las atribuciones, ideas, representaciones y prescripciones sociales que se construyen tomando como referencia esa diferencia sexual para simbolizar y construir socialmente lo que es propio de los hombres (lo masculino) y propio de las mujeres (lo femenino) y que constituyen el género (Lamas 1996 y 2000).

La aceptación social de las distinciones entre varones y mujeres fortalece y da coherencia a la identidad de género, pero dichas distinciones no dejan por eso de ser un hecho social y la distribución diferenciada de papeles sociales no se desprende de manera “natural” de las diferencias biológicas. La fuerza que adquiere el hecho social de la estructuración del género hace que se perciba como natural y se invisibilicen los procesos de construcción y promoción social de determinadas actividades y destrezas diferenciadas por género.

Mari Luz Esteban (2006) plantea los aportes del feminismo y de la antropología al análisis del ámbito de la salud. En este sentido, señala como fundamental, la denuncia que hace el feminismo de la naturalización social de las mujeres, entendiendo a esta última como una percepción esencialista y biologicista del cuerpo de las mujeres que implica su marginación social por razones biológicas. Argumentos sobre una biología y una psicología diferencial, relacionadas siempre con la capacidad reproductiva de las mujeres, son presentados como justificación de una división sexual del trabajo que restringe la igualdad de oportunidades entre hombres. Esto ha implicado que se resalte su rol reproductivo por sobre sus aportes en otros campos de la vida social como la economía y la política. La separación entre lo público y lo privado, lo productivo y lo reproductivo han permitido la naturalización de la maternidad y la relativización de la paternidad a partir de

considerarla un hecho social. Los feminismos han permitido, en este sentido, dar cuenta del carácter variable de los procesos reproductivos y del control social que se ejerce sobre ellos así como desnaturalizar la reproducción y la sexualidad. (*ibid* 2006:11 y 12)

Esteban señala la perpetuación de visiones deterministas y biologicista sobre la realidad de las mujeres que operan en la práctica médico-sanitaria pero que permanecen invisibles para lxs profesionales de la salud. En este sentido, los estudios de género, sostiene, Esteban, contribuyen a la desnaturalización y descencialización de los malestares femeninos que realiza la biomedicina occidental que hace foco en los esquemas hormonales y la fisiología reproductiva de las mujeres, ubicándolas en el lugar de las otras, las vulnerables, las patológicas. De igual modo, la antropología feminista ha dado cuenta del hecho de que *son las desigualdades sociales –el género– las que interpretan y explican las diferencias biológicas –el sexo– de una determinada manera, y no al revés, como se piensa habitualmente* (*ibid* 2006:14)

Respecto al concepto de género, la autora se hace eco de la antropología y la teoría social del cuerpo para plantear que la identidad, el ser varón y el ser mujer, se configura a partir de actos, discursos y representaciones simbólicas, pero además tiene una base reflexivo-corporal, material, física y performativa; es decir, que la identidad está encarnada. El género es entonces, para Esteban, un hecho social total que debe ser analizado desde distintas dimensiones, económica, política, sanitaria, religiosa, etc. Y que es útil para explicar a una cultura en su conjunto. El concepto de género, señala la autora, es un principio de organización social que permite un análisis de diversos fenómenos sociales como por ejemplo las desigualdades en la salud de hombres y mujeres, entre otros.

Por su parte, Verena Stolke se refiere a las relaciones de género en tanto fenómenos socioculturales poniendo en entredicho el supuesto origen biológico de las desigualdades entre hombres y mujeres, la dominación masculina y la opresión femenina. La autora señala que tanto el hombre como la mujer son una invención, es decir, construcciones sociales, productos culturales. En este orden sexual dualista y heterosexual donde solo aparecen dos opciones posibles, varón y mujer, que se constituyen mutuamente y de modo autoexcluyente. Se asignan a los dos polos del binario, a través de una operación cultural, características que constituyen los estereotipos de género a partir de los



cuales surgen mandatos sociales de comportamiento. A su vez, las conductas de varones y mujeres son leídas y significadas a partir de dichos estereotipos. Como sostiene Stolke, no es tanto lo que las mujeres y los varones hacen sino los significados que se le otorgan a sus acciones dentro del sistema de relaciones de género. En dicho sistema las actividades definidas como femeninas son consideradas de menor importancia, respecto de aquéllas definidas como masculinas.

Gayle Rubin definió el sistema sexo género como el conjunto de disposiciones por el que la sociedad transforma a la sexualidad biológica en productos de la actividad humana y en el cual se satisfacen esas necesidades humanas transformadas (1986:97). En este sentido, Rubin define a la sexualidad y la reproducción como productos sociales y no como fenómenos meramente biológicos. A través de esta idea del sistema sexo/género, la autora hace referencia a las distintas maneras en que las culturas organizan la sexualidad y la reproducción, es decir, que no existe sólo un tipo de sistema sexo/género, dando cuenta del carácter contingente del patriarcado y de la opresión y discutiendo con su supuesta inevitabilidad/naturalidad. El patriarcado es un tipo de sistema sexo/género en que las mujeres son consideradas inferiores y su sexualidad es restringida a la función reproductiva. Ahora bien, señala Rubin, existen otras culturas que no pueden definirse como patriarcales, porque la sociedad no se organiza en función de la figura de un patriarca, pero que sin embargo también se sostienen en una dominación masculina que oprime a las mujeres. A su vez el sistema sexo/género es un término neutro que da cuenta de que existen y pueden existir culturas en las que no haya desigualdad de género o estratificación por género ni opresión de una identidad de género sobre otras.

Francoise Heritier en su reflexión sobre las jerarquías entre los géneros se pregunta acerca del supuesto de la debilidad femenina fundada en la capacidad de las mujeres de gestar, amamantar y criar hijxs y sostiene que aun suponiendo que estos procesos puedan implicar cierta fragilidad temporal no termina de explicarse la sujeción de las mujeres. Heritier se pregunta porque la diferencia sexual se traduce en una valoración desigual de los sexos que desvaloriza lo femenino y pondera lo masculino. Incluso, sostiene la autora, hay una tendencia a la apropiación por parte de los varones de la capacidad de las mujeres de engendrar tanto mujeres como varones. En el mejor de los casos, la procreación es considerada un trabajo conjunto en donde el aporte masculino es siempre el más valorado. El motor de la jerarquía entre los géneros, según señala Heritier, reside

entonces en la expropiación de las mujeres de su propia fecundidad y su reparto entre los hombres. La dominación masculina, sostiene la autora, se vincula al hecho de que los hombres no pueden engendrar y las mujeres si por lo que éstas han sido limitadas a la función reproductiva y esta última ha sido denigrada como una tarea menor, siendo paradójicamente necesario para los hombres pasar por una mujer para reproducir a sus iguales. Asimismo, la construcción de categorías binarias jerárquicas de valoración desigual a partir de la diferencia sexual y que suponen la primacía de una categoría sobre otra, lo masculino sobre lo femenino. En este sentido, aparece la anticoncepción y el aborto como el derecho de las mujeres a decidir sobre su propio cuerpo, Aquí se pone en juego la autonomía sobre el propio cuerpo de las mujeres, a quién le pertenece el cuerpo de las mujeres, quién ejerce la soberanía sobre el cuerpo de las mujeres.

### **Perspectiva historiográfica**

Si bien, en esta tesis trabajo con narrativas biográficas de médicos ginecólogos que tienen un anclaje en el presente, también se enmarcan en el largo plazo y en ese sentido se vinculan con la historia de la profesión médica argentina y el sistema de salud de nuestro país. Es importante pensar también a los relatos en su contexto de interlocución, y en este sentido, se considera a las narrativas como producciones personales y sociales en un determinado momento de la biografía de los sujetos y en el caso de esta tesis, en un determinado contexto del desarrollo de la ginecoobstetricia (Margulies y Barber en García 2009).

### **La profesión médica en Argentina**

Aquí me parece importante señalar 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 (*ibid* 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 (*ibid* 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 permitió 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.

Podría decirse que el discurso médico ha servido para garantizar un orden social. Los valores burgueses primaron sobre los mandatos y los usos del cuerpo y las maneras de nacer, parir y morir.

### **La organización del Sistema de salud en Argentina**

El sistema de salud en Argentina está organizado en tres subsectores: público, seguridad social y privado. El subsector de salud pública otorga atención gratuita en hospitales y centros de salud a toda persona que lo demande. La gestión de los hospitales y centros de salud puede ser nacional, provincial o municipal. Dependiendo del efector de salud o la jurisdicción de que se trate, hay casos donde solo se atiende a personas que no cuenten con otra cobertura que no sea la de salud pública o se atiende exclusivamente a las personas con domicilio en la jurisdicción del efector de salud.

El subsistema de la seguridad social se compone de las obras sociales que corresponden a los gremios según rama de actividad y que cada trabajador/a realiza los aportes a la misma a través de descuentos en su salario. Las obras sociales pueden ser nacionales o provinciales. Por último, el subsistema de salud privado lo integran las prepagas que son organizaciones privadas con fines de lucro a través de las cuáles las personas contratan de manera privada y directa un plan que incluye determinadas prestaciones. Asimismo, hay profesionales de la salud que atienden en sus consultorios privados y que no trabajan con obras sociales y prepagas sino que cobran honorarios por el servicio prestado directamente a la persona que consulta.

Este sistema fragmentado tiene distintas aristas en la historia de su organización que se han ido modificando a través del tiempo. En sus inicios, los servicios de salud eran provistos por algunos establecimientos de asistencia pública, hospitales públicos especializados, mutuales y establecimientos privados, sin mucha intervención del estado en la organización del sector y sin una política de salud definida a nivel nacional.

A mediados de la década del 40, con el primer gobierno peronista, el sector público comenzó a ocupar un rol central, tanto como prestador como en el diseño y desarrollo de políticas específicas para el sector. Con la creación del Ministerio de Salud se dio impulso a la salud pública, ampliación de capacidad instalada, desarrollo de programas de lucha contra enfermedades endémicas, etc., así como se fortaleció la intervención del Estado en la organización del sector. También en esta época, se empezó a constituir el sector de la seguridad social en la que lxs trabajadorxs hacían aportes voluntarios y solidarios a los gremios correspondientes por rama de actividad (Cetrángolo y Devoto 2002).

Hacia principios de 1970, con la concurrencia del sector público, se extendió el subsistema de obras sociales (instituciones de salud de la seguridad social), y el aporte de lxs trabajadorxs devino obligatorio. La extensión de la obligatoriedad de los aportes y las contribuciones sobre la nómina salarial y la ampliación de la cobertura fueron elementos fundamentales de redistribución progresiva, en tanto dieron lugar a la generalización de servicios sociales y del amparo frente a los riesgos de enfermedad. Los recursos de cada obra social servían para brindar un nivel de cobertura homogéneo a todos los beneficiarios de cada rama de actividad, aunque existían importantes disparidades entre obras sociales (*ibid* 2002).

La red de servicios estatales, que era hegemónica hasta la consolidación de este esquema pasó a quedar reservado, básicamente, a la atención de la población más carenciada, sin cobertura de la seguridad social. No obstante, dependiendo de las circunstancias, el sector público también suele brindar cobertura adicional a los asociados a otros esquemas (*ibid* 2002).

A principios de los años noventa, bajo el primer gobierno de Carlos Saúl Menem, se llevó a cabo una reforma que implicó la transferencia de los servicios de salud a provincias y municipios. La descentralización del gasto social en Argentina ha obedecido a la presión ejercida por la Nación para modificar en su favor la relación financiera con los estados provinciales y municipales. Adicionalmente, la salud pública, al seguir un modelo basado casi exclusivamente en la actividad hospitalaria, destina casi todos sus recursos al nivel secundario (patologías más serias que requieren cuidados especiales o internación), al terciario (alta complejidad) y a las emergencias.

Este tipo de asignación del presupuesto va en desmedro del desarrollo de programas de atención primaria, que son la puerta de entrada natural al sistema de atención médica y más costo- efectiva en el largo plazo. En cambio, el sistema presenta una expansión desmedida de algunos proveedores; un elevado número de médicos (en particular de especialistas), y con un exceso de equipamiento caro y subutilizado y de camas hospitalarias y sanatoriales. Desde 1991, se sumó la introducción de un nuevo "modelo" microeconómico, conocido como Hospital de Autogestión, al cual han ido ingresando los principales hospitales provinciales.

El modelo propiciado para el Sector por los organismos financieros internacionales y adoptado por los gobiernos planteaba servicios públicos dirigidos en forma gratuita sólo a sectores vulnerables, el resto de las prestaciones debería ajustarse a la racionalidad costo/beneficio que rige la actividad privada (Belmartino, 1999) Las medidas implementadas repercutieron fuertemente en la accesibilidad de la población de bajos recursos a los servicios de salud y generaron un proceso de desregulación y privatización en el sector con capacidad de pago. De esta manera, las condiciones de la práctica profesional quedan fuertemente atadas al modelo organizativo de la atención médica. Las modalidades vigentes se orientan a administrar la oferta, con lo cual se reduce la autonomía profesional en las decisiones relativas a su práctica (Bloch, Luppi, y Aronna, 2003). Actualmente la mayor parte de las contrataciones de profesionales se realiza por pago de honorarios contra facturación, evitando de esta forma las responsabilidades emanadas de una relación contractual de dependencia como la cobertura de salud, pago de cargas sociales, etc. A partir del régimen de autogestión en los hospitales se produce la tercerización de servicios que comienza por las áreas de alimentación, limpieza y servicios generales y luego se extiende a otros servicios. (Abramzón y Rovere 2007).

La mayoría de lxs profesionales de la salud se desempeña en los tres subsectores de salud frente a lo que se ha denominado los procesos de proletarización de la medicina que ha implicado que lxs médicxs tengan que trabajar en distintas instituciones para alcanzar un ingreso acorde al tiempo y esfuerzo invertido en su formación (mínimo de 9 años: 6 de pregrado y entre 3 y 4 años de residencia para la especialidad). Esta proletarización se refleja también en la pérdida de autonomía de lxs medicxs de definir los términos del ejercicio de su práctica como la cantidad de personas atendidxs, tiempo de atención de cada persona, el monto de sus honorarios, sus condiciones de trabajo, etc.

En este sentido, es importante tener en cuenta que en muchos casos lxs profesionales que trabajan en el subsector de salud pública son lxs mismxs que trabajan en el subsector de salud privada, sea obras sociales, empresas de medicina privada o por cuenta propia. Es decir, que la división entre profesionales de la salud pública y del sector privado no siempre es pertinente porque en muchas veces son lxs mismxs profesionales. Puede que lxs profesionales adquieran prácticas distintas según el ámbito de desempeño, sea porque cuentan con mayores recursos materiales o humanos en una clínica privada que en un hospital público, o porque su nivel socioeconómico coincide con el de la población que atienden en el sector privado y no así en el público o porque en los consultorios de obras sociales y prepagas tienen que atender a determinada cantidad de gente por día y la consulta tiene un tiempo estimado de duración. Asimismo, puede que algunxs de lxs profesionales se refieran al ámbito privado como su consulta por cuenta propia sin relación de dependencia con obras sociales o prepagas y esto hace a las características de la relación médicx-paciente, siendo en este caso, la persona usuaria a quién responde le profesional y no a lxs jefes del servicio, directorxs de hospitales o administradorxs de las obras sociales o empresas de medicinas prepaga.

## **Capítulo 1: “Para la obstetricia mejor varón y para ginecología mejor mujer”. Especialidad médica y género.**

El sistema sexo-género es constitutivo de las relaciones sociales y las relaciones médicas – paciente no son una excepción por lo que la adscripción de género de lxs profesionales y de las personas usuarias son una dimensión constitutiva del tipo de relación social establecida. Que ambas partes de esta interacción compartan la identidad sexo genérica puede ser un facilitador de la relación como bien puede ser un obstaculizador. Esto parece variar según la especialidad médica de que se trate, la clase social y edad de las personas usuarias, entre otras cuestiones. En ginecología asume una significancia particular, porque refiere a la salud sexual y reproductiva de las mujeres, a su intimidad, su genitalidad y sus conductas sexuales, entre otras cuestiones.

En el análisis de las barreras para el acceso a la realización del PAP en el marco de las investigaciones llevadas a cabo por el Programa Nacional de Prevención de Cáncer Cervicouterino, el género de lxs profesionales que llevaran a cabo la práctica incidía directamente en el hecho de que las mujeres se realizaran el PAP. Muchas mujeres preferían que fueran profesionales mujeres quienes realizaran el PAP y si el único profesional era un varón no se realizaban el estudio e incluso ningún otro control ginecológico. Se consideraba también que el hecho de que las navegadoras que acompañaban a las usuarias en los tratamientos de lesiones precancerosas y cáncer cervicouterino fueran mujeres permitía generar mayor empatía y confianza.

Asimismo, la experiencia de vida de cada profesional que está muy vinculada, si bien no exclusivamente, a su identidad sexo-genérica, incide también en la elección de la especialidad y en el ejercicio de la misma. El haber pasado por un embarazo, parto y puerperio, o la menopausia, el haber tenido cáncer cervicouterino, de mama, etc. Pueden incidir no solo en la elección de la especialidad sino en la posibilidad de empatizar con las experiencias que atraviesan las mujeres usuarias.

A su vez, muchas usuarias a la hora de elegir un profesional para una cirugía, para un tratamiento de cáncer o para la atención de su embarazo o parto se inclinan por un profesional varón porque asocian a la masculinidad con la precisión técnica, la firmeza en las decisiones, el carácter



resolutivo, etc. Ahora bien, es interesante pensar como dichos ámbitos del ejercicio de la medicina se han configurado con las características consideradas como masculinas y eso ha generado una restricción en el acceso a mujeres medicas además de la autoexclusión de las mismas profesionales al no considerar que reúnen dichas condiciones o porque las características del ejercicio de esas especialidades aparecen como incompatibles con los roles sociales esperables para las mujeres en nuestro sistema sexo-genero, muy relacionados a la reproducción social, la crianza de hijxs y el cuidado de otrxs miembrxs de la familia.

Los análisis históricos de la profesión médica en Argentina y el mundo plantean una feminización de la medicina en los últimos años. También emerge en los relatos de lxs médicxs entrevistadxs que habría cada vez más mujeres que estudian medicina. Ahora bien, sucede que en algunas especialidades y subespecialidades médicas siguen estando sobre representados los varones, como ser la cirugía o la obstetricia. Estos son considerados ámbitos masculinos, tanto por usuarias como por profesionales. Los jefes de los servicios, directores de hospitales, presidentes de las sociedades científicas y los referentes teórico - académicos, suelen ser varones. Las mujeres profesionales suelen ser mayoría en espacios de primer nivel de atención y en la asistencia de la parte más clínica.

Es por ello que me propongo en este capítulo, analizar los motivos que aparecen en los relatos y narrativas de lxs profesionales a propósito de la elección de su especialidad como así también la relación que establecen entre el género y dicha elección. De igual modo reflexionar sobre como significan a unas especialidades como masculinas y otras como femeninas, qué características definen como femeninas y masculinas en el ejercicio de la medicina y porque ayudarían o no en determinadas especialidades o prácticas médicas.

Enmarco la elección de la especialidad en un contexto más amplio relacionado con la feminización de la medicina en general y de la gineco obstétrica en particular y las explicaciones de lxs entrevistadxs sobre dicho fenómeno. Me interesa retomar aquí como lxs ginecólogxs entrevistadxs significan el proceso de feminización de la medicina, los significados que le atribuyen a sus motivos de elección de la disciplina y la división sexo genérica que parece darse entre la ginecología y la obstetricia, donde las mujeres se abocarían más a la primera y los varones a la segunda.

## ***“La medicina en general, tiene más cara de mujer”.* Teorías nativas sobre la feminización de la medicina**

Lxs entrevistadxs refieren que la medicina se está feminizando por una cuestión de rentabilidad, ya no está tan bien paga y entonces los hombres buscan otras profesiones más rentables. Los varones entrevistados difieren un poco en su respuesta, más bien lo explican por los avances de las mujeres en la sociedad y en las profesiones. En algunos casos señalaban que son más aplicadas y medicina es una carrera exigente, lo que explicaría según ellos el aumento de las mujeres en la profesión.

Martín es un médico ginecólogo de 50 años de edad, divorciado con dos hijas y jefe de consultorios externos de un Hospital Público de zona noroeste del conurbano bonaerense. Me comentaba en una entrevista en su consultorio del Hospital antes de iniciar la atención una calurosa mañana de diciembre, a propósito de la feminización de la medicina:

*“...yo creo que en los últimos años la medicina en general tiene más cara de mujer, y las especialidades tienen más cara de mujer porque mucho, la elección de la profesión ahora, la medicina es más requerida por mujeres que por hombres, no sé si tiene que ver con la parte económica, los hombres por ahí se dedican más a otras carreras que les sean más redituables, no lo sé, pero nuestros alumnos de medicina son mucho más, yo te diría casi un 70% los que entran, son mujeres, 30 varones. Y en la residencia también, lo mismo.”*

Martín señalaba además que ninguna de sus hijas estudia medicina, que tanto el cómo su ex pareja y madre de sus hijas que también es médica, *“les prohibieron”* estudiar medicina porque *“es una carrera muy sacrificada”*.

Otros relatos van en la misma dirección sobre la feminización de la medicina, como el de Antonio que es residente de cuarto año de ginecología en un hospital de obra social y pertenece a una generación más joven que la de Martín.

*“Lo que se dice siempre, y seguramente vos también lo escuchaste, es que antes la medicina era redituable, entonces, también, se supone que, no es lo que pasa realmente en*

*la actualidad, pero el sostén de la familia era el hombre, por eso antes, los hombres estaban y ahora, que en realidad la medicina, o hay otras cosas que son mucho más redituables, los hombres se fueron yendo para ese lugar. Eso es lo que se dice siempre”* (Antonio, residente cuarto año de ginecología, hospital de la obra social de la fuerzas armadas en CABA, 30 años, en pareja sin hijxs).

O el relato de Ernesto, ginecólogo jubilado, que es de una generación posterior a la de Martín, también aparece esta idea de que la feminización se vincula con la disminución del rédito económico en el ejercicio de la medicina:

*“En primer lugar la mujer ha tenido una salida laboral mucho más grande, en este momento. Antes la mujer estaba recluida a criar a los hijos y éramos nosotros los varones que teníamos que salir a trabajar. Eso afortunadamente se disolvió. Y por otro lado, yo creo que la medicina, digamos, se ha empobrecido económicamente y el hombre ha tenido que buscar otras profesiones, otras carreras, otros oficios, para poder mantener a la familia. Hoy en día, yo lo veo en médicos jóvenes, es muy muy difícil, la parte laboral, digamos, con haberes pobrísimos. Inclusive las prepagas pagan una miseria. Los sueldos de los hospitales...”* (Ernesto, medico ginecólogo jubilado de Hospital Público de CABA, 73 años, casado con tres hijas)

Lxs entrevistadxs identifican a la feminización de la medicina como un fenómeno relativamente reciente. Sin embargo se ven algunas diferencias entre las generaciones, en la descripción de la composición sexo genérica de la profesión y su explicación. Lxs más grandes en edad, mayores de 60 años, como Ernesto, ven el cambio comparando su experiencia de estudiantes y residentes con su experiencia actual de docentes, jefes de servicio o jubiladxs e identifican en las nuevas generaciones de médicxs, mayor representación de mujeres en relación a la suya. Mientras los más jóvenes como Antonio, que es aún residente, retoma los dichos de generaciones anteriores a la suya, como un sentido común que circula y que da por hecho que la feminización se produjo. Lo que el constata en su presente como residente y su pasado reciente de estudiante de medicina es que la mayoría de sus compañeras de carrera y residencia son mujeres.

Algunas entrevistadas también señalan a la feminización de la medicina como un doble proceso de devaluación de la profesión y reposicionamiento de la mujer en la sociedad.

*“Si, aumento. El día que una profesión deja de ser rentable es tomada por la que corresponde y la que corresponde es mujer. Es así, el hombre es como que necesitas más dinero, lleva dinero a la casa, entonces la medicina dejó de ser rentable para muy pocos, rentable, pero creo que también es parte de posicionar a la mujer en el lugar que le corresponde, por una cuestión de género si se quiere también. Hoy la mujer no permite que un tipo te ponga la mano, la pata en la cabeza, bajo ningún concepto, no existe hoy eso, por lo menos en el ambiente nuestro...”* (Candela, 50 años, tocoginecóloga, Hospital Público de CABA, separada sin hijos)

*“Mira en la residencia me tuve que pelear con los hombres porque en el año que yo entré entramos...antes la proporción de hombres y mujeres era así...era 50-50, ahora es 80 mujeres 20 hombres, eso te prueba que la carrera no está bien paga porque son demasiados años y está llena de mujeres...los hombres se ven obligados a elegir otro tipo de actividades porque para mantener a la familia también ¿No?”* (Carla, ginecóloga de un centro de salud pública municipal de zona norte del conurbano bonaerense, 60 años, casada, tres hijos)

Por un lado, se plantea la migración cuasi natural de los varones de una profesión menos rentable hacia una más rentable, ya que éstos tendrían dentro de nuestra sociedad, el rol de proveer el sustento a los hogares. Y a la vez las mujeres habrían adquirido, según las entrevistadas, otro rol en la sociedad gracias a ciertos avances en la equidad de género y al empoderamiento de las mujeres que ya no permitirían que las maltraten o que les nieguen avanzar en su carrera profesional.

Una de las entrevistadas, gineco obstetra recientemente jubilada como jefa del servicio de Obstetricia de un Hospital público de CABA, comparaba el proceso de feminización de la medicina con el de otras profesiones. Según Amanda, con quien me entreviste en un café de Barrio

Norte, sigue rigiendo una visión paternalista de quién es el responsable del sustento del hogar y eso incide en la composición sexo genérica de las profesiones:

*“En la Medicina en general, segundo sueldo, como las maestras. Hace muchos años antes de que yo fuera estudiante del secundario había más maestros, eran los hombres los maestros, cuando empezó a disminuir el sueldo de los maestros se convirtió en un segundo sueldo. La Medicina hoy es un segundo sueldo, es así o sea los hombres buscan algo más rentable, punto, tienen que sostener un hogar...sigue habiendo una...por más que trabajen los dos juntos pero sigue habiendo una visión paternalista en cuanto quién es el responsable...una cosa es compartir...es como yo digo con los platos, cuando te toca lavar los platos el varón dice ¿Te ayudo? El día que no tengo ganas no te ayudo, no es mi obligación es yo te ayudo, bueno con el sueldo también hay una cosa de quién es la responsabilidad de sostener a la familia, la responsabilidad es del varón, la mujer contribuye eh...entonces bueno, buscan otra cosa, siendo los maestros en sus inicios mayoría de varones pero cuando se convirtió en un sueldo menor, un segundo sueldo, se fue feminizando, lo que explicaría que la mayoría de las maestras actuales sean mujeres”.*  
(Amanda, 61 años, casada, un hijo, gineco obstetra jubilada como jefa del Servicio de Obstetricia, Hospital público de CABA).

Algunas entrevistadas sostienen también que la carrera de medicina durante mucho tiempo estuvo vedada para las mujeres o se desincentivaba su ingreso, a veces por mecanismos más sutiles como entrevistas u otras herramientas que permitieran seleccionar a lxs ingresantes sin que se explicitara al género como un criterio de selección.

*“No, mira a nosotros nos pasó algo muy gracioso...cuando yo entro en la residencia el que era titular de la cátedra en ese momento dice: “Ay este año no hubo entrevistas por lo cual entraron 3 mujeres”, esa fue nuestra recepción”* (Gabriela, 48 años, tocoginecóloga, Hospital Público CABA, casada con un hijo)

*“...por ejemplo, en la residencia, donde habiendo sacado mayor puntaje que los varones, fuimos a una entrevista, que se yo, y las mujeres automáticamente todas abajo y arriba todos los varones por mas malo que hubieran sido en los exámenes, y abajo todas las mujeres. Las oportunidades de accesibilidad sí, no son iguales, en cuanto a ginecología oncológica también, y en el Fellow mucho más todavía, yo igual tenía una compañera mujer, pero el del año superior mío era varón y él tuvo miles de oportunidades más, y el jefe ahí...nada, re machista, son re machistas, tratan de elegir varones, y si, no es igual, para nada...” (Laura, oncoginecóloga de Hospital público CABA, 37 años, casada, dos hijxs)*

Por otro lado, algunos ginecólogos varones sostiene que las mujeres son más *estudiosas, estrictas y aplicadas* y que por ello eligen medicina que es una carrera *muy larga y hay que estudiar un montón* y les va mejor durante la carrera que a los varones, que suelen tener *más distracciones y ser más dispersos*.

*“...yo la verdad que no sé porque, creo que también, me parece que al momento de la elección de la carrera, es una carrera muy larga, hay que estudiar un montón y, creo que en cuanto a eso, siempre la mujer es...yo, es mi pensamiento, no sé, la mujer siempre es mucho más estricta, aplicada y estudia más que los hombres, o tienen distracciones, yo creo que es una carrera que les resulta más fácil, nosotros tenemos muchas más distracciones, somos muchos más dispersos, y hay que ser mucho más constante en realidad, creo que también en el camino quedan un montón de varones. (Antonio, residente de cuarto año de ginecología, Hospital de obra social de las fuerzas armadas, CABA, 30 años, en pareja, sin hijxs)*

Muchas ginecólogas no parecen estar de acuerdo con esta explicación y refuerzan el argumento de que los salarios devaluados le ponen cara de mujer a las profesiones. También se plantea que, si bien la medicina en general parece haberse feminizado, algunas especialidades permanecen exclusivas para hombres como la traumatología o la urología. Y otras especialidades como la pediatría o la ginecología serían para mujeres. Es decir, que habría una distribución sexo genérica de las especialidades.

*“No sé algunos dicen que en general en Medicina hay más mujeres porque dejó de ser rentable...pero las especialidades como traumatología es típica de hombre, urología y así como...gineco y pediatría es más de mujeres, no sé por qué, no sé por qué la verdad que no sé, pero eso sí se ve”* (Nora, gineco obstetra, hospital público de zona suroeste del conurbano bonaerense, 60 años, separada con un hijo)

En sus relatos, un grupo de entrevistadas señalan que el hecho de que haya más mujeres en la carrera de medicina y que se reciban más mujeres de médicas no se traduce en el acceso de éstas a espacios de poder y decisión o de reconocimiento profesional.

*“Si, en números hay más mujeres. Pero en lo que es, ponele, societario, presidente, presidente de sociedades, en general son hombres. Las autoridades suelen ser hombres más que mujeres. Los organizadores de congresos en general, y los nombres reconocidos de cirujanos en general son hombres más que mujeres”* (Alma, residente de cuarto año de ginecología de Hospital de obra social de las fuerzas armadas en CABA, 31 años, en pareja sin hijxs)

Más bien señalan que las sociedades científicas, la dirección de servicios y hospitales son ocupadas por médicos varones<sup>6</sup>. Que lxs profesionales reconocidos en su especialidad suelen ser varones, sobre todo en algunas especialidades como cirugía. Esto parecería evidenciar una suerte de techo de cristal que supone una segregación vertical por género, en la que las mujeres tienen menos posibilidades que los varones de acceder a cargos directivos o de jefatura (Pautassi 2006).

Aquí como señala Pautassi *es importante diferenciar entre feminización y equidad de género, puesto que el incremento del ingreso de las mujeres profesionales en el sector en momentos de precarización de las condiciones de trabajo aumenta fuertemente la inequidad en el empleo, desde*

---

<sup>6</sup> En este sentido los datos de la provincia de Buenos Aires son elocuentes: las mujeres solo ocupan el 25% de las direcciones ejecutivas en las instituciones hospitalarias. Es decir, menos de 3 de cada 10 cargos. Entre las direcciones asociadas, la participación de las mujeres incrementa al 41%. De todas formas, aun en las direcciones asociadas no se alcanza la paridad. Fuente: Aportes para el desarrollo humano en Argentina 2018: Género en el sector salud: feminización y brechas laborales. 1ª ed. Buenos Aires: Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo -PNUD, 2018

*una perspectiva de calidad. Se destaca la presencia y persistencia de la vulnerabilidad en el empleo en salud, tras varios años de reforma sectorial y con la instrumentación de medidas de flexibilización en las condiciones de trabajo. (ibid 2006:198)*

Para algunxs entrevistadxs, se plantea como problemático el ingreso de las mujeres a la carrera de medicina o a determinadas especialidades por la falta de disponibilidad para cubrir guardias o situaciones que no pueden ser previstas de antemano por el hecho de quedar embarazadas o tener hijxs

*“Les gusta la medicina pero que después no quieren hacer guardias porque tienen hijxs”*  
(Manuel, jefe de ginecología, hospital de obra social de fuerzas armadas, CABA, 51 años, casado, una hija).

*“Después te dicen, yo he escuchado muchas veces: “no si, porque las mujeres después se quedan embarazadas y largan el consultorio, o no pueden operar”, que se yo, yo no estoy embarazada, pero hay gente lo piensa”.* (Alma, residente de cuarto año de ginecología, Hospital de obra social de Fuerzas armadas, CABA, 31 años, en pareja sin hijxs)

Estos relatos señalan el acceso diferencial entre varones y mujeres a instancias de formación y oportunidades laborales ya que sobre las mujeres pesa la probabilidad de quedar embarazadas o el hecho de tener hijxs y la sospecha de que eso afecte su desempeño profesional. Las implicancias que tiene en su carrera profesional y en el nivel de ingresos de las mujeres médicas que tienen hijxs el hecho de que disminuyen su caudal de trabajo o rechazan trabajos mejor pagos para poder resolver la tarea del cuidado y crianza de lxs hijxs. Incluso algunos espacios de trabajo desalientan el ingreso de mujeres en edad fértil pensando justamente en que puedan embarazarse y tener hijxs y que eso afecte su disponibilidad para el trabajo y/o su rendimiento. Resultando en una desigualdad del desarrollo profesional y el nivel de ingresos entre hombres y mujeres.

*“..yo siempre trabaje mucho, hasta las 8 de la noche, entonces yo, cuando nació Meli disminuí un poco, cuando nació el segundo disminuí más todavía, entonces, bueno, tengo menos ingreso económico, él tiene más porque trabaja más horas, y bueno y no me parece mal, pero que yo a veces me siento como un poco disminuida y eso que tengo dos trabajos y todo, pero es algo que pasa, no por la carrera digamos, no, ahí no, como son otras especialidades no hay celos ni nada, pero si por la parte esa, yo no sé, se me ocurre hacer*



*algo, bueno, no nos alcanza la plata, bueno, hago dos guardias, no, no hago guardia, no hago, nada tengo la posibilidad de ganar más plata de la que gano porque no trabajo más, pero como que siempre tuve, pude, bueno, hago dos guardias o hago lo que sea, o consultorio, o meto alguna cirugía, y no, y bueno, estoy como que lo acepto, y lo decidí yo y todo, pero esa ambivalencia me perseguí desde lo académico, digamos, que dejo un poco por estar con los chicos y también desde lo económico, me gustaría tener más soltura, más, nada, no depender un poco. Y también siento que el que tiene, que el gana más plata, pero sé que es un mambo mío o de mis viejos, que el que gana más plata tiene, no sé, un poco más de peso, igual, mejor que no tenga tanto peso yo porque sería más insoportable, pero, no tiene que ver con la carrera, pero si tiene que ver con otra cosa... (Laura, ginecóloga oncológica de Hospital público de CABA, 37 años, casada con dos hijxs)*

La experiencia de Laura, que está casada con un médico de otra especialidad, pareciera dar cuenta de esta disparidad de género, ya que, según señala, tuvo que reducir su caudal de trabajo a partir del nacimiento de sus hijxs, lo que implicó la postergación de su desarrollo académico y laboral para estar con ellxs. A su vez, esto se tradujo en una disminución de sus ingresos, lo que afecta, según ella relata, sus posibilidades de tomar decisiones en relación a la economía del hogar.

*“tuve un consultorio incipiente, que además trabaje mucho tiempo, 8 años en una obra social donde trabajaba y operaba, en la obra social de los mecánicos, en SMATA, pero cuando nació el segundo bebe deje eso. Y en privado tuve un tiempo si, como incipiente el consultorio, nunca muchas horas, pero como nació el segundo bebé como que también lo corte, lo tiro para más adelante”.*

La investigación realizada por Bloch, Luppi y Aronna (2003) en la ciudad de Rosario, Argentina, da cuenta de cómo las mujeres médicas están más afectadas por la subocupación y más restringidas respecto de la posibilidad de diversificar o aumentar la cantidad de trabajos: mientras sólo el 26,9% de los médicos tenía una sola ocupación, el 39,3% de las médicas se encontraba en esa situación. En relación con la categoría subocupación, ésta afectaba al 27,2% de los varones y al 37,2% de las mujeres (Rovere 2006:177)

Aquí podemos pensar en el concepto de “techo de cristal” acuñado por el feminismo y que refiere a los impedimentos que encuentra las mujeres para desarrollar sus carreras profesionales que no son visibles porque no aparecen en ninguna norma o legislación explícita que les prohíba ascender en sus trabajos, acceder a puestos jerárquicos o perfeccionarse profesional o académicamente. Pero son impedimentos que operan en la práctica como no ser contemplada para cargos jerárquicos porque no se considera que tengan el carácter frío, exigente o severo que se supone conlleva el ejercicio de un cargo de jerarquía superior (todos rasgos considerados estereotípicamente masculinos). O se asume que no pueden dedicarle mucho tiempo al trabajo porque deben ocuparse de sus familias y de la organización doméstica. La presunción de que tienen o tendrán hijxs de que ocuparse y no podrá cubrir el horario, las guardias, etc. Asimismo, muchas mujeres suelen autoexcluirse de cargos de liderazgo y responsabilidad por considerar que no reúnen las condiciones o por priorizar proyectos familiares o el cuidado de tercerxs (Pozzio 2010).

Como señala Rovere (2006), frente a la feminización de la medicina, surgen cuestionamientos de cómo las mujeres van a compatibilizar la vida familiar con la vida laboral, preocupación que no aparecía respecto de otras profesiones u oficios históricamente desarrollados por mujeres como la enfermería o el caso de las parteras. En general, la ecuación se resuelve con menos carga de trabajo remunerado para las mujeres, lo que impacta directamente en sus sueldos y el desarrollo de su carrera profesional y laboral.

### ***“Para obstetra mejor varón, para ginecóloga mejor mujer”.* Explicaciones nativas sobre la distribución sexo genérica en las subespecialidades**

Me interesa señalar aquí algunas cuestiones que aparecen en los relatos de lxs profesionales respecto de la distribución sexo genérica de las subespecialidades: ginecología y obstetricia. Muchas de las ginecólogas mujeres entrevistadas refieren que no querían o no podían hacer obstetricia o que la abandonaron cuando tuvieron hijxs. Es importante pensar en los motivos de la mayor representación de varones en la obstetricia y como esta se vincula a las posibilidades efectivas de las mujeres profesionales de elegir y ejercer especialidades como la obstetricia que por un lado se vinculan con la atribución de características definidas estereotípicamente como masculinas que suponen su ejercicio pero además con los roles sociales que se espera que cumplan

las mujeres respecto del cuidado de hijxs y otrxs miembrxs de la familia. Esto incide también en la relación médicx-paciente que establecen lxs profesionales varones y las profesionales mujeres con las usuarias de los servicios de ginecología y obstetricia.

*“Bueno, comencé a estudiar en el 74 en la UBA, me recibí de médica en marzo del 80 o sea hice la carrera en 5 años, después como nació mi hijo para ese año en el 79 en diciembre del 79, hice 1 año de concurrencia...2 años de concurrencia y después sí entré a la residencia cuando ya mi hijo tenía 2 años”* (Nora, gineco obstetra, Hospital público de zona suroeste conurbano bonaerense, 60 años, separada, un hijo)

*“Fue muy difícil este...me recibí con mi primer hija nacida e hice concurrencia, no hice residencia porque me parecía que era algo muy...muy eh... ¿Cómo se llama? Excesivamente ¿Cómo se dice? Demandante eso sí”* (Emma, ginecóloga, Hospital de obra social de trabajadorxs de CABA, casada, tres hijxs)

Las trayectorias profesionales de las mujeres que eligen gineco obstetricia parecen coincidir en el abandono de la obstetricia cuando quedaron embarazadas o con el nacimiento de sus hijxs. Carla, médica ginecóloga, casada con tres hijxs estudiantes universitarios, que trabaja en un centro de salud pública de la zona norte del conurbano bonaerense, también señalaba que trabajó como concurrente unos años y empezó a hacer guardias de obstetricia pero que lo dejó cuando quedo embarazada para dedicarse exclusivamente a la ginecología. Por su parte, Andrea que es uro ginecóloga<sup>7</sup> de un hospital de la obra social de trabajadores de la CABA, tiene 60 años, está casada y tiene tres hijas, comentaba que siempre le gustó obstetricia y le encantó cuando hizo la residencia pero después *“... me embaracé, tuve mis hijas y ya me resultó muy agotador, y por suerte, la residencia había sido obstetricia con ginecología, entonces, tenía esa formación como tenemos muchos que hacemos tocogineco porque después con los años, nos vamos inclinando más a la ginecología para poder dejar las guardias, el estrés.*

---

<sup>7</sup> La uroginecología es la rama de la ginecología y de la urología que estudia los trastornos genitourinarios de las mujeres, sobre todo la incontinencia urinaria y el prolapso.

Susana, ginecóloga Infanto juvenil jubilada, señalaba que *vivir de la obstetricia con una familia e hijos es muy duro. Porque la vida no es tuya. Entonces criar es muy difícil. Y la verdad que bueno, nos ajustamos el cinturón y labure de ginecóloga no de obstetra.*

En los relatos de varias de las ginecólogas entrevistadas aparece esta dificultad para iniciar o terminar su residencia, parte fundamental de la formación de especialista, porque estaban embarazadas o había nacido algunx de sus hijxs en ese momento. O, en algunos casos, que no habían podido continuar el ejercicio de la obstetricia ya que esta aparecía como incompatible con el embarazo y el cuidado de lxs hijxs. Aquí puede verse como la maternidad tiene un peso sustantivo en la formación, elección de la especialidad y en el ejercicio de la misma, así como el tipo, la cantidad y calidad de trabajo a la que pueden acceder las mujeres médicas.

El proceso de maternalización de las mujeres que se dio hacia fines del siglo XIX y principios del XX, que describe Marcela Nari (2004), refiere no solamente al mandato de la maternidad para todas las mujeres, en este caso, usuarias y médicas, sino que también refiere a que la prioridad de las mujeres debe ser ejercer ese maternaje y otras actividades, como el ejercicio de una profesión, no deben interponerse sino más bien estar subsumidas a la principal actividad femenina: la maternidad. Incluso la legislación laboral referida a los derechos de las mujeres estuvo, sobre todo en sus inicios, destinada a proteger su capacidad reproductiva y fue fogueada por la preocupación de médicos higienistas sobre la perpetuación de la especie.

Surge de los relatos que, en general, habría más médicas mujeres que se dedican a la ginecología y más médicos varones que se dedican a la obstetricia, por lo que es posible pensar que para los varones no sería problemático compatibilizar el hecho de tener hijxs con tener que salir en momentos imprevistos sin horario de vuelta y dejar a sus hijxs al cuidado de otras personas. Vemos allí un claro indicador de la división sexual del trabajo en nuestro sistema sexo-género en el que claramente se asume que son las mujeres las que deben ocuparse del cuidado y crianza de sus hijxs y que los varones estarían exentos de dichas tareas por lo que el desarrollo de sus carreras profesionales no entraría en contradicción con las mismas

*“No sé si alguna vez escuchaste esta afirmación, que para la obstetricia mejor varón y para ginecología mejor mujer. Porque la ginecóloga tiene tiempo para atenderte, te escucha y el obstetra es el que se va a levantar a la noche para atenderte. Como la tarea*

*de la mujer es criar a los chicos cuando la mujer se embaraza como que ya no podría más desempeñar ese rol. Así que claro, se vio re contra influenciada. De hecho cuando termine de estudiar me recontra costó arrancar con la especialidad porque como que no era para mí. Ese era un patrimonio de los varones. De hecho ahora me cuesta un montón, yo obstetricia sólo hago en el hospital, no hago afuera” (Jimena, gineco obstetra Hospital público de zona oeste del conurbano bonaerense, 41 años, en pareja con dos hijos).*

*“¿Hasta qué edad vas a llamar a...una mujer se va a levantar a las 2 de la mañana para ir a hacer un parto? está bien, vos decís 30 sos soltera, bueno, 32 te casaste, 34 tenés hijos y ¿Cómo hacés? Lo primero que dejás es de hacer partos o hacés una guardia y nada más ese día te matás después...Nosotros tenemos una chica que hace guardia los jueves y lo único que hace es venir a la guardia los jueves, no hace otra cosa de medicina. No digo ni que esté mal, ni que esté bien, no hace otra cosa viene acá a la guardia trabaja bárbaro y después no hace más nada y tiene 2 hijos” (Manuel, jefe del servicio de ginecología del Hospital de obra social de las fuerzas armadas, CABA, 53 años, casado, una hija)*

Un factor significativo en la explicación de la distribución sexo genérica de la gineco obstetricia, es el hecho de que la obstetricia durante mucho tiempo fue un oficio no profesionalizado, lo que le daba menor jerarquía en la práctica médica. Cuando los partos se realizaban en los domicilios de las personas y no existía el parto hospitalario, quienes iniciaron la asistencia de las mujeres parturientas eran mujeres denominadas parteras, matronas o comadronas, cuyo conocimiento era empírico. Incluso cuando los partos comenzaron a hospitalizarse, quienes seguían asistiendo a las mujeres y a lxs profesionales médicxs eran en su mayoría mujeres que se formaban en tecnicaturas no universitarias. Y luego de su incorporación a la formación universitaria, siguieron siendo mujeres quienes se matriculaban en dicha carrera, en algunos casos, incluso no se permitía o se desalentaba la matriculación de varones.

Ahora bien, es interesante resaltar que el oficio de la partera fue históricamente y sigue siendo realizado en su inmensa mayoría por mujeres. Este oficio devino carrera profesional y se incorporó a la formación universitaria entre 1960-1980. En este caso, podemos ver como una tarea que

implica también salir de manera imprevista, en numerosas oportunidades, para asistir a mujeres parturientas, es desarrollada por mujeres que en muchos casos, tienen niños a su cargo, siendo además las que primero contactan con las mujeres embarazadas y en muchísimos casos, las únicas que están presentes durante todo el trabajo de parto. En muchos casos, los profesionales obstetras llegan para el momento final del parto o en el caso de que se necesite practicar una cesárea.

Siguiendo a Ana Laura Martín, podemos señalar que la partería en la ciudad de Buenos Aires hacia fines del siglo XIX era ejercida en su mayoría por mujeres, que en algunos casos estaban diplomadas y que en muchísimos otros no contaban con un título o certificación habilitante (Martín 2019). Las investigaciones sobre la profesionalización de la partería dan cuenta de un discurso que desacreditó a las primeras parteras tildándolas de mujeres ignorantes y señalan un proceso de reemplazo de manos, hacia las parteras que pasarán por la universidad. El ejercicio de la partería y su profesionalización pasó a estar supeditado a la habilitación de la ciencia médica, controlada en su gran mayoría por hombres. De esta manera, la partería continuó siendo una actividad principalmente femenina pero ingresó a un sistema jerárquico en donde la ciencia médica, predominantemente masculina, tendría un rol rector y la partería quedaría subsumida a su órbita. El Estado y la Universidad se constituyeron en las instituciones que regirían desde entonces la legitimación y validación del oficio de la partería, fuera a través de la habilitación de la agencia estatal o por la aprobación de los cursos y exámenes de la Escuela de Medicina de la Universidad de Buenos Aires (*ibíd.* 2019).

Ana Laura Martín, en su trabajo sobre la partería en Buenos Aires (2019), señala como esta actividad pasó a ser una rama de la medicina y los médicos obstetras devinieron los responsables de los partos y los únicos habilitados a intervenir en caso de necesitarse técnicas y tecnologías específicas como tactos vaginales o del cuello del útero o la utilización de fórceps. Esta división del trabajo implicó la limitación de la tarea de las parteras a la asistencia de los partos que no revistieran complejidad y a un rol expectante y de vigilia frente a los nacimientos. En el proceso de profesionalización de la partería, la complejidad fue monopolizada por los médicos obstetras varones, quedando las mujeres parteras como asistentes de los mismos. Si bien en los inicios de la partería el ingreso del médico en los procesos de partos estaba dado por el aviso de la partera, esta

secuencia se fue invirtiendo y el ingreso de la partera comenzó a estar supeditado al ingreso del médico.

La tesis de Martin es que la instrucción y la regularización de las mujeres que ejercían la partería estuvo más vinculada a la organización jerárquica de los saberes dentro del trabajo médico que a la persecución de la práctica ilegal femenina. A medida que se fue profundizando en la sofisticación de las técnicas del parto, este fue configurándose como una actividad médica. Desde allí se fue construyendo el argumento de cuándo podrían participar las mujeres parteras y cuando no. El anexamiento de las parteras a la medicina como una rama auxiliar estuvo íntimamente ligado al proceso de profesionalización y monopolización del arte de curar por parte de la medicina. Con el desarrollo de la obstetricia, los partos comenzaron a definirse como partos medicalizados, definición que se extendió a la totalidad de los partos y no sólo a aquéllos definidos como complejos o laboriosos. Los partos seguían siendo atendidos por parteras mujeres pero con procedimientos médicos establecidos y la formación en obstetricia era diferenciada para varones y mujeres.

Por su parte, Marcela Nari (2004) señala como desde la medicina se fue construyendo a fines del siglo XIX y principios del XX, un discurso de componentes, por momentos contradictorios, como la imagen de la ignorancia, la falta de preparación y la debilidad de las mujeres para lidiar solas con sus hijos, lo que ubicaba a los médicos como los únicos idóneos para ocuparse de los embarazos y nacimientos así como asesorar en la crianza; y paralelamente se enaltecía a la maternidad como un valor social fundamental. La medicina tuvo que incorporar a las mujeres parteras, aunque en un lugar anexado, frente a las resistencias de las mujeres de que sus partos fueran atendidos exclusivamente por médicos.

### **Mujeres médicas y cirugía. ¿Una relación imposible?**

*“Mira yo creo que hay un modelo médico hegemónico que es difícil. Creo que hay determinadas especialidades, sobre todo las quirúrgicas que son...Viene Dios y después ellos porque como son ateos, primero vienen ellos, digo yo. Entonces creo que los*

*posiciona, que hay mucho machismo todavía. Me acuerdo que yo al principio iba a hacer cirugía, cuando le digo a mi papá, médico cirujano el, que iba a hacer gineco, iba a hacer cirugía pero desde gineco, me dijo “menos mal porque mujer y quirófano (cara de desapruebo)” (Susana, 63 años, casada tres hijas, ginecóloga, jubilada de un hospital público de CABA, ex coordinadora de programas de salud sexual y reproductiva)*

Algunxs ginecológxs relacionan las especialidades quirúrgicas con características que identifican como masculinas y explican así la mayor presencia de varones en las mismas. Lo vinculan a un carácter más resolutivo en la toma de decisiones que sería, según lxs entrevistadxs, característico de los hombres.

*“La única diferencia en donde digamos se notaba la diferencia entre la masculinidad y la feminidad era en el quirófano. Las mujeres no, en ese momento te digo, ahora no sé cómo será, no querían entrar a quirófano, no les interesaba, les interesaba más ejercer la medicina clínica. Por lo menos en la camada mía de mis contemporáneos. Ahora no sé cómo estará la cosa. Debe haber más médicas cirujanas en este momento. Pero siempre fue que la cirugía estaba más dominada por los hombres, no la clínica....Yo creo que era un tema, el hombre en ese sentido, es mucho...digamos la cirugía, vos en ese momento tenés que tomar ciertas decisiones que tienen que ser rápidas porque está en juego la vida de un ser humano que lo tenés ahí dormido y tenés que decidir y tenés que pelearla para que no se muera. Y la mujer en ese sentido para la toma de decisiones así rápidas, es más dubitativa. Nosotros por ahí como hombres somos más resolutivos.” (Ernesto, médico ginecólogo jubilado de Hospital Público de CABA, 73 años, casado con tres hijas)*

Para Martín, ginecólogo de 50 años, antes existían posiciones que consideraban que los varones son mejores cirujanos que las mujeres porque se consideraba que las mujeres *no estaban capacitadas para hacer cirugías*, pero sostiene que esas posiciones están superadas y *que hoy vemos que la capacidad quirúrgica de una mujer es exactamente igual que la del hombre, es más, tenemos algunos médicos mano dura en cirugía y otras que son ginecólogas muy hábiles operando.*



Algunas médicas sostienen que las mismas pacientes prefieren a médicos varones para determinados procedimientos más complejos como intervenciones quirúrgicas. Refieren al hecho de que les genera mayor seguridad. Que pueden preferir a una mujer para la actividad más asistencial de consultorio pero lo que implica procedimientos hay cierta tendencia a elegir varones. También refieren que para las mujeres podría ser más difícil el ejercicio de la obstétrica o las cirugías ginecológicas que impliquen guardias pasivas ya que por mandatos sociales tienen otras responsabilidades que los hombres no tienen, como ocuparse del hogar y de los hijxs. Aquí algunos relatos elocuentes:

*“...en realidad a mí me gustaban las especialidades quirúrgicas, todo lo que tenía que ver con cirugía y hablando con alguien me hizo ver que en realidad la cirugía en general era una especialidad bastante esclava y que además para una mujer cuando se embaraza y demás es como que no...no es rentable pero además me hizo ver el vínculo que yo tenía con los pacientes y en realidad el cirujano viene, está un ratito y se va...”. “Tal vez la que más te discrimina con el tema de una cirugía una la mujer cuando le decís que la vas a operar y “Ah ¿Cómo? ¿Usted opera?” “No, los que operan son varones...alguna mujer que te diga “Y pero usted es mujer” “”Sí, ¿Y? ¿Cuál es el problema?” “No, yo prefiero operarme con un varón”, son las mismas mujeres las que discriminan (Gabriela, tocoginecóloga, Hospital Público CABA, casada con un hijo, 50 años).*

*“Si, pero no, porque yo a veces veo, muchas veces, para lo que es consultorio tal vez si prefieren a una médica mujer, pero para lo que va a ser asistencial directo de un procedimiento por medio, de hacer un parto, de hacer cirugía, si, mismo las mujeres eligen médicos hombres, eso sí lo siento, a veces.” (Alma, residente cuarto año de ginecología, hospital de las fuerzas armadas, CABA, 31 años, en pareja sin hijxs).*

Karin Johannisson señala en su Libro *Los Signos. El médico y el arte de la lectura del cuerpo* (2006) como el cirujano, específicamente el cirujano ginecológico, se constituyó hacia fines del siglo XIX en la figura del héroe con marcados rasgos considerados masculinos: resuelto, valiente

y operativo, resolviendo así el vacío problemático en ese entonces de la masculinidad frente al miedo a la feminización. La racionalidad investía de prestigio a la cirugía a través del cerebro del cirujano.

La ginecóloga oncológica plantea que para su especialidad se necesita un carácter "particular" que ella describe como "rígido" para poder lidiar con situaciones adversas y que las mujeres que eligen esa subespecialidad en general son mujeres jóvenes sin hijxs o mujeres grandes que no tienen ni van a tener hijxs, ya que implica una disponibilidad para estar horas paradas en cirugías largas y complicadas y tener que comunicar malas noticias. Ella incluso sostiene que más allá de haber elegido esa subespecialidad, no tiene el carácter que se necesita para la misma:

*"...específicamente en ginecología oncológica las mujeres que hay, que obviamente son las menos, serán, no se el 30%, la mayoría son mujeres que no tienen hijos, las que se han mantenido, no, porque después vas y están un montón de pendejas que en general, a veces se van para otra rama, entonces las que no tienen hijos y que tienen ese carácter rígido, es un parto bastante, que bueno, yo lo entiendo, para estar ahí, para hacer cirugías tan grandes y tan rutilantes hay que tener cierto, y para hacer cirugías que a veces se puede morir la gente, también hay que tener un carácter, que yo muchas veces me planteo que en realidad no es mi carácter, me cuesta un montón de cosas y decir: bueno, a esta persona le fue mal"*

*"...y esta parte me gustaba, entonces esta sub especialidad cumplía un poco eso, de hacer la parte quirúrgica, de hacer lo que me gustaba y también la realidad, que ahora reniego un poco eso, es un poco la elite, las especialidades quirúrgicas oncológicas son un poco la elite de cada especialidad. Entonces eso un poco se me seducía también y, ahora, re puteo porque estoy en la Sociedad de Ginecología Oncología y son todos varones, y es lo que siempre decíamos acá: "ay, yo saque 50 ganglios", "y yo 20", y yo esto, y quien es el as del bisturí y también es...también tiene como un montón de embole, tener que estar 50 mil horas parado, haciéndolo, tenés que ir a las complicaciones, yo tengo a los 2 bebés, ir y venir porque viene la sangre en la sonda eso, hoy día me hincha un poco las bolas"(Laura, onco ginecóloga, Hospital público de CABA, 37 años, casada don dos hijxs)*

Las ginecólogas entrevistadas también relatan cómo durante su formación, sus compañeros varones eran priorizados a la hora de participar de determinados procedimientos que implican el aprendizaje de técnicas complejas, lo que se traduce en posibilidades diferenciales de formación y perfeccionamiento para médicos y médicas y que tiene implicancias luego en el ejercicio de la profesión.

*“Ahora la carrera está casi copada por las mujeres. Pero en ese momento que yo hice la residencia había muchos varones y se les daban como mucho más pelota a los varones, a la hora de enseñar a poner un forceps o sacar un útero, por ejemplo, que es lo que definitivamente tienen que ver con nuestra formación”* (Dra. Jimena, gineco obstetra de un Hospital público, oeste del conurbano bonaerense, 41 años, en pareja con dos hijxs).

*“Por suerte mi hospital fuimos muchas mujeres residentes, pero los pocos varones que ha habido han operado mucho más que yo, mucho más que yo porque hay uno de los jefes que es varón y no sé si es el, o hubiera sido así sin que estuviese el, pero mucho más oportunidades quirúrgicas para ellos, hospitales que, por ejemplo, en la residencia....donde habiendo sacado mayor puntaje que los varones, fuimos a una entrevista, que se yo, y las mujeres automáticamente todas abajo y arriba todos los varones por más malo que hubieran sido en los exámenes, y abajo todas las mujeres. Las oportunidades de accesibilidad sí, no son iguales, en cuanto a ginecología oncológica también, y en el Fellow mucho más todavía, yo igual tenía una compañera mujer, pero el del año superior mío era varón y él tuvo miles de oportunidades más, y el jefe ahí...nada, re machista, son re machistas, tratan de elegir varones, y si, no es igual, para nada...”*  
(Laura, oncoginecóloga, 37 años, casada, dos hijxs, hospital público de CABA)

También se describe una camaradería entre los médicos varones que se da al parecer por su mayor disponibilidad para realizar actividades extra laborales con sus colegas aún después de extenuantes jornadas de trabajo. Tal como ilustra el siguiente relato:

*“Por ahí, un sistema en el cual estás cansado, estas hinchado las pelotas, te vas súper tarde, lo vincular se vuelve un poco más difícil a veces, y siento que, no sé, no sé si es*

*porque tienen más recursos, más empatía, de pronto no sé, uno lo invitaba al otro a jugar al fútbol e iban, entonces eso ya te genera otro vínculo, entonces de ahí te invitan a hacer una cesárea”* (Alma, residente cuarto año de ginecología, Hospital de obra social de las fuerzas armadas, CABA).

Es en esos espacios de socialización, de los que no participan las colegas mujeres, donde los vínculos se fortalecen a través de la empatía y los médicos de mayor trayectoria invitan a los médicos más jóvenes a participar de determinados procedimientos más complejos como una cesárea.

Aquí es interesante señalar como la socialización de género produce atributos diferenciales para varones y mujeres así como expectativas sociales que se encarnan subjetivamente y que pueden resignificarse e incluso modificarse en la práctica profesional. Por eso puede haber una expectativa de mayor empatía entre las mujeres médicas. La supuesta inclinación de las médicas mujeres a escuchar más, a tomarse más tiempo para conversar con lxs pacientes y la inclinación de lxs varones a lidiar mejor con dificultades que podrían tener en realizar intervenciones quirúrgicas largas y complejas que puedan tener resultados negativos como las oncológicas mencionadas por la Dra. Laura. O el carácter más resolutivo de los varones que es presentado como más apto para las especialidades quirúrgicas.

Retomo aquí el argumento de Marta Lamas, respecto de la naturalización y biologización de comportamientos que son claramente moldeados por la cultura:

Pero si en una cultura hacer canastas es un trabajo de mujeres (justificado por la mayor destreza manual de éstas) y en otra es un trabajo exclusivo de los varones (con la misma justificación) entonces es obvio que el trabajo de hacer canastas no está determinado por lo biológico (el sexo), sino por lo que culturalmente se define como propio para ese sexo, o sea, el género. De ahí se desprende que la posición de la mujer no está determinada biológica, sino culturalmente. El argumento biologicista queda expuesto: las mujeres ocupan tal lugar en la sociedad como consecuencia de su biología, ya que éstas supone que serán –antes que nada- madres: la anatomía se vuelve destino que marca y limita. Pero ¿Es el hecho biológico de tener vagina lo que genera discriminación, o la manera en que ese hecho es valorado socialmente, o sea la pertenencia de las que tienen vagina a un grupo diferente de las personas que no la tienen? (Lamas 2013:108)

En este sentido, Marcela Nari se refiere a los procesos de biologización de las ideas y prácticas de las mujeres que llevaron a cabo los tratados médicos de fines de siglo XIX y principios del siglo XX que supusieron la lectura de la vida de las mujeres a partir de sus cuerpos. Dichos tratados establecían que las mujeres estaban determinadas por sus órganos reproductores en mayor medida que los varones y que procesos biológicos como la menstruación, el embarazo y la menopausia podrían desencadenar cambios de humor e inestabilidad emocional que afectarían el correcto desenvolvimiento de otras tareas como el trabajo material o intelectual. (Nari 2004:108). Las ciencias médicas vincularon lo corporal con lo psíquico, lo biológico con lo moral y establecieron una asociación directa entre caracteres sexuales anatómicos primarios como el útero y los ovarios con caracteres funcionales secundarios como el instinto maternal y el cuidado de la prole, mayor sensibilidad y emocionalidad, etc. (*ibíd.* 2004:174). La ginecología dio el aval científico a la concepción del cuerpo femenino como débil e inestable y la sexualidad de las mujeres fue vista como problemática, siendo la ginecología la vía privilegiada de su normativización (*ibíd.* 2004: 177).

### **“Desde que fui mamá”. El género y el peso de la experiencia**

Hay ginecólogas que sostienen que sus experiencias en tanto mujeres como atravesar un parto, la menstruación o la menopausia las acercan más a las mujeres usuarias y a poder acompañarlas mejor en sus partos o en diversos tratamientos. Laura hace referencia a como su propia experiencia del embarazo, parto y puerperio cambio su percepción respecto de las mujeres usuarias y sus experiencias:

*“Porque todas decían: “mamita, esto no duele”. Duele como la san puta, porque es así. Al día siguiente nosotras éramos: “vamos gordi, a bañarse “¿Por qué? Estaba la enfermera, arriba, había que levantarse, doce horas, había que levantarse, que se forman trombos no sé qué, la saque a las puteadas a la enfermera cuando me mando a bañar a mí, como que uno se pone en otro lugar...” (Laura onco ginecóloga, hospital publico de CABA, 37 años, casada con dos hijxs.)*

Antes de atravesar por su propio parto, Laura repetía, como muchas colegas, algunos supuestos que daba por sentados como la ausencia de dolor en determinados procedimientos médicos post parto y que habiendo estado en ese lugar y habiendo experimentado ese dolor, pone en cuestión

dichos supuestos. Laura también se refiere al valor agregado que le otorga haber atravesado determinadas experiencias que, de otra manera, no podría transmitir a las usuarias:

*“Son un montón de cosas...yo pienso que, por ejemplo: una ginecóloga virgen es peor ginecóloga que una ginecóloga que mantiene relaciones, no sé si hay ginecólogas vírgenes, porque no puede entender un montón de cosas, de hecho a veces pienso, que los varones en la sexología hasta donde pueden ayudar porque hay cosas que son muy difíciles de transmitir. Una ginecóloga que es mama es mejor ginecóloga que una que no es mama, ni hablar una pediatra o alguien que trabaja con chicos, o sea, es experiencia, también, que fue recontra transformadora para mi vida, ni hablar, me ayudo a entender, antes odiaba a las puérperas, siempre llegan tarde, tienen cinco chicos colgando, es obvio que no te puedo revisar con los chicos colgando, las odiaba, todo mal, se olvidan las cosas, recontra estuve en el lugar de ellas, me dio totalmente empatía, nada, digo, son boludeces, pero es el día de hoy que me pasa que veo ginecólogas que las están odiando y le digo: “para, yo le tengo el bebe, vos revisala”.*

Aparece en el relato la importancia de ponerse en el lugar de la otra persona, la empatía, favorecida por haber atravesado situaciones similares y permite comprender mejor las barreras que atraviesan las mujeres para acceder a la consulta o para iniciar o continuar un tratamiento o asistir a un control post parto.

*“Estuve ahí, en ese lugar, eso también es como una experiencia transformadora que no la puedo saltar porque, también me hizo mucho más sensible a esto, cuando ves las mujeres con cáncer de cuello que tienen mil hijos, que no saben dónde ponerlos, antes de tener hijos...no sé, los ponen en algún lado, pero no es tan fácil, entonces no se van a tratar, las entendés. Yo trate 3 años de hacerme el PAP, yo, entonces bueno, nada, esas cosas te enseñan un poco también...”* (Laura gineco oncóloga, 37 años, casada, dos hijxs, hospital público CABA)

La doctora Jimena, que señalaba las dificultades de trabajar como obstetra por considerarlo un ámbito masculino, relataba que su propia maternidad modificó su visión respecto del ejercicio de la profesión y que le permitió tener más empatía con las mujeres que atiende, poder acompañarlas mejor durante el proceso de embarazo y el parto:

*“Yo creo que se modificó para bien. Quizás antes la práctica era como más automatizada o no me puedo jactarme de que yo fui siempre una persona que acompañó pero en general, por mi forma de ser, siempre fui de acompañar, pero desde un lugar muy diferente desde que fui mamá porque por ahí entendés un poco más por lo que atraviesa esa mujer, cómo que te involucras un poco más, Por lo menos me pasó eso a mí. Obviamente hay algunas personas con las que uno tiene más empatía o tiene más transferencia que con otras pero en la práctica me pasó que me identifiqué un poco más con las circunstancias que atravesaba esa persona que acompañaba. Porque también me identificaba, ¿entendes? con cosas que también me pasaron a mí, sensaciones, con vivencias, con algunas que no me gustaría repetir y otras que sí. Creo que tiene que ver con eso.”* (Jimena, gineco obstetra de 40 años, dos hijxs, Hospital Público Nacional ubicado en el oeste del conurbano bonaerense).

En ese mismo sentido, dos médicas mencionaban la empatía con las usuarias a partir de sus propias experiencias en distintos momentos de su vida como el embarazo y el climaterio:

*“Cuando quedo embarazada y la verdad que las entendí a las pobres mujeres, el trabajo de parto, cuando a mí me tocó atravesar el embarazo que fue un embarazo... el primero no tanto, pero los otros dos con mucho reposo, tengo 3 hijos yo, con mucho reposo. Yo tenía que hacer reposo, no me podía mover de la cama porque tenía contracciones, entonces, ahí las entendí a las mujeres, ahí las entendí cuando gritaban en el trabajo de parto, con las contracciones, ahí las entendí, ahí las entendés más* (Carla, ginecóloga, 60 años, en pareja, tres hijxs).

*“Yo creo que todo ayuda. Una vez que parís mi vida, cuando atendés un parto después de tu parto, la vida te cambió y no hay libro que te lo pueda explicar, no hay libro. Como me pasa ahora con las pacientes climatéricas. Se de la sequedad que me estás hablando, ningún libro va a ser tan gráfico como cuando lo estás atravesando. (Susana, ginecóloga jubilada, hospital público de CABA, 63 años, casada y tres hijas)*

Algunos ginecólogos resaltaban el peso que tiene no haber atravesado por determinadas experiencias como el embarazo o el climaterio para el ejercicio de la ginecología como médicos varones:

*“Y si siento que la mujer tiene muchas herramientas que nosotros no. La mujer, haciendo ginecología puntualmente, la mujer vive cosas, vos si fueras obstetra vos podés transmitir porque vos estas embarazada, yo no tengo, ni voy a tener nunca la mínima sensación de lo que es, nada, buscar un embarazo, lo puedo vivir desde otro lado, pero nunca la menstruación...Yo creo que le da otra herramienta a la médica mujer para hacer ginecología.”(Antonio, residente de cuarto año de ginecología, 30 años, en pareja sin hijxs).*

En el relato de Antonio, aparece la idea de que las médicas mujeres tendrían mayores herramientas que los médicos varones para trabajar en ginecología y obstetricia justamente por haber vivido estas experiencias. Por su parte, Ernesto considera que algunas usuarias eligen ginecólogas mujeres porque consideran que las van a comprender mejor:

*“Y por el otro lado, las que se atienden con mujeres dicen que la mujer la va a comprender mucho más como mujer que nosotros como hombres en todo lo que es sus cuestiones femeninas, desde la maternidad pasando por la adolescencia y después su menopausia, digamos que la mujer ginecóloga va a tener una mejor comprensión de todos sus problemas que nosotros como hombres que no vivimos eso. No hemos tenido menopausia, tenemos andropausia, pero no es lo mismo. Esas son las diferencias en el discurso de los pacientes, si preferir un hombre o una mujer.” (Ernesto, 73 años, casado, tres hijas, ginecólogo jubilado, ex jefe del Depto. Infanto juvenil de Hospital público CABA)*



Pero a su vez, Ernesto plantea que hay usuarias que prefieren a ginecólogos varones como él por considerarlos más delicados *en cuanto al examen clínico o ginecológico* y que *las mujeres son muy bruscas en el examen ginecológico, que les hacen doler, que les molesta*. Por lo que pareciera que no siempre las experiencias compartidas por las mujeres médicas con las mujeres usuarias son consideradas una ventaja en la atención gineco obstétrica. Otro de los ginecólogos entrevistados refería a la preferencia de las mujeres de médicos varones por su imagen paternal:

*“Y en obstetricia, conozco chicas que hacen obstetricia que son geniales pero no te voy a mentir, la mujer es...esto podemos filosofar 3 años, pero se dice que la mujer en el momento en que está pujando ve en la persona que está adelante una imagen paternal, no te estoy diciendo del padre, ve una imagen paternal ¿Entendés? Y esto que estoy diciendo no es machista, es lo que la persona está sintiendo cuando está expulsando a su hijo o sea, podemos discutir años, ¿Entendés”* (Manuel, jefe del servicio de ginecología del Hospital de obra social de las fuerzas armadas, CABA, 53 años, casado, una hija)

Aquí hay un contrapunto importante entre lo que parece ser el peso de la propia experiencia como mujeres que les daría a las médicas mayores herramientas para la consulta ginecológica como la posibilidad de empatizar con las usuarias, pero a su vez, se considera que los médicos son más delicados en el examen ginecológico y que representan una imagen paternal que les daría más seguridad a las mujeres usuarias en el momento del parto o en el caso de procedimientos o intervenciones complejas.

Otras ginecólogas señalan como sus experiencias de enfermedad, trastornos del ciclo menstrual o dificultades para quedar embarazadas las inclinaron a elegir la especialidad o subespecialidad. Como el caso de Candela, que al hacerse un PAP a los 19 años, le detectaron un cáncer de cuello de útero y que eso no la llevo a hacer medicina *porque ya estaba estudiando cuando pasé esto* pero con el tiempo término eligiendo la subespecialidad, patología cervical, por lo que le había pasado.

*“...los profesionales intervinientes se encargaron de que yo tuviera un trauma espantoso con esto y sin querer, sin querer no, sin ser consiente, bueno, evidentemente termine haciendo cáncer de cuello de útero, hasta el día de hoy con ese diagnóstico, ya no hago más el tratamiento. Fue una experiencia muy traumática para mí en esa época, 19 años que una médica... o sea, fue muy, mucho maltrato, digamos, estaba yo sola, era chica. 19 años imagínate, te dicen: “tenes cáncer” así, fue horrible, pero después con los años me di cuenta que yo había empezado en la universidad. Y después con los años me di cuenta que estaba acá precisamente por eso que me había pasado allá, hace muchos años”* (Candela, tocoginecóloga, Hospital público de CABA, 50 años, soltera sin hijxs).

También en el relato de Graciela, ginecóloga infanto juvenil de un hospital público de CABA, su historia personal aparece con mucho peso en su elección de la ginecología Infanto juvenil como especialidad. Las alteraciones en su ciclo menstrual la llevaron a interesarse por cuestiones atinentes a la anticoncepción, trastornos del ciclo menstrual, esterilidad:

*“...siempre había tenido como un mambo con el tema de la menstruación y qué sé yo, me hacía estudios, no me encontraban nada, jamás nada, y bueno ¿Viste? Era un desastre y así fue que quedé embarazada en la residencia porque cuando estoy haciendo la residencia, ya de gineco, porque ahí dije me interesa hacer gineco porque bueno, por un lado todo mi mambo personal ¿Viste? De esto de que menstruaba cada muerte de obispo, si no tomaba medicación no menstruaba y no tenía ningún trastorno visible y por otro lado, me parecía como que en ese momento ...tanto para mí como...después de haber cursado gineco como materia que interesaba todo lo que era la cosa femenina y recién empezaba el tema de anticoncepción y me pareció... entonces cada vez era como que a mí me iba atrapando todo este tema de ver los temas relacionados desde la anticoncepción, trastornos del ciclo, qué sé yo, interesante y así fue que después haciendo la residencia me toca rotar por esterilidad ...* (Graciela, ginecóloga, sección infanto de hospital público de CABA, casada, dos hijxs)

Y su experiencia le permite empatizar con las usuarias que sufren por sus trastornos del ciclo menstrual e incluso relatarles su historia le sirve como recurso para acompañarlas mejor en el proceso:

*“...pero la cosa es que a partir del nacimiento de Tomi hasta los 55 que tuve la menopausia hace 2 años, menstrué absolutamente todos los meses, impresionante, como yo muchas veces veo pacientes que tienen trastornos o sea no es algo para andar contando a todo el mundo...pero que tienen trastornos que las veo muy mal se los cuento como...” (Graciela, ginecóloga, sección infanto de hospital público de CABA, casada, dos hijxs)*

### **Género y profesión**

En las entrevistas aparece la adscripción sexo genérica de lxs profesionales así como sus experiencias de vida como elementos que inciden en la configuración de la relación médicx paciente. El hecho de atravesar por determinados eventos vitales como ser embarazo, parto, puerperio, climaterio o algún padecimiento gineco obstétrico, sea un cáncer cervicouterino, un quiste ovárico o alteraciones del ciclo menstrual, dificultades para lograr un embarazo, colocan a quien los atraviesa en otro lugar respecto de las mujeres usuarias que atraviesan experiencias similares. Permite otra escucha, otra comprensión y empatía, un conocimiento que no tiene que ver con la formación biomédica formal que se adquiere en la facultad de medicina. Esa experiencia que atraviesa esos cuerpos permite otra relación con los cuerpos de las usuarias que asisten a la consulta, otra lectura de los mismos y otra escucha de las narrativas de las mujeres.

*“Pasa, la viviste, la campeaste y la experiencia y eso es bueno. Con el libro solo no alcanza.” (Susana, ginecóloga jubilada, hospital público de CABA, 63 años, casada y tres hijas)*

Asimismo, en las narrativas de lxs médicxs emerge la cuestión de las características asociadas a los varones y la masculinidad y las asociadas a las mujeres y la feminidad. Estas características, que se basan en estereotipos y roles sociales de género, configuran, en cierto modo, las elecciones de la especialidad médica por parte de lxs profesionales y también inciden en la manera de ejercer

la práctica. Esta asociación de masculinidad/ feminidad con las especialidades puede echar luz respecto de la sobre representación de varones en la obstetricia y la cirugía, mientras las mujeres estarían más presentes en la actividad asistencial de consultorio.

A su vez, esto configura las características que puede adoptar la relación medicx-usuaria que puede ser más empática por la “capacidad de escucha” de las mujeres médicas o puede ser que brinde más seguridad por el “carácter resolutivo y la mayor experticia” en el caso de los médicos varones.

Aquí podemos pensar, siguiendo a Ana Domínguez Mon y Claudia Lozano, la relación existente entre el género, la adscripción del género y la profesionalización de la medicina. Asimismo, explicitar los mecanismos a través de los cuáles las relaciones del sexo-género organizan y simbolizan la división del trabajo y de las profesiones y como estructuran la pertenencia al grupo disciplinario, en este caso la ginecología y la obstetricia, a través del ejercicio profesional (Domínguez Mon y Lozano 2019).

Dando cuenta de sus orígenes patriarcales, la fundación de la medicina moderna, a mediados del siglo XIX, convoca como la nueva congregación médica a profesiones netamente masculinas como cirujanos, médicos generales y boticarios, dejando expresamente afuera a sanadoras y parteras que ya eran para la época una fuerza laboral extensa y calificada. Estas no sólo no fueron reconocidas dentro del ejercicio formal de la medicina sino que eran perseguidas abiertamente (Rovere 2006:175).

A mediados del siglo XIX en Estado Unidos se comenzaron a abrir Escuelas de medicina para mujeres en el marco de proyectos reformistas que planteaban que las mujeres debían ser estudiadas y curadas por otras mujeres. Por eso se crearon escuelas específicas, pero como su formación era deficiente, varias interesadas en profundizar en sus conocimientos viajaron a Europa, que contaba con Universidades que comenzaron a permitir el acceso de las mujeres al estudio de la medicina como la de Paris y la de Zúrich (Pozzio 2013). Hacia allí también se trasladaban mujeres europeas que no tenían la posibilidad de estudiar en sus países. Las mujeres que migraban para perfeccionarse eran generalmente hijas de profesionales de clase media y acomodada que se trasladaban lejos de sus países de origen en muchos casos con poco o nulo apoyo. Muchas de ellas

encontraron serias dificultades para ejercer la medicina al volver a sus lugares de origen. Hacia fines del siglo XIX otras universidades europeas fueron habilitando la posibilidad de que las mujeres estudiaran medicina.

También hacia finales del siglo XIX se comenzó a dar un proceso de incorporación de mujeres de los sectores medios urbanos a la profesión médica coincidente con la constitución de los Estados Nación en América Latina así como la expansión del capitalismo y la modernización de los países de la región de la mano de un proyecto reformador (Pozzio 2019). Las mujeres que se incorporaron a la profesión médica en ese entonces lo hicieron desde lugares de cuidado y reproducción social asociados a los estereotipos y roles de género. Las primeras médicas ocuparon espacios asociados a la salud de las mujeres y de lxs niñxs como los servicios de maternidad, puericultura, pediatría y ginecología. Podemos decir, siguiendo a María Pozzio, que la preocupación social por la salud de niñxs y mujeres en el marco de políticas reformistas e higienistas que buscaban promover la natalidad y la “mejora de la raza” en América Latina, fue acompañada de la medicalización de la salud de las mujeres. En este contexto, se consideraba que por cuestiones de pudor, las profesionales mujeres serían las indicadas para ocuparse de la salud de otras mujeres. Las biopolíticas ligadas al control del cuerpo y la sexualidad de las mujeres como a su maternalización, ligaron la identidad y la ciudadanía de las mujeres al rol de madre, que independientemente de su ejercicio operaba (*ibid* 2019).

María Pozzio señala los costos a nivel personal que podían tener las mujeres que, a fines del siglo XIX y principios del XX, se insertaran en la medicina, universo masculino y hostil. Las sospechas respecto de su feminidad, las críticas sobre el carácter frío que exigía el ejercicio de la profesión así como las dificultades para compatibilizar proyectos laborales con proyectos familiares.

Como señala Rovere (2006), luego de la Alianza para el Progreso que tuvo lugar en 1960 y a partir de allí hasta 1980, en América Latina se masivizó la matriculación a carreras universitarias, lo que implicó la incorporación de muchas mujeres a carreras que eran tradicionalmente de composición masculina. En medicina se inicia el proceso llamado de feminización de la carrera. Paralelamente se incorporaron a la formación universitaria carreras que eran hasta el momento de nivel terciario o se dictaban en instituciones educativas no universitarias. Esto también afectó la composición

sexo-genérica de los equipos de salud y complejizó las estructuras jerárquicas existentes dentro de los mismos.

A mediados de 1980 comienza a aumentar la demanda de servicios de salud sin la consecuente inversión en recursos para el sector salud y frente a situaciones socioeconómicas de crisis que afectan tanto a lxs pacientes como a lxs profesionales, dando como resultado un agotamiento laboral del personal de salud pero especialmente las mujeres que son las que trabajan en los espacios más demandados como los de atención primaria de la salud (Rovere 2006:167)

Tal como indica Abramzón (2005) según datos del censo 2001 el proceso de feminización de la medicina en Argentina tiene una tendencia más marcada en el grupo de edad de 20 a 29 años de edad, donde el 59% del total de médicxs del país eran mujeres, este porcentaje se reduce cuando se miran los grupos de edades mayores, siendo el 80% varones médicxs en el grupo de 65 años o más. Quedando en evidencia que la feminización de la medicina es un fenómeno relativamente reciente.

Algunos estudios sobre la feminización de la medicina, la vinculan a procesos de éxodo masculino debido a una depreciación de la profesión. Estas hipótesis sostienen que los lugares que los hombres dejan vacantes pasan a ser ocupados por las mujeres. El proceso de feminización de la medicina aparece aquí muy ligado a la pérdida de rentabilidad de la profesión. Pero también hay estudios y teorías que asocian la pérdida de prestigio de la medicina con la entrada masiva de mujeres a la misma (Rovere 2006).

Otras explicaciones acerca de la feminización refieren a las tradicionales tareas de cuidado ejercidas históricamente por las mujeres. Estas teorías refieren a ciertos atributos femeninos, como la empatía, la dulzura, paciencia, etc. que las convierten en las responsables por excelencia de velar por el bienestar de la población, sobre todo de niñxs y mujeres. Dichas explicaciones resaltan el rol de las mujeres en la reproducción social.

En las entrevistas también surge la idea de que las mujeres son mejores para algunas especialidades que para otras en las que los varones tendrían características más acordes con el ejercicio de las mismas. En muchos casos, se mencionó que la ginecología podía ser mejor desempeñada por las

mujeres que habían experimentado las consultas ginecológicas que podían comprender las implicancias de las mismas, los motivos de consulta o la situación por la que podrían estar atravesando las mujeres. En algunos casos, se considera que los varones podrían ser más delicados y respetuosos y que por eso podrían ser mejores ginecólogos. En otros casos, se considera que el hecho de ser varón genera mayor empatía en el momento del parto, por cuestiones relacionadas a lo paternal y porque les brinda mayor seguridad a las mujeres parturientas.

Una gineco obstetra daba una explicación de la división sexo/ genérica de la ginecología y la obstetricia que ilustra cómo operan los estereotipos de género en la elección de la especialidad: *para la obstetricia mejor varón y para ginecología mejor mujer. Porque la ginecóloga tiene tiempo para atenderte, te escucha y el obstetra es el que se va a levantar a la noche para atenderte.* La profesional mencionaba que a ella le costó mucho ejercer la obstetricia porque habría un mandato de que es un patrimonio de los varones y que ella siendo mujer y teniendo hijxs no podría ejercerla porque la función de la mujer sería cuidar a lxs chicxs. Señala que por eso solo hace obstetricia en el hospital público y no en su consultorio privado.

La escucha es presentada como una característica femenina así como tomarse el tiempo para atender a las mujeres que consultan, aspectos íntimamente relacionados con la sexualidad, ya que para escuchar hay que tomarse el tiempo. Si bien algunxs profesionales refieren a que la calidad de la atención está vinculada al compromiso de la/ él profesional independientemente de su género. La escucha, tomarse el tiempo y la sensibilidad se describen como atributos femeninos.

En este sentido, varixs de lxs entrevistadxs señalan que en muchos casos, los ginecólogos varones son más delicados o tienen un mejor trato hacia las pacientes respecto de sus colegas mujeres. En general, se señala que el tipo de trato que reciben las pacientes está muy vinculado a las personalidades o la humanidad de cada persona más que el género al que pertenece.

La expectativa de que la incorporación de las mujeres a la medicina se tradujera en un trato más humanizado, parece ser refutada por la experiencia. En este sentido, se señala que las mujeres médicas han tenido que adaptarse a la cultura médica masculina y hegemónica más que poder transformar los rasgos autoritarios, paternalistas y patriarcales del ejercicio de la medicina.

Las exigencias a las que deben responder para poder ejercer como un par en un sistema profesional altamente estratificado y jerarquizado, tiene consecuencias en la vida de las mujeres que suelen afrontar dobles o triples jornadas de trabajo, ser las responsables del cuidado de hijxs, adultxs mayores u otras personas en el grupo familiar. Además de tener que lidiar con el acoso laboral y sexual y la resistencia de sus colegas varones a considerar que están igualmente capacitadas para las mismas tareas. En muchos casos la maternidad es considerada por colegas o superiores como problemática para el ejercicio profesional.

Resulta interesante pensar en cómo la medicina a través del conocimiento del cuerpo ha colaborado en la construcción de la diferencia sexual y en la división binaria de femenino/masculino y contribuyendo así en la jerarquía del sistema sexo/género que supone la debilidad y sujeción femenina y la fortaleza y dominación masculina (López Sánchez 2010). En tanto que la profesionalización de la ginecología y la obstetricia formaría parte del proceso de sustracción de la fecundidad de las mujeres, del control y la autonomía sobre sus cuerpos. Como señala Heritier (2007), las mujeres son reducidas a su capacidad reproductiva y esta capacidad es inferiorizada pero a la vez sustraída al control de las mujeres.

El hecho de que sean profesionales varones quienes en su mayoría ejercen la obstetricia, pareciera vincularse a esta expropiación del saber y el control de las mujeres con procesos como el embarazo, parto y puerperio. Y la ginecología más vinculada a la anticoncepción, aborto, enfermedades de transmisión sexual, donde se pone en juego la vida sexual activa de las mujeres más allá de la maternidad, parece ser un lugar más propicio para médicas mujeres. Ahora bien, la ginecología también supone un discurso moral sobre los comportamientos de las mujeres y prescripciones normativas respecto de las relaciones entre los géneros. Y esta idea de que la ginecología es mucho más que el control de la salud genital de la mujer sino también de otros aspectos que hacen a su vida social.

Varixs profesionales entrevistadxs señalaban que habían elegido ginecología porque tenía un poco de todo: aspectos asistenciales, clínicos, quirúrgicos, pero también psicológicos, de escuchar, contener y acompañar. En palabras de una entrevistada *“el obstetra es el que sale de noche a atenderte el parto y la ginecóloga es la que te escucha”*. Es interesante pensar aquí como la ginecología es definida en los diccionarios especializados como la ciencia médica de la feminidad, que se encarga de los atributos “naturales” de las mujeres. La definición moderna de la disciplina



va más allá de la atención de la salud genital sino que se expande a la totalidad del cuerpo psíquico y somático de la mujer (Rohden 2001:105).

Nari señala como en pos de lograr la legitimidad de la obstetricia en la intervención de los partos y resaltar su particularidad en tanto ciencia médica, se construyó la imagen del obstetra como hombre de la ciencia pero además como psicólogo que podía contar con la confianza de las mujeres (2004:113). Podemos pensar como estas imágenes y definiciones de ginecólogos y obstetras a principios del siglo XX pregnan aún hoy los imaginarios profesionales y su ejercicio.

## Capítulo 2: “*Se van un poco de mambo*”. Explicaciones y significados atribuidos a la violencia obstétrica

### Desafiando la autoridad medica

Como integrante del Programa de Salud Sexual y Procreación Responsable del Ministerio de Salud de Nación, participé de capacitaciones y de encuentros de intercambios con referentes de salud sexual y reproductiva de las distintas provincias. En dichos eventos, cuando se hablaba de violencia obstétrica, lxs ginecológxs mencionaban que algunas mujeres presentaban planes de parto con cláusulas que ellxs debían comprometerse a cumplir de antemano. Les profesionales planteaban estas actitudes como excesivas de parte de las mujeres embarazadas y que no les permitían trabajar con tranquilidad.

En los relatos de lxs profesionales entrevistadxs aparecían también los planes de parto como una interpelación a las decisiones médicas tomadas de manera inconsulta y la alusión de lxs médicxs a la incapacidad de las usuarias para decidir sobre determinados asuntos obstétricos:

*“...nosotros hemos tenido muchas experiencias donde vienen con plan de parto y muchas situaciones, que como esperando la negativa, y te vamos a hacer esto, y te vamos a hacer lo otro, y la verdad es que nadie hace eso de esta manera acá, si obviamente, ante determinadas situaciones, donde uno ve que las situaciones se complican, porque la obstetricia, en un segundo estamos corriendo a resolver una situación que es, realmente, de vida o muerte, ahí yo creo que en realidad uno no puede preguntarle a la paciente ciertas cosas, la paciente no tiene la capacidad de resolverla”* (Antonio, residente cuarto año ginecología, hospital obra social fuerzas armadas, CABA, 30 años, en pareja sin hijxs).

El Plan de parto consiste en un documento escrito donde se establece las expectativas y necesidades de las personas gestantes respecto de la atención del parto o cesárea, nacimiento y post parto. Dicho documento es presentado por la persona gestante a la institución de salud y lxs profesionales intervinientes en el parto o cesárea con el objetivo de que lo firmen en tanto

compromiso de cumplir con lo allí establecido. Dichos planes de parto adquieren distintas características, pueden ser más o menos detallados. Suelen expresar la voluntad de la persona gestante de que se respete el criterio de no intervención o la reducción de los procedimientos médicos al mínimo indispensable, a menos que haya una indicación médica expresa y que las razones sean explicadas a la persona gestante o su acompañante, si esta no estuviera en condiciones de comprender y consentir. En general, los planes de parto contemplan los siguientes requerimientos: que se respete la libertad de movimiento de la persona gestante, de que no se le coloque una vía ni se le administre oxitocina, que no la obliguen a adoptar ninguna posición determinada (especialmente la litotomía<sup>8</sup>), que pueda comer y beber durante el trabajo de parto, que no se realicen rasurados ni enemas u otros procedimientos sobre ella él/la bebé, que éste último pueda quedarse con la madre inmediatamente después del nacimiento, entre otros.

Podemos decir que los planes de parto constituyen una manera de las personas gestantes de buscar el compromiso de lxs profesionales intervinientes en respetar su voluntad o tener que explicar los casos en que no puedan hacerlo por razones médicas y cierto resguardo de las arbitrariedades con las que más difícilmente podrían lidiar en los momentos del parto/ cesárea, nacimiento y post parto. Los planes de parto son más habitualmente presentados en instituciones de salud que pertenecen a obras sociales o prepagas y en los que las mujeres suelen tener a un profesional o equipo médico de referencia, que además sigue los controles durante todo el embarazo o gran parte de él. En los hospitales públicos, muchas de las mujeres llegan a parir sin haber realizado controles previos de embarazo en dicha institución o tener profesionales de referencia.

En este sentido, pareciera que el plan de parto implicara límites a la autoridad médica para decidir las intervenciones que considera necesarias sin que medie consulta o explicación con la parturienta. El carácter de urgente, que es contingente, se presenta como la regla de modo que la arbitrariedad para decidir de manera inconsulta es presentada como necesaria. Podemos pensar al Plan de parto como un reclamo de soberanía de las mujeres para decidir sobre sus propios cuerpos y una estrategia de prevención y protección contra la violencia obstétrica.

---

<sup>8</sup> La posición de litotomía, también conocida como posición ginecológica, implica que la persona embarazada se coloca en una cama o camilla, acostada sobre su espalda, en una postura horizontal. Sus piernas se colocan en flexión y abiertas en abducción, apoyadas sobre las perneras de la cama o camilla.

Siguiendo a María Pozzio (2016), podemos decir que las discusiones alrededor de la violencia obstétrica no pueden separarse de la promoción del parto humanizado. La autora señala que desde el campo de la salud y de los derechos humanos se empezó a conceptualizar la violencia obstétrica como prácticas institucionalizadas invasivas y violentas como el abuso de las cesáreas, de los fórceps, rasurados, edemas, oxitocina, etc. prácticas marcadas por las desigualdades de poder y asimetrías de género. Como refiere Pozzio, la definición de violencia obstétrica es polisémica y no se encuentra exenta de tensiones, hay quienes refieren a prácticas muy concretas como utilizar lenguaje obsceno y/o desvalorizante o tratos crueles, y hay quienes definen a la violencia obstétrica como intrínseca a las prácticas gineco obstétricas realizadas en una institución de salud.

### **Las definiciones en disputa**

Es importante mencionar aquí el tema de la legitimidad que se encuentra en disputa a la hora de definir la violencia obstétrica, ya que, como señala Castrillo siguiendo a Garriga Zucal y Míguez (Castrillo 2016), los significados hegemónicos en un colectivo social pueden no serlo para otro colectivo. Y como la misma autora señala, las definiciones nativas de las mujeres acerca de la violencia obstétrica implican de alguna manera el cuestionamiento del poder-saber médico en la intervención del embarazo, parto y puerperio.

El cómo las definiciones objetivas (leyes y políticas) se operacionalizan en la práctica concreta forman parte de esa disputa de significados entre lxs actorxs intervinientes. Dentro del conjunto de profesionales de la salud, también hay cuestionamientos a la existencia misma de la violencia obstétrica, como un tipo de violencia específico que se da en el ámbito de la obstetricia, y refieren a las violencias en general que se dan en el sistema de salud vinculadas muchas veces a falta de recursos humanos y materiales para brindar la atención que consideran adecuada. Como también hay resistencias dentro del sistema de salud de profesionales que cuestionan los procedimientos naturalizados y rutinizados por la formación médica para la atención de embarazos, partos y puerperios y no realizan muchas de las prácticas que otros colegas consideran de rigor como inducir partos si no hay dilatación del cuello del útero, colocar vías preventivamente o inmovilizar a la parturienta.

En un contexto de nuevas legitimidades, donde el orden establecido está siendo interpelado moralmente y determinadas prácticas, antes naturalizadas y rutinizadas, están siendo puestas en cuestión, se abre un escenario donde la violencia obstétrica es reconocida como tal por lxs distintxs actorxs, sea para definirla, denunciarla e incluso para impugnarla. Nuevas sensibilidades generadas a partir de la perspectiva de género y específicamente género y salud, el enfoque de los derechos sexuales y reproductivos como derechos humanos fundamentales y los feminismos, han dado lugar a la connotación de determinados actos o prácticas como violencia obstétrica. Estas nuevas sensibilidades se dan en el marco de luchas sociales que pugnan por poner en agenda temas que antes no eran problematizados por la sociedad.

Belén Castrillo (2016) señala que la definición de violencia obstétrica se compone de tres partes: por un lado, estarían la legislación existente<sup>9</sup> y las políticas públicas que la enmarcan dentro de la violencia de género, por otro lado, están las definiciones nativas/subjetivas de lxs actorxs involucradxs: las mujeres que experimentan la violencia obstétrica y lxs profesionales de la salud intervinientes y finalmente, las definiciones académicas. Castrillo se refiere a las definiciones de Leyes y políticas públicas como objetivas ya que exceden a las experiencias personales y se distinguen así de las definiciones subjetivas/ nativas, pero no son por eso neutrales. No hay una definición unívoca, ya que los significados de la violencia obstétrica se hayan en disputa.

Siguiendo a Belli (2013) podemos decir que la violencia obstétrica es parte del proceso de medicalización y patologización del embarazo, parto y puerperio que derivan en prácticas mecanizadas que se realizan de manera sistemática en las que la mujer se convierte en el objeto de la intervención médica más que una sujeta de derechos. Las asimetrías de poder existentes entre

---

<sup>9</sup> En Argentina, la Ley Nro 26.485 de protección integral para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra las mujeres en los ámbitos en que desarrollen sus relaciones interpersonales, sancionada en abril de 2009, define a la violencia obstétrica como aquella que ejerce el personal de salud sobre el cuerpo y los procesos reproductivos de las mujeres, expresada en trato deshumanizado, abuso de medicalización y patologización de los procesos naturales, de conformidad con la Ley 25.929. A su vez la Ley Nacional sobre Parto Humanizado Nro. 25.929, establece los derechos de toda mujer, en relación con el embarazo, el trabajo de parto, el parto y el postparto a ser informada sobre las distintas intervenciones médicas y optar libremente cuando existieren diferentes alternativas, a ser tratada con respeto, que se facilite su participación como protagonista de su propio parto, a que se eviten prácticas invasivas y suministro de medicación que no estén justificados por el estado de salud de la parturienta o de la persona por nacer, a estar acompañada durante todo el proceso de parto por quien ella decida, entre otras cuestiones.

lxs profesionales de la salud y las mujeres dificultan seriamente la posibilidad de que las mujeres ejerzan sus derechos de un trato digno y respetuoso durante los procesos de embarazo, parto y puerperio e incluso reclamar para su efectivo cumplimiento. En muchos casos, las mujeres también naturalizan la violencia o el maltrato porque suponen que la atención en las instituciones de salud no puede adquirir otras características. A su vez, muchas mujeres, especialmente las que pertenecen a sectores populares, no tienen la posibilidad de buscar otros efectores de salud y/o profesionales por lo que deben seguir atendiéndose en la misma institución con lxs mismxs profesionales (INSGENAR 2003).

Asimismo, la situación del parto institucionalizado, muchas veces, implica una infantilización de las mujeres embarazadas y parturientas a las que no se las considera con capacidad de opinar, preguntar o cuestionar sobre las prácticas médicas aplicadas. En muchísimas oportunidades lxs profesionales de la salud se burlan o subestiman las quejas, comentarios o consultas de las mujeres embarazadas y parturientas minimizando su dolor, preocupación o demanda de información y en otros casos, son directamente ignoradas y no reciben respuesta alguna. Los presupuestos sociales del patriarcado que suponen a las mujeres como inferiores son el caldo de cultivo para de las violencias que sufren las mujeres en tanto tales en los servicios de salud sexual y reproductiva (Belli 2013).

Desde las ciencias sociales se ha definido a la violencia obstétrica como distintas prácticas que realizan integrantes del equipo de salud y se ejercen sobre el cuerpo de la mujer parturienta y sobre lxs bebés durante el embarazo, parto y puerperio. Dichas prácticas se vinculan a dispositivos de control y disciplinamiento de los cuerpos de las mujeres, de su sexualidad y su fertilidad y se dan en el marco de relaciones desiguales de poder vinculadas con asimetrías de género, de clase y el poder - saber detentado por profesionales de la salud (Castrillo 2016). Esta tesis se inscribe en esta definición que enmarca a la violencia obstétrica en un entramado de violencias más amplias: como la violencia de género, aquélla que sufren las mujeres por el hecho de ser mujeres en el marco del sistema sexo/género patriarcal y la violencia institucional que se da en el ámbito de la salud por la desigualdad de poder entre les profesionales de la salud y las personas usuarias del sistema.

Respecto de las definiciones de lxs actores directamente involucradxs, es decir, las explicaciones nativas y subjetivas, se produce una tensión ya que muchas prácticas que son definidas como violencia obstétrica por las mujeres que las experimentan son vistas por los profesionales que las ejecutan, como necesarias y parte de una rutina médica apoyada en evidencia científica que asegura que los procesos de embarazo, parto y puerperio se transiten de forma segura. Violencia es de hecho una expresión que utilizan más quiénes son las víctimas y sus testigos que de quiénes realizan los actos así connotados (*ibid* 2016). Por lo que resulta relevante dar cuenta de los relatos y explicaciones de lxs ginecólogxs respecto de las prácticas significadas como violencia obstétrica por las usuarias.

## **Explicaciones nativas acerca de la violencia obstétrica**

### ***Bien que antes no te quejabas...***

Algunas entrevistadxs definen ciertas prácticas como no brindarle a la mujer información sobre las distintas opciones disponibles para parir como formas que adquiere la violencia obstétrica. Así la describe Jimena, gineco obstetra que trabaja en un hospital público nacional ubicado en el oeste del conurbano bonaerense:

*“...por ejemplo, no preguntarle o no plantearle a una señora, por ejemplo, en ponerle un suero o ponerle una medicación para acelerarle el parto, claramente es una situación de violencia. Yo digo que no darle o no explicarle las alternativas que tiene durante la consulta por ejemplo de la manera de parir...”* (Jimena, gineco obstetra, Hospital Público, zona oeste del conurbano bonaerense, 40 años, casada, dos hijos)

Otras médicas refieren a la violencia obstétrica como actitudes de lxs profesionales de la salud en respuesta a las quejas de dolor de las mujeres o frente a sus consultas o miedos:

*“Porque ...y bueno, anda a saber el problema que tiene ese médico o esa médica, a mí nunca se me ocurriría como he escuchado “Ay me duele el espéculo, me duele el espéculo” como he escuchado a otros médicos a las embarazadas “Ay pero bien que para hacerlo*

*no te dolía nada ¿No?” eso me parece de mal gusto, no me parece violencia, me parece algo de mal gusto, eso sí pero a la pobre mujer le pones el espejito y le duele y...le duele, trataremos de hacerlo más despacito”* (Carla, ginecóloga, 60 años, casada con tres hijxs, tocoginecóloga de un centro de salud de la zona norte del conurbano bonaerense)

*“Que, a una mujer, por parir, después de un trabajo de parto tremendo, porque es obesa, se hagan comentarios o porque la mujer se queje, se le diga: “bueno, bien que antes, cuando tenías relaciones no te quejabas”, esas cosas de una violencia tremenda, que estaban totalmente naturalizadas. Y eso era... o sea, siempre lo vi como algo muy desagradable, que creo que está instalado a nivel del hospital público. O sea, no creo que el médico de las prepagas tenga ese trato con las parturientas. Eso es lo que yo pienso, ¿no?”* (Andrea, uro ginecóloga de hospital de obra social personal de CABA, 60 años, casada, tres hijas)

El comentario que encabeza este apartado *“bien que antes no te quejabas”* y que aparece mencionado en muchos relatos de lxs profesionales entrevistadxs pero que no hay referencia concreta a una situación o persona que lo haya dicho o escuchado. Pareciera como una frase que circula como una leyenda urbana de lo que es o fue la violencia obstétrica. Pareciera ser como una expresión muy estereotípica pero que nadie práctica o presencié concretamente. Mientras que procedimientos más habituales, y que por eso parecen más sutiles durante el trabajo de parto, como la colocación de una vía, la restricción de movimientos, entre otros, son menos frecuentemente significados como violentos.

*“Bueno, yo creo que es por un tema cultural, donde el médico piensa que tiene un poder sobre la paciente, y que la paciente está en inferioridad de condiciones sobre él, y la paciente, muchas, lo asumen como algo natural y que debe ser así, y le hace caso al médico, y se bancan un momento extremo como es un trabajo de parto, las barbaridades que le pueden decir o que no puede hablar ni decir sobre sus temores, ¿no?, en ese momento”* (Andrea, uro ginecóloga de hospital de obra social personal de CABA, 60 años, casada, tres hijas).



*“Cómo tratarlo y cómo...a ver cómo evitar la violencia porque las situaciones de violencia se viven y la violencia es “Y rapidito y rapidito y que hay mucha gente esperando” y a lo mejor hay uno sólo afuera esperando y aunque haya 20, o sea creo que eso es violento o la que en voz baja dice “No le preguntes no ves que no te entiende” en la resi eso lo escuchan pero también escuchan la otra parte de los que tenemos la paciencia de repetir la pregunta, de decirle al revés no se apure...tómese el tiempo que necesita, por eso te digo hay de las dos cosas pero tal vez,faltaría que inculquen de entrada cómo tener una buena relación médico-paciente.(Gabriela, tocoginecóloga, Hospital Público de CABA casada, un hijo)*

Los relatos de las médicas dan cuenta de comentarios obscenos o despectivos por parte de sus colegas referidos a la vida sexual de las mujeres como reacción frente a las expresiones de dolor de las mujeres usuarias, que denotan un tono moralista sobre las conductas sexuales de las mujeres donde el dolor en el parto o en los controles del embarazo fueran consecuencias no buscadas de una sexualidad activa. Asimismo, pareciera haber una minorización de las mujeres, tras cierta asunción de que no comprenden los procedimientos y sus implicancias y la minimización de sus temores y malestares.

### ***Se van un poco de mambo...***

Algunas profesionales señalan que lo que es considerado como violencia obstétrica por algunas mujeres, forma parte de algunas intervenciones necesarias a la hora de asistir a una mujer en un parto o una cesárea y frente a eventuales complicaciones o cuando la mujer “no está respondiendo como se espera” o no está comprendiendo la gravedad de la situación.

La Dra. Jimena señala que hay definiciones de violencia obstétrica desde sectores, como foros de pacientes, con las que ella no comulga porque considera que se refieren a procedimientos que, en determinadas circunstancias, son necesarios para asistir a la mujer en trabajo de parto. Ella señala que participa de estos espacios en tanto paciente y no como gineco obstetra, por lo que no ha explicitado su profesión y tampoco se expide sobre ese tema en dichos foros.

*“...pero después hay algunos eventos a los cuáles algunos sectores mencionan como violencia obstétrica que para mí no lo son. Cuando vos estás interviniendo en un parto complicado o con una persona que por ahí no te está escuchando o que está medio descontrolada o alguien a quien vos querés acompañar, de buena fe, no de buena fe solamente sino para cumplir tu rol.”* (Jimena, gineco obstetra, Hospital Público, zona oeste del conurbano bonaerense, 40 años, casada, dos hijos)

Nora también trae el tema de las demandas de “los grupos de pacientes”, que según ella “*se van un poco de mambo*” al referirse a la publicitación del parto domiciliario como la única posibilidad de un parto humanizado que según ella nuestro país no está preparado para *eso* y defiende en ese sentido que *las instituciones tratan de hacer lo mejor que se pueda para que la madre esté lo más a gusto siempre que el embarazo sea normal.*

*“...después bueno también las pacientes se van un poco de mambo...no las pacientes...publicitan cosas que están mal con esta cuestión del parto domiciliario, con estos grupos que aparecen que tienen toda una onda en la cual no creo que nuestro país esté preparado para eso, para nada y a veces tienen sus problemas pero...pero sí en las instituciones tratar de hacer lo mejor que se pueda para que la madre esté lo más a gusto siempre que el embarazo sea normal, si vos te internás para una patología de alto riesgo y tenés que hacer una cesárea y bueno, ahí ya es un parto médico y hay buena voluntad y nada más pero obviamente que no tiene la misma dinámica que el otro ¿No?”* (Nora, gineco obstetra de Hospital público zona suroeste de conurbano bonaerense, divorciada con un hijo, 60 años)

Existen organizaciones de la sociedad civil que tienen entre sus objetivos velar por el efectivo cumplimiento de la Ley de parto humanizado, que denuncian la violencia obstétrica, realizan campañas de visibilización y en algunos casos, realizan actividades de sensibilización del personal de salud. También existen dentro de estas organizaciones o fuera de ellas, grupos de crianza y lactancia y de empoderamiento de las mujeres respecto de la toma de decisiones durante el embarazo, parto/cesárea, puerperio, etc. Algunas de estas organizaciones o grupos abogan por el

parto domiciliario y plantean que el parto institucionalizado y medicalizado conlleva en sí mismo la violencia obstétrica porque, según sostienen, supone el corrimiento de la persona embarazada de un lugar de protagonismo de su propio parto, coloca a lxs médicxs en un lugar central y conlleva la aplicación rutinaria de procedimientos invasivos e innecesarios, que no respetan el sentir y las necesidades de las personas parturientas ni de sus bebés en el momento del nacimiento. Lxs profesionales toman conocimiento de estas organizaciones o grupos porque en muchos casos, las mujeres usuarias que se atienden con ellxs participan de alguno de estos grupos o han escuchado hablar de ellxs, en algunos casos, traen a la consulta, cuestiones que se abordan en los grupos de acompañamiento del embarazo, crianza y lactancia. En algunas oportunidades hay mujeres que se atienden con ginecologxs y/u obstetras pero deciden realizar un parto domiciliario asistidas de otrxs profesionales. Estas organizaciones, en muchos casos, asesoran a las mujeres para el armado y la presentación del plan de parto a las instituciones de salud que mencionamos anteriormente. A su vez estas organizaciones de la sociedad civil tienen mayor o menor grado de articulación con algún organismo estatal, como es el caso de Las Casildas, que armó un observatorio de violencia obstétrica y articuló mucho con la Maternidad Estela de Carlotto en el municipio de Moreno que se constituye en efector público modelo de parto humanizado. Asimismo, algunas de las médicas participaron activamente de algún grupo o foro de crianza desde su propia experiencia de la maternidad como la Dra. Jimena.

Carla, ginecóloga de un centro de salud de la zona norte del conurbano bonaerense, también señala que habría un sobredimensionamiento de la violencia o el maltrato por parte de las mujeres usuarias:

*“A mí me parece que nos estamos yendo al otro extremo...donde hay algunas mujeres que no toleran absolutamente nada, ni siquiera una broma pero que es una broma”* (Carla, casada con tres hijos, 60 años)

Cuando se habla de violencia obstétrica lxs profesionales mencionan las opciones que ellxs perciben como extremas: las posturas de pacientes o grupos de pacientes que plantean el parto domiciliario como la única forma posible de parto humanizado y definen como violenta a toda práctica gineco obstétrica institucionalizada.

Antonio de 30 años de edad, en pareja y sin hijxs, residente de cuarto año de ginecología de un hospital de la obra social de las fuerzas armadas refiere que a veces lxs médicxs tienen que tomar decisiones sobre la salud de lxs pacientes que no están en condiciones de evaluar cuál es la mejor conducta a seguir en determinados situaciones y que ello puede ser leído como paternalista y violento por parte de lxs pacientes pero que lo que allí se pone en juego es la responsabilidad médica.

*“el paciente a veces no tiene la capacidad de decidir sobre la salud, a ver, sobre su cuerpo obviamente que lo puede hacer, pero si ingresa a una institución, el médico tiene responsabilidad, porque la responsabilidad médica existe y uno no puede omitir cosas que van en contra de la salud, tanto de la madre como del chico y, por ahí, eso se malinterpreta como, no sé, como paternalismo o no sé, que me parece que el paciente no tiene la capacidad como para saber si la conducta a la cual se está negando y cree que si la hacemos es violencia”*

Aquí me interesa centrarme en las prácticas que son connotadas como violencia obstétrica más que en profesionales violentxs y en ese sentido pensar en el carácter productivo de la violencia, cuál es su propósito, qué objetivos se busca lograr con su ejercicio. En ese sentido, Castrillo (2016) señala como la violencia forma personas con determinadas características como la obediencia que se espera de las mujeres durante el embarazo, parto y puerperio y la confianza plena en los criterios médicos y las intervenciones avaladas por estos. Muchas de las prácticas significadas como violentas son consideradas por la obstetricia como necesarias para evitar riesgos o reducir los riesgos en el supuesto de complicaciones durante el embarazo o el parto. Ahora bien, dichas prácticas se realizan de manera sistemática y rutinaria en el marco de los embarazos y partos institucionalizados, siendo que estarían destinadas exclusivamente en caso de que hubiera complicaciones asociadas al embarazo o el parto.

Rita Segato (2004), plantea que la violencia tiene entre sus propósitos imponer la voluntad de unxs sobre otrxs. La voluntad se impone a través de una voz que se vuelve hegemónica y que representa, en nuestro caso, al discurso médico, en el que han sido formadxs lxs profesionales de la salud y que se hace presente en cada una de sus intervenciones.

Una gineco obstetra recientemente jubilada señala que ha recibido quejas de mujeres sobre los tratos recibidos durante el parto en el servicio de obstetricia a su cargo, pero que ella no identifica las prácticas descritas como violencia obstétrica:

*“...la otra vez recibí una carta de queja...y vino a hablar conmigo la mujer y estuvimos hablando y la verdad es que yo no lo podía interpretar...yo creo que ella o no estaba contenta porque le dolió mucho el parto o no sé porque en el medio cuando estaba con una contracción a la partera le sonó el celular y se corrió a un costado a atender el celular, y ¿Cómo atiende el celular cuando yo estoy en trabajo de parto? Y bueno...eso no podés decir que es violencia obstétrica, es decir, no hizo nada en contra de la paciente, le sonó el celular y se corrió para atenderlo, tu vida...también tenés una vida por eso te digo que a veces eh...por supuesto que hablé y le dije mirá...tratá de cuando estás de ponerlo en silencio, que vibre entonces no es tan evidente, no lo hacés en la sala de parto, salís, te vibra, salís y hablás afuera qué sé yo...son cosas que pasan una vez le explicás, pero no me pareció para hacer una queja y una nota entonces vos decís bueno, acá algo le pasa a la mujer porque el grado de intolerancia. (Amanda, gineco obstetra jubilada, ex jefa del servicio de ginecología hospital público CABA, 60 años, jubilada, casada con un hijo)*

De las explicaciones nativas o sentidos atribuidos a hechos connotados como violencia obstétrica por parte de lxs entrevistadxs, podemos suponer que lxs profesionales tienden a pensar que las mujeres tienen niveles de tolerancia bajos respecto de acciones y actitudes que ellxs consideran cotidianas y esperables por parte de lxs profesionales de la salud en el marco de la rutina gineco obstétrica institucionalizada. Lxs profesionales se refieren a una exageración por parte de las mujeres, incentivada por grupos/foros de pacientes, el movimiento de mujeres y/o el feminismo que promueven el parto humanizado y denuncian la violencia obstétrica, generando, según lxs

profesionales, expectativas muy distantes de las experiencias concretas del parto/ cesárea en las instituciones de salud.

Aquí podemos ver también como la aplicación rutinaria de determinados procedimientos que no son siempre necesarios, como la colocación de una vía, la episiotomía, la colocación del monitor e inmovilización de las parturientas, está muy vinculada al miedo a la muerte que experimentan los equipos de salud. En las narrativas la medicalización del proceso del parto aparece como necesaria para seguridad de las mujeres parturientas y sus hijxs y las intervenciones son presentadas como inevitables e imprescindibles. Como varixs ginecólogxs señalan en sus relatos que consideran que las mujeres no dimensionan o subestiman los riesgos implicados en los partos y las cesáreas porque los consideran a priori situaciones “felices y sencillas”.

*“En principio, lo que es la obstetricia se vive como un evento feliz y la gente no tiene en cuenta que hay cosas que pueden salir mal, o sea, la paciente que viene y se hace una cesárea programada, lo que fuese, está bien, es un evento feliz, es un nacimiento, es un acontecimiento social, pero no deja de ser una cirugía, yo creo que la gente esas cosas no las magnifica, no las dimensiona como realmente son...”* (Alma, residente de cuarto año de ginecología)

*“...viste que obstetricia en general todo sale bien pero cuando hay un problema o hay una muerte nadie está preparado para eso, no se espera eso si todo va a salir bien o sea flores, bombones o sea...y a veces más allá de las patologías que pueden llegar a preparar a la paciente o vos podés llegar a advertirle mirá esto es de altísimo riesgo, vamos a tener que atravesar esto, puedo pasar, esto, puede pasar esto...la mujer está preparada para que le pase algo...”* (Nora, gineco obstetra Hospital público, zona suroeste del conurbano bonaerense, casada, un hijo)

Pero ellxs como medicxs, conocen dichos riesgos y tienen, según aparece en sus relatos, la autoridad y responsabilidad de minimizarlos y asegurar el éxito de las intervenciones con la ayuda de la tecnología. Esto, como sostiene Floyd, les da la ilusión de la seguridad, pero en muchos casos crea nuevos problemas en vez de minimizar los riesgos (2001:510). Un gineco obstetra señalaba en un congreso de FASGO (Federación Argentina de Sociedades de Gineco obstetricia) a propósito de la inducción del parto *“es intervencionismo y puede generar alteraciones y complicaciones”*.

Podríamos pensar que hay determinadas prácticas que se encuentran naturalizadas y muy enraizadas en los modelos de atención que cuesta su identificación como violentas por parte de lxs profesionales. Frente a alguna complicación del parto o de la cesárea o cuando la mujer no responde de acuerdo a lo esperado o en contextos de precariedad material como la falta de camas, biombos o instrumental, las violencias o los malos tratos son atribuidos a dichas circunstancias y no son leídos como prácticas de una violencia específica como la violencia obstétrica.

La rutina gineco obstétrica implica determinados procedimientos que no son evaluados en función de las necesidades específicas de cada mujer embarazada o parturienta y el contexto particular de cada parto sino que se realizan en forma estandarizada como parte de la medicalización de la sexualidad y fecundidad de las mujeres que conlleva, en muchos casos una patologización de procesos fisiológicos como el parto (Camaro Cuevas 2009). Lxs ginecólogxs explican determinadas prácticas en el marco de la prevención de eventuales patologías y/o complicaciones médicas y se amparan en la responsabilidad médica que supone no preverlas. Estas prácticas rutinizadas, retomando a Camaro Cuevas, le otorgan seguridad a quienes las practican más que estar pensadas para el bienestar de las mujeres. En muchas oportunidades prácticas como el rasurado de la vulva, la colocación de una vía, la aplicación de oxitocina o la episiotomía se realizan de forma rutinaria y preventiva a las mujeres parturientas por si necesitan ser intervenidas, para evitar potenciales desgarros, etc. Y no siempre porque lo ameriten las circunstancias específicas de cada parto.

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 (2007:86 y 87).

Podemos pensar a la rutina médica, en este caso obstétrica, 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. El habitus refiere a esquemas de percepción y de apreciación prediscursivos y 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 en las prácticas cotidianas. Hay un consenso implícito en el sentido de las prácticas, un código común que comparte un grupo aprehendido corporalmente a través de la adquisición no mecánica del habitus (ibíd. 2007).

Lxs gineco obstetras han sido socializadxs en la necesidad de esas prácticas, llevan a cabo esa rutina porque la han aprehendido así, porque es lo que saben hacer, para lo que fueron formadxs. La no intervención o la espera no constituyen procedimientos contemplados en los protocolos ni las rutinas médicas.

La estandarización de la interacción entre profesionales de la salud y la mujer durante el embarazo, parto y puerperio hacen al control de dicha interacción por parte de lxs profesionales, les otorga soberanía sobre sus intervenciones y baja los niveles de ansiedad asociados a la incertidumbre. La rutinización de los controles y un repertorio de rituales y rutinas son condiciones necesarias para la legitimación de la actividad gineco obstétrica (Gilligan y Salsa Cortizo 2016).

Los discursos médicos influyen sobre los comportamientos sociales y a su vez, reproducen los valores imperantes en una época determinada (López Sánchez 2010:15). Podríamos decir, siguiendo a Eva Giberti, que tras los argumentos científicos de la medicina sobre los procedimientos gineco obstétricos se encuentran también los miedos, prejuicios y creencias de lxs médicxs respecto del cuerpo de las mujeres y del proceso de parto. Allí se ponen en tensión también, estos conocimientos que les fueron expropiados a las mujeres en pos de la profesionalización de la medicina y de la gineco obstetricia como disciplina específica de salud de la mujer. En este proceso de medicalización de la sexualidad, fecundidad y reproducción de las mujeres, se les quita protagonismo en el proceso del parto y se plantea la necesidad de su sujeción a la autoridad médica que detenta el conocimiento

En ese sentido, el desarrollo y conformación constante del Estado implica un proceso también continuo de regulación moral de distintos aspectos de la vida en sociedad, en este caso, de la sexualidad y fecundidad femeninas. Las mediaciones estatales se legitiman sobre cierta moralidad “compartida” e intervienen en una diversidad de experiencias que tienden a presentarse unificadas. Si bien las instituciones estatales coexisten con otros actores que también participan de esta regulación moral, su rol es significativo (Gilligan y Salsa Cortizo 2016: 11)



El dispositivo de atención y las intervenciones orientadas a “prevenir patologías” como fundamento de la atención obstétrica cuentan con un aval moral que excede el campo de intervención biomédica. (Gilligan, 2014).

### **Público/ Privado. ¿Es la violencia obstétrica, violencia de clase?**

La gran mayoría de lxs profesionales entrevistadxs trabajan en los distintos subsectores del sistema de salud, por un lado, se desempeñan en el subsistema público (hospitales y centro de salud) y a su vez trabajan en consultorios que pueden ser propios donde atienden a usuarias con obra social y/o prepagas o consultorios que pertenecen a una obra social o prepaga. En algunos casos, más reducidos, tienen su propio consultorio y atienden pacientes de manera particular, es decir, sus honorarios son pagados íntegramente por las usuarias y no a través de obras sociales o empresas de medicina prepaga.

En sus relatos algunxs de lxs profesionales hacen mención a las diferencias que ven en términos de violencia obstétrica entre el hospital público y el subsector de salud privada.

Una de las ginecólogas entrevistadas que se acaba de jubilar como jefa del servicio de obstetricia de un hospital público de la zona norte de CABA me comentaba que la diferencias existentes entre el Hospital y la medicina privada:

*“..la verdad de Medicina privada que es casi inexistente donde estamos todos al servicio de la paciente y donde el planteo es nosotros somos un equipo y vos sos parte, a la paciente, del equipo para que todo salga bien somos todos un equipo entonces la paciente pregunta, no exige tampoco.”*

Según el relato de la médica, en el ámbito privado la violencia obstétrica prácticamente no existe. A diferencia del hospital, en el consultorio privado, la mujer es considerada parte del equipo de salud, pero que aun así no exige demasiado.

Ahora bien, es importante señalar que cuando los médicos hacen en sus relatos la distinción público/ privado, dan cuenta de categorías nativas que refieren a los lugares donde trabajan, las características que adopta su relación laboral, los públicos con los que trabajan y como esto configura también la relación con las usuarias.

*“...hay una medicina de ricos y una medicina de pobres, en el público, te cuento en obstetricia, no existe la peridural sólo para las cesáreas pero no hay peridural para los partos, salvo un pedido especial porque es una adolescente de 12 años y entonces...por favor...entonces te la hacen sino para los partos no hay peridural, aunque la mujer quiera pagar por su anestesia no la hay. En el privado todas tienen peridural, todas tienen...digamos, yo trabajo privado privado no trabajo para prepagos, en los prepagos todas tienen peridural, es más yo creo que no les ofrecen la oportunidad de no tener peridural, yo lo que vos quieras a menos que haya alguna indicación médica en cuyo caso te lo diré que no querés tener no tenés, pero es una elección de la mujer en el Hospital no hay elección eh...la calidad es buena...realmente es buena la calidad...con gente en formación, siempre pero se supone que supervisados casi siempre pero es buena, pero en el privado es otra cosa, no es lo mismo atenderte en una guardia que no conocés a nadie que tener tu parto con la persona que hace 9 meses que estás viendo todos los meses y no es lo mismo el prepago que el privado, el prepago tu consulta son 10 minutos no le cuentes tus problemas personales, contale tus problemas médicos de los problemas personales no se va a hacer cargo eh...en el privado por lo menos lo que hago yo son consultas de media hora como mínimo, entonces yo conozco a la familia, a los chicos, los miedos, vamos trabajando durante el embarazo un montón de cosas para llegar al parto de otro modo.*

En su relato, cuando la médica se refiere a la medicina privada está haciendo referencia a su consultorio particular en el que las mujeres usuarias contratan directamente sus servicios y le pagan sus honorarios por los mismos. Esto claramente tiene sus implicancias en términos de poder de decisión de la mujer sobre la atención de su embarazo y parto/cesárea por el tipo de relación médico paciente que se establece. La mujer contrata los servicios de la médica, quien le responde directamente a ella y no al director del hospital, centro de salud o la obra social o empresa de

medicina prepaga. Los protocolos de atención son distintos, los tiempos de la consulta, los procedimientos de rutina, etc. La mujer puede elegir si le aplican o no la epidural y negociarlo con el equipo médico mientras que en el Hospital público, de acuerdo a lo que relata la médica, aunque la mujer la solicite esta no se encuentra disponible por una cuestión de escasez de recursos, pero además porque existe un protocolo que establece cuando y porque debe aplicarse. Aquí retomamos las categorías nativas que aparecen en el relato de “*una medicina para pobres y una medicina para ricos*” que pareciera referir a que existe un tipo de atención de la salud para quienes pueden pagarla y otro para quienes no pueden pagarla. Y esto se trata no solo de disponibilidad de recursos sino que también se transfiere al tipo de relación que puede establecerse entre lxs profesionales y las usuarias.

Si bien la violencia obstétrica existe también en las instituciones privadas de salud sean de obras sociales, empresas de medicina prepaga o consultorios particulares, ya que esta se vincula a las asimetrías de poder entre médicxs y usuarixs y las desigualdades de género presentes en la sociedad y que se expresan en la gineco obstetricia como el poder sobre los cuerpos, la sexualidad y fecundidad de las mujeres. También puede pensarse, a partir de los relatos de lxs profesionales, en un factor de clase en la violencia obstétrica, las mujeres que asisten a los efectores de salud pública suelen tener una distancia de clase social con los equipos de salud mucho mayor que la que existe entre las usuarias de obra social, medicina prepaga o medicina privada. Y en este sentido, también hay una distancia en la manera como determinados eventos vitales se significan, distintas maneras de significar las experiencias corporales. Y el tipo de relación que se establece entre lxs equipos de salud y las usuarias difiere también muchas veces por el régimen laboral de los profesionales. En general, las usuarias que se atienden en efectores de salud pública no tienen una obstetra asignada desde el inicio del embarazo que siga todos los controles y atienda el parto o cesárea. Muchas veces sus partos o cesáreas son atendidos por lxs profesionales que estén de guardia y con los recursos materiales disponibles en el momento. Esto incide en el tipo de relación que puede establecer la usuaria con el equipo de salud. Ahora bien también las clínicas, sanatorios u hospitales de algunas obras sociales también tienen políticas y recursos similares a las instituciones de salud pública y las mujeres usuarias se ven sujetas a la disponibilidad de recursos materiales y humanos y a lógicas burocráticas a la hora de tener sus partos o cesáreas.

En ese sentido, podría decirse que las usuarias gestantes pueden encontrarse en igualdad de condiciones respecto de la falta de recursos o la burocracia a la que están expuestxs otrxs usuarixs del sistema público de salud y el de obras sociales. Pero como hemos señalado antes hay otros factores que hacen de la violencia obstétrica una violencia específica que si bien se relaciona con la violencia institucional del sistema de salud también se relaciona con la violencia de género ejercida específicamente sobre los cuerpos de las mujeres en pos del control de su sexualidad y fecundidad.

Podríamos pensar entonces que la violencia obstétrica no es una violencia de clase, en términos de que no se explica solamente o principalmente por la diferencia de clase entre profesionales de la salud y mujeres usuarias y que no se ejerce exclusivamente sobre las mujeres de sectores populares. Pero si podríamos decir que la pertenencia de clase de las usuarias incide en el grado de exposición a la violencia obstétrica, en las posibilidades de significar los eventos de violencia obstétrica como tales y la posibilidad de denunciarlos.

### ***Los hombres son mucho más dulces.... ¿Violencia o dulzura?***

Lxs ginecólogxs entrevistadxs en general coinciden en señalar que no hay distinción entre hombres y mujeres ginecólogxs en relación a la violencia o maltrato. Sostienen que hay mujeres maltratadoras y varones que ejercen violencia, así como hay mujeres que tratan muy bien a sus pacientes y hombres “*muy dulces*”.

Algunxs señalan que los varones ginecólogos son menos violentos porque tienen más cuidado hacia las mujeres por el hecho de ser varones. En este sentido es ilustrativa la respuesta de Carla, ginecóloga de un centro de salud de la zona norte del conurbano bonaerense.

*“Y por su posición de hombres, vos si le decís bueno, acóstate en la camilla, abrí las piernas, te tengo que poner un espéculo, nadie se va a acostar en la camilla, si es hombre nadie se va a acostar en la camilla va a abrir las piernas que te tengo que poner el espéculo, o sea son muy cuidadosos....son mucho más cuidadosos los hombres que las mujeres”*

Laura, oncoginecóloga de 37 años de edad, casada con dos hijxs, que trabaja en un hospital público de CABA relataba:

*“Entonces, me parece que tiene ver con nada, con la humanidad, no tanto con mujeres y varones, y eso en la residencia también se ve, a veces las mujeres somos más maltratadoras de las mujeres que los varones incluso, por ahí el varón por una cuestión de pudor y respeto puede llegar a ser un poco más bueno: “permiso”, para revisar, que a veces la mujer, pero no necesariamente, no sé si es determinante el género del médico.”*

También aparece este rasgo de mayor cuidado, respeto o pudor en las narrativas de médicos varones:

*“Pasa que en eso sí te voy a decir algo que puede hacer mella ¿No? Pero la mujer...eh...las chicas jovencitas por una cuestión de pudor obviamente se atienden con mujeres, las jovencitas, las mujeres más grandes en ginecología prefieren un hombre, porque el hombre es más respetuoso para tratar a una mujer al ser de un diferente sexo y estar tocando un tema tan íntimo el hombre es como que pone un respeto muy grande para que la señora se sienta respetada. Si dos personas del mismo sexo se atienden es como que todo se afloja y bueno, se atiende de una manera más informal. Si yo atiendo a un hombre...si yo fuera urólogo y lo atiendo de la misma manera con respeto y con delicadeza que yo atiendo a la mujer, el hombre puede pensar que yo me estoy abusando de él, en el carácter homosexual digamos y ¿Una mujer podría pensar lo mismo? No, porque a la mujer sí le gusta que la traten de forma delicada pero la mujer por ahí dice bueno a ver mamita abrí las patas una cosas así y a la mujer no le gusta que la traten así” (Manuel, jefe gineco, hospital fuerzas armadas CABA, 53 años, casado, una hija)*

*“Las mujeres que atendemos nosotros los hombres dicen que las mujeres a veces, como te podría decir, son muy bruscas en el examen ginecológico, que les hacen doler, que les molesta. Esteee y que el hombre es más delicado digamos...en cuanto al examen clínico o ginecológico, ¿no es cierto?” (Ernesto, 73 años, casado con tres hijas, ginecólogo, ex jefe del Depto. de Infanto juvenil de Hospital Público de CABA)*

Mientras que en otros relatos las mujeres médicas son descritas como más empáticas y con otra sensibilidad. Candela, tocoginecóloga de un hospital público de la zona norte de CABA, soltera y sin hijxs, me comentaba en la conversación que tuvimos en el box donde atiende a las mujeres en la sección de patología cervical<sup>10</sup>:

*“El hombre es más expeditivo en realidad, la mujer tiene un poco más de tiempo para escuchar al otro, por su estructura psicológica, y de género es así. El tipo es: pum y chau, resuelve rápido, y por ahí la gente se queda pensando: “uh, ¿y porque tal cosa?, la mujer le da más espacio para hablar al paciente, sea hombre o sea mujer, el hombre no.”*

Aquí me parece importante mencionar que lxs médicxs ginecólogxs resaltan el hecho de que las profesionales mujeres pueden ser tan o más violentas que los profesionales varones. Se soslaya el hecho de que la solidaridad entre mujeres se ha desincentivado desde el sistema sexo-género patriarcal y, más bien al contrario, se ha alimentado, la idea de que existe cierta rivalidad y competencia natural entre las mujeres. Por otro lado, también pareciera soslayarse el hecho de que las profesionales mujeres no sólo se han socializado en la misma educación biomédica patriarcal que lxs profesionales varones sino que también han tenido que hacerse un lugar en un mundo masculino y misógino en el que sus capacidades e idoneidad técnico - profesional son cuestionadas constantemente y se han visto expuestas a diversas formas y grados de violencia por parte de sus colegas varones.

Asimismo, es importante señalar como la expectativa de determinados atributos considerados propios de un género sustentados en estereotipos sociales, actúan para resaltar como negativa o positiva la ausencia o presencia de dichos atributos según sea en profesionales mujeres o en profesionales varones. Como por ejemplo, la empatía y la dulzura que se suponen atributos de la feminidad, es decir, propios de las mujeres.

---

<sup>10</sup> Subespecialidad de la ginecología que se encarga del diagnóstico, tratamiento y seguimiento de las lesiones precancerosas y del cáncer del cuello del útero

Nora, gineco obstetra de 60 años, divorciada con un hijo, que trabaja en un Hospital Público de la zona suroeste del conurbano bonaerense, comentaba en ese sentido, que a veces las mujeres buscan médicos varones porque *se sienten más contenidas qué sé yo, yo la verdad es que nunca tuve problemas, yo conozco médicos varones que son dulce de leche, dulce de leche que yo los tendría...yo los hubiera tenido a mis hijos con él también...*”

Cabe mencionar como se resalta el carácter suave, dulce, comprensivo y cuidadoso de algunos médicos varones. Estos serían rasgos destacables en ellos por no ser los esperados de acuerdo a los estereotipos de género masculino/ femenino.

En ese sentido, es ilustrativa la respuesta de Jimena, gineco obstetra de un hospital público del conurbano bonaerense, frente a la pregunta si considera que hay diferencias entre varones y mujeres respecto de la violencia obstétrica:

*“Yo creo que la ejercen todas aquéllas personas, varones o mujeres, que crean que tienen una posición hegemónica sobre el cuerpo de otra persona. Pero es indistinto si son varones o mujeres. Quizás las mujeres podemos llegar a tener un poco más de empatía pero a veces no, a veces no se da eso, a veces las mujeres son chotas con otras mujeres así que no sé si se da siempre por una cuestión de género. Puede que sí como puede que no. Hay mujeres que son muy machistas y están acostumbradas a repetir esos modelos que yo te decía.”*

La Dra. Jimena plantea justamente que la empatía entre mujeres puede darse como no. El hecho de que las gineco obstetras sean mujeres no la asegura. Pero al haber un estereotipo social que supone la sensibilidad mayor por parte de las mujeres médicas, suele resaltarse más el hecho de que algunas mujeres también sean violentas o maltratadoras de sus congéneres. Ahora bien, cuando se comprende que la violencia obstétrica o los malos tratos asociados a la atención del embarazo, parto y puerperio forman parte de un sistema violento más amplio donde se cruzan el autoritarismo médico hegemónico, la violencia institucional del sistema de salud y la violencia de género podemos comprender que esta violencia es ejercida y reproducida por quienes integran el sistema, tanto varones como mujeres. Y que la sensibilidad es un rasgo que no detentan todas las mujeres y de manera exclusiva. Que las experiencias de las mujeres no son todas iguales y no son vividas

de las mismas maneras. Pero además los dichos de la Dra. Jimena ponen de relieve la idea de que la medicina en general y a la gineco obstetricia en particular les otorga a lxs profesionales médicxs un poder sobre los cuerpos y particularmente sobre los cuerpos de las mujeres. Asimismo, la existencia de una rutina gineco obstétrica que tanto médicas como médicos aprehenden tempranamente y que luego actúan en su práctica cotidiana porque así han sido socializadxs en su formación y en la construcción que hace la gineco obstetricia de su objeto de intervención.

### ***Es violencia en la salud, violencia sanitaria...***

En algunos casos, la violencia obstétrica es explicada como parte de la violencia que se ejerce sobre todxs los usuarixs del sistema de salud y se señalan la falta de recursos humanos y materiales y cierto funcionamiento intrínseco al sistema que constituyen violencias en sí mismas. Tal como comenta Nora, gineco obstetra de un hospital público de la zona suroeste del conurbano bonaerense, a punto de jubilarse:

*“Eh...es difícil el tema, es muy difícil tiene que haber...no depende solamente del médico y del equipo si yo estoy atendiendo en un lugar en el que estoy en una Guardia que tengo 4 partos a la vez, que no tengo TPR tengo centro obstétrico o sea que tengo que aislar a la mujer porque no puedo tener a una mujer en trabajo de parto al lado de otra, las dos en bombacha con las piernas abiertas o sin bombacha mejor dicho y los maridos a los costados no puedo si yo tengo que controlar varias pacientes, los maridos tienen que estar afuera entonces ahí yo ya separo a la mujer de la familia, con suerte entra a sala de parto pero si no tengo ropa para el marido no lo puedo hacer entrar entonces para que se haga un parto humanizado tiene que estar de acuerdo desde el Director hasta el último orejón del tarro del Hospital y todos tienen que trabajar para que eso se pueda dar tiene que haber ropa, tiene que haber esto y tiene que estar el marido...porque a veces vos tenés la mejor voluntad pero el sistema hace que hay violencia en algún momento...”*

Nora se desempeña en un Hospital Público y en ese contexto ella significa a la violencia como la falta de recursos materiales para que el parto sea respetado y evitar la violencia obstétrica que ella señala como la imposibilidad de que la mujeres estén acompañadas por su pareja, porque no hay



elementos que garanticen la privacidad de cada una de las parturientas o no hay ropa adecuada para el ingreso a la sala de partos de la persona acompañante.

Algunxs profesionales cuestionan incluso la especificidad del concepto de violencia obstétrica al considerar que esta es parte de la violencia más generalizada que se vive en el sistema de salud y en la sociedad en su conjunto, por las desigualdades sociales y económicas y la falta de condiciones para brindar una atención de calidad y no incurrir en violencia hacia lxs usuarixs, como la falta de medicamentos, falta de camas para internación, cansancio de lxs profesionales, etc. Amanda, obstetra recientemente jubilada, considera que el concepto de violencia obstétrica es más político y lo asocia al movimiento de mujeres y el feminismo pero ella prefiere un paraguas conceptual más amplio que, según ella, incluye todas las violencias que se dan en el ámbito de la salud:

*“Por eso digo, el grado de violencia obstétrica...primero que se llame yo no estoy a favor de que haya una ley de violencia obstétrica, tienen que poner ley de violencia, violencia sanitaria te diría no específicamente obstétrica o sea es en cualquier ámbito de la salud, el trato tiene que ser adecuado, la información tiene que ser correcta pero por qué obstétrica, eso para mí tiene más que ver con movimiento más feminista y yo no estoy en contra de las feministas pero defendiendo el rol de la mujer en todos lados pero...pero el tema de que sea puntualizado como obstétrica...para mí violencia es violencia, es violencia en la salud, violencia sanitaria, llamala como quieras pero también es violencia que no puedan tener peridural cuando quieren, que el Hospital no entregue antibióticos por ejemplo para uso ambulatorio, eso es violencia...es más violencia que alguien saque un celular cuando están en trabajo de parto, entonces la violencia hay que entenderla desde todos lados porque el sistema también te enoja mucho, vos tenés una paciente que tiene una infección, una cistitis, una pavada pero no le podés dar...le hacés receta pero el Hospital no entrega remedios...” (Amanda, 61 años, casada con un hijo, gineco obstetra, jubilada, ex Jefa de Obstetricia de Hospital Público de CABA).*

Aquí también Amanda refiere a la violencia obstétrica como parte de la violencia institucional que se da en el subsistema público de salud por falta de recursos. Ella se desempeña en un hospital público pero también se desempeña en su consultorio particular como obstetra y considera que no

hay violencia obstétrica en ese subsector porque hay recursos disponibles y las mujeres pueden decidir si utilizarlos o no, como por ejemplo, la anestesia epidural o acceder a algún remedio para tratar patologías que aparezcan durante el embarazo.

Alma, residente de cuarto año de medicina de un hospital de la obra social de las fuerzas armadas en CABA sostiene que la violencia se vive a nivel social:

*“Y en este caos de violencia en general, porque vos, hoy en día, tocas una bocina y se baja alguien y te rompe el espejo del auto, me parece que es más una situación de violencia social que se da, que por ahí una situación en la cual el paciente puede llegar a estar más vulnerable que el médico, o a veces el medico está más vulnerable que el paciente. No sé, hay veces que el paciente viene y no le gusto en lo más mínimo lo que le atendiste, te quieren romper la puerta abajo... estamos todos muy desprotegidos, los médicos como médicos y los pacientes como pacientes, me parece que es una situación global que no ayuda”*

En su narrativa Alma, se refiere a la violencia social que se da en todas las áreas y que lo que a veces se define como violencia obstétrica para ella está más relacionado con el malestar de las mujeres usuarias y sus familias por el maltrato del sistema de salud (largas esperas, trámites burocráticos, negativas en prestaciones, etc.), que se suman al malestar de lxs profesionales de salud que no trabajan en las condiciones óptimas (muchas horas de trabajo ininterrumpido y sin dormir) hace que se generen situaciones violentas.

*“...ahora se habla de violencia obstétrica, pero se podría hablar de violencia de la medicina al paciente en todos los ámbitos. .... Obviamente que debe haber lugares donde exista realmente violencia, pero en todos los ámbitos de la medicina, no solamente en la obstetricia.”* (Antonio, residente cuarto año de medicina hospital obra social de las fuerza armadas, CABA)

Tanto Alma como Antonio, compañerxs de residencia, refieren a la reciente visibilización de la violencia obstétrica y la entienden más como tendencia o moda actual pero sostienen que hay una

situación más global de violencia social generalizada que hace “más vulnerables y desprotegidos a médicos y pacientes” y que la violencia está generalizada en el sistema de salud así como en otros ámbitos de la sociedad.

Otros relatos también resaltan el maltrato que sufren lxs médicxs y como este se traslada a las personas usuarias:

*“En la empresa Google hacen cosas de calidad para los trabajadores bla, bla, es como que los médicos no, verticalismo, mal, maltrato, tuc, guardias, 50 mil horas, sin descanso, maltratarse, entonces te maltratan, entonces maltratas al paciente, es como todo un... Los lugares privados están mejor, de hecho esta, no, esta chica no, otra, vino a dar una clase de coach una vez, un curso, una mina, y dice que ella trabaja en el hospital Británico y que se reúnen no se cada cuantos meses y hacen algunas dinámicas para tratar de mejorar algunas...son como unas...nada, de hecho nadie te enseña a dar una clase, eso, las clases en general son horrosas, incluso en congresos, una diapositivas así, con unas letritas así, que no se entiende nada, es un espanto (Laura, onco gineco, Hospital público de CABA, 37 años, dos hijxs, casada)*

### ***Si vos no tenés compromiso...***

También aparecen las explicaciones más individualistas, donde la variable es la personalidad de lxs profesionales o sus historias de vida, malas experiencias, etc. Que trasladan a la atención gineco obstétrica de las mujeres:

*“De las personas que yo conozco y que he visto que tienen realmente maltrato con pacientes en general es por su historia personal, son personas que han tenido a lo largo o en su formación o en su vida alguna mala experiencia y la trasladan...” (Gabriela, tocoginecóloga, Hospital público, CABA, casada con un hijo, 50 años)”*

Carla que trabaja en un centro de salud de la zona norte del conurbano bonaerense también señala que lxs médicxs a veces tienen una *mala noche* o no se quieren tomar el trabajo de explicar y *hay pacientes que vos necesitás hablarle más para que se relajen, para que tomen conciencia te doy el ejemplo del espejo,*

En otros casos, como el de Candela, refieren a la falta de compromiso con las personas usuarias y su tarea, que *“perdieron el horizonte y no están involucradxs”* o *“que el sueldo es muy bajo y da lo mismo si atendés bien o atendés mal....entonces no sé si lo operas y lo dejás tirado.* Candela que trabaja en el consultorio de patología cervical en un hospital público de CABA refiere a que ella no se toma esto como un trabajo que termina *cuando cuelga el delantal* y se va a su casa. Ella refiere a que ella deja todo de sí en el consultorio, pero que otrxs profesionales *van a cumplir horario, se van y se olvidan.*

También hay argumentos sobre la falta de capacidad o vocación para trabajar con personas en situación de vulnerabilidad.

*“...entonces por un lado están los médicos que me cuesta mucho entender pero creo que sí, que tiene que ver...no sé por qué eligieron la profesión....nada me parece que hay gente que no está capacitada o que no lo tiene de vocación o que no termina de ser consciente con quién está trabajando o sea trabajar en salud implica estar en un momento muy vulnerable de la gente...”* (Lucía, tocoginecóloga, hospital público CABA).

En estas explicaciones nativas sobre la violencia obstétrica, esta última no es percibida como un problema social y cultural relacionado con las asimetrías de género, de clase y relaciones desiguales de poder entre usuarixs y profesionales de la salud. Tampoco se la vincula con la violencia institucional del sistema de salud. Sino que se explica por características individuales de lxs profesionales que ejercen la violencia. No se ve como un fenómeno extendido en la práctica que excede a las personas concretas que ejercen la violencia como parte de un dispositivo disciplinador de los cuerpos, la sexualidad y fecundidad de las mujeres.

*“Mira yo pienso que vos tenés opciones en la vida si a vos no te gusta lo que te pagan te podes ir a hacer otra cosa, o sea no te la tenés por qué agarrar con el otro, habrá que ver qué tiene en su cerebro esa persona que no sé pone la culpa en otra persona y no en la que corresponde ...habrá tenido una mala noche en la casa...anda a saber cuál es el problema de esa gente que ejerce violencia, a lo mejor son violentos en la casa, a lo mejor se tratan así en la casa”* (Carla, tocoginecóloga, centro de salud zona norte del conurbano, casada, tres hijas)

### **Institucionalización y medicalización del parto**

Los nuevos procesos de tecnificación médica y el reconocimiento estatal de la medicina como profesión y la gineco obstetricia como la especialidad responsable de los procesos reproductivos, a mediados del siglo XIX, supusieron un corrimiento de la parturienta del lugar central hacia un lugar subordinado a lxs profesionales de la salud que detentaban el poder que el “saber científico” les otorgaba. En el siglo XX, la obligación de parir en instituciones de salud y asistidas por médicos obstetras y parteras profesionales sacó a las mujeres de la centralidad en la experiencia del parto que se llevaba a cabo en sus hogares acompañadas de parteras empíricas y las expropió de los conocimientos de su propio cuerpo y del control de procesos como el parto. El parto intervenido y medicalizado forma parte del sistema de sujeción del cuerpo de la mujer al poder médico, cuyo representante último es el obstetra. La obstetricia, que es ejercida en su mayoría por hombres, ha desarrollado prácticas y saberes que regulan y controlan la experiencia de la maternidad (Belli 2013).

Ahora bien, es importante comprender que la violencia obstétrica refiere a determinadas prácticas de los equipos de salud que intervienen en el proceso del embarazo, parto y puerperio que son experimentadas por las mujeres embarazadas y parturientas como violentas. En este sentido la violencia obstétrica refiere a prácticas que son más claramente identificadas como tales por lxs actores intervinientes como insultos, subestimación del dolor o referencias a la vida sexual de las mujeres cuando se quejan de los dolores de parto, o de los tactos, etc. Hasta prácticas que son consideradas parte de la rutina de la atención de los partos y se han estandarizado de forma que se aplican a todas las embarazadas y parturientas por igual independientemente de su situación particular como rasurado de genitales, colocación de vías, inmovilización, suministro de oxitocina

para la inducción del parto, episiotomía, entre otras. Otro factor que interviene en la definición de violencia como tal es el carácter de inconsulto de todas estas intervenciones y de la escasa o nula explicación que se les brinda a las mujeres por parte del personal de salud sobre los procedimientos implementados, sobre su estado de salud o la de su hijx por nacer o recién nacidx. En muchísimos casos, las mujeres refieren a que sus preguntas son ignoradas o el personal de salud se burla de las mismas.

### **Acerca de las rutinas médicas**

La conceptualización de parto normal o patológico constituye una conceptualización en disputa que se traduce en un acceso desigual de recursos entre obstétricas y médicxs obstetras. La distribución sexo genérica de las tareas en el marco de la hospitalización de los partos, supone que las obstétricas (en su mayoría mujeres) se ocupan de los partos normales y los obstetras (en su mayoría varones) se ocupan de los partos patológicos o cesáreas. El saber médico es el que controla los procedimientos, incluso en los partos normales, creando normas y protocolos y designando a quiénes deben hacerlos cumplir. Esta constituye, siguiendo a Bourdieu, una lógica de la práctica que opera en las intervenciones obstétricas (Gilligan y Salsa 2016:10).

Siguiendo las narrativas médicas podemos pensar como las rutinas médico-administrativas marcan una separación de las mujeres con respecto al “afuera”. Como el ingreso a las instituciones de salud, supone que los cuerpos de las mujeres dejan de ser cuerpos sociales y se convierten en cuerpos hospitalarios, quedando expuestos a intervenciones médicas y a las miradas de quienes integran los equipos de salud. Estas rutinas se reproducen a partir de relaciones profesionales fuertemente jerárquicas que, en su ejecución cotidiana, establecen los términos del accionar institucional y validan al mismo tiempo, las pautas adoptadas. Dichas rutinas constituyen un conjunto de acciones que –aunque el personal y los profesionales no siempre adhieran o actúen conforme a ellas– se llevan a cabo de manera repetitiva, sin reflexionar explícitamente y sin necesidad de legitimar las decisiones en cada ocasión. (García, Recoder y Margulies 2017)

Davis Floyd señala que existe una estandarización de los procedimientos de nacimiento en las instituciones de salud y una intensificación de las acciones practicadas sobre las mujeres parturientas, muchas de ellas con escasa o nula evidencia científica respecto de su necesidad o efectividad (2001:58). La posición de la parturienta recostada sobre su espalda es una clara

demostración de cómo la opción médica es la que se impone sobre la comodidad de la mujer parturienta, aun cuando se sabe que dicha posición hace más difícil el parto, además de que la posición sentada o en cuclillas permite mejorar la capacidad de pujar, y mejora la circulación sanguínea y oxígeno del bebé. Pero la posición de litotomía (acostada sobre la espalda) le permite maniobrar con mayor libertad y comodidad a el/ la obstetra. Se impone el poder de la jerarquía médica por sobre las preferencias de las mujeres parturientas (*ibíd* 2001:58).

En el modelo tecnocrático de la biomedicina, la metáfora del cuerpo como una máquina en las sociedades industrializadas del occidente, centradas en la cultura patriarcal y la figura masculina, el cuerpo del hombre es el prototipo de correcto funcionamiento del cuerpo-maquina. Mientras que el cuerpo femenino, como se desvía del estándar masculino, es visto como defectuoso, impredecible y vinculado con lo natural por lo que debe ser controlado constantemente. Es así como los nacimientos son considerados procesos mecánicos defectuosos que deben ser monitoreados, de allí el desarrollo de la obstetricia para mejorar dicho proceso a través de herramientas, técnicas y tecnologías para convertir al parto en una línea de montaje dentro de la cadena de producción fabril. Convirtiéndose así la mujer en la obrera, el/ la bebé en el producto y el hospital en la fábrica (*ibíd.* 2001:56).

La rutina de colocar una vía endovenosa a una mujer en trabajo de parto forma parte, según Floyd, del abuso del enfoque intrusivo de la biomedicina. Su colocación pone a la mujer en una relación de dependencia respecto de la institución hospitalaria igualable a la dependencia del bebé respecto de la mujer embarazada. La vía es una expresión simbólica del cordón umbilical que une a la mujer con el Hospital y a través de él, con la sociedad. La autora señala que en la arena cultural de la reproducción, esta intervención tecnológica es una expresión de la fusión humana con las máquinas creadas por la humanidad, la creación de lxs ciborg (*ibid* 2001:57). Tal como mencionaba una gineco obstetra a propósito de la inducción del parto, en un congreso de la Federación Argentina de Sociedades de Ginecología y Obstetricia (FASGO) “*no tenemos paciencia para hacer la inducción*”. Dando cuenta de cómo la necesidad tecnocrática de intervenir en los partos no da lugar a la espera de los tiempos necesarios de cada parto en particular. La misma médica señalaba que “*se busca más objetividad*” y un colega suyo en el mismo congreso

sostenía, que es necesario estandarizar los procedimientos porque *“los recursos son demasiado subjetivos”*.

Aquí también vale la pena señalar las metáforas del cuerpo que operan en la práctica de la medicina. El cuerpo como una máquina y lxs médicxs como mecánicxs responsables de su correcto funcionamiento. O la metáfora de la producción en la que el cuerpo es una fábrica y lxs médicxs son supervisores que controlan qué es lo que se produce y cómo. Siendo las mujeres, las trabajadoras que deben producir, de acuerdo a las expectativas de lxs médicxs. Los cuerpos de las mujeres son concebidos básicamente para las funciones de procreación y gestación. En este sentido el cuerpo de la mujer es un sujeto de control de las estrategias científicas adecuadas (Martin 1987)



### **Capítulo 3: “Y las minas totalmente objetos ahí tiradas: “perdón, permiso señora, ¿Cómo le va?”. Emociones en la consulta ginecológica**

De las charlas y entrevistas con lxs médicxs ginecólogxs surgieron algunos aspectos que median la relación médicxs - mujeres usuarias que no había contemplado en mis preguntas de investigación y que tienen que ver con las emociones en la consulta ginecológica. En este capítulo se describe como lxs profesionales significan los sentimientos y emociones que experimentan las mujeres respecto de la revisión ginecológica como la vergüenza, el pudor o el dolor.

#### **Especulo y PAP. ¿Molestia o dolor?**

Una ginecóloga de un centro de salud de la zona norte del conurbano bonaerense me decía a propósito de la colocación del espéculo en la consulta ginecológica:

*“... a mí nunca se me ocurriría como he escuchado “Ay me duele el espéculo, me duele el espéculo” como he escuchado a otros médicos a las embarazadas...a la pobre mujer le pones el espéculo y le duele y...le duele, trataremos de hacerlo más despacito, “Bueno vamos a hacerlo más despacito”, yo nunca en mi vida dejé poner un espéculo ...o sea que las convencí, hablándole, relajándose, pero nunca dejé de poner un espéculo jamás, como me han dicho pacientes “Ay no, a usted no le puedo poner el espéculo” eso a mí jamás me pasó.” (Carla ginecóloga, centro de salud de zona norte del conurbano bonaerense, casada, tres hijxs)*

En el trabajo con ginecólogxs en el Programa Nacional de Prevención de Cáncer Cervicouterino, temas recurrentes en capacitaciones así como en charlas informales con lxs profesionales eran el dolor o incomodidad asociados a la toma de PAP u otros procedimientos del examen ginecológico y el tema de la privacidad de las mujeres usuarias en el momento de la consulta ginecológica.

En términos generales, tanto en los materiales de comunicación como en las capacitaciones del Programa se presentaba la toma de PAP como indolora. Incluso en la experiencia de mujeres recabada en distintas investigaciones operativas (Paolino 2011: Zamberlin, Thouyaret y Arrossi 2013), la realización del PAP es referida como molesta e incómoda más que dolorosa, por la

colocación del espéculo o en el momento de toma de la muestra, y la vergüenza de estar en la posición ginecológica, etc. Las mujeres refieren a la vergüenza de exponer el cuerpo y los genitales, sobre todo a profesionales varones, como una barrera en la realización del PAP u otros controles ginecológicos. La exposición de la intimidad del cuerpo frente al personal de salud, convierten a la consulta en una situación incómoda y desagradable. El hecho de ser observadas y tocadas por un profesional, en particular un varón joven, genera sentimientos de pudor y vergüenza y se constituyen, en muchos casos, en un motivo de la no realización de los controles ginecológicos (Zamberlin, Thouyaret y Arrossi 2013).

En ese sentido, los ginecólogos relataban acerca de las molestias, dolores y miedos experimentados por las mujeres usuarias frente a los controles y estudios ginecológicos como el PAP o la mamografía:

*“Muchas veces las chicas jóvenes que muchas veces no han hecho su primer Papanicolaou por ejemplo, hay mucha fantasía sobre eso, ¿no es cierto? O que no han hecho su primera mamografía, también piensan que son prácticas muy dolorosas, este, bueno vos les vas explicando de qué se trata. Le explicas como es una revisión ginecológica, les mostrás cómo es un espéculo, le mostrás como va a funcionar el espéculo dentro de su vagina y en general, entran con mucho miedo y, a veces yo las cargo, ¿viste? Cuando termino de revisarlas, “bueno el año que viene vas a venir a hacerte el próximo Papanicolaou?”, me dicen “la verdad que si porque no me dolió nada” (se ríe) Como que se dan cuenta de que no pasa nada. Que en ese sentido las mujeres se quejan de que la ginecóloga mujer es más por ahí más bruta al momento de poner un especulo o al momento de hacer un examen ginecológico, entonces por eso prefieren, cuando prueban a un médico ginecólogo varón, jamás voy a ir a una ginecóloga, con el Papanicolaou me puso el espéculo y a mí me dolió muchísimo. ¿Viste? Se agarran de eso. Qué se yo, inclusive a uno le puede pasar, a mí como hombre puedo poner un especulo que le duele a la paciente, puede pasar lo mismo, pero bueno, son cosas que te estigmatizan y bueno quedas ahí estigmatizado (se ríe)” (Ernesto, ginecólogo jubilado, ex jefe de depto. Infanto juvenil hospital público de CABA, 73 años, casado con tres hijas)*

Algunos profesionales tienen en cuenta que la toma de PAP requiere de práctica por parte de lxs profesionales y que la falta de la misma, puede provocar dolor en la mujer a la que se le está tomando la muestra y que esto debe ser tenido en cuenta también en las instancias de formación a médicxs residentes y particularmente en ginecología:

*“... por supuesto que si uno lo dice esto en un ambiente público médico muchos se rajan las vestiduras pero cuando vos le explicas a los alumnos el primer día de clase le decís que en ginecología ellos no le van a poner un espéculo a una paciente y te miran, entonces yo les pregunto: “¿Cuántos de ustedes van a ser ginecólogos?”, ninguno, ponele, “Bueno ¿cuántas veces vas a poner un espéculo en tu vida?”, Nunca, “La vez que vos pongas un espéculo en esa paciente ¿Cómo la va a pasar?, “Muy mal”, como todos a los que les ponen un espéculo por primera vez. Un residente que hace la especialización en realidad tarda 6 meses, 1 año en aprender a poner un espéculo y un chico que nunca va a ser la especialidad... pero bueno total él tiene que practicar, ¿Practicar con quién? Con una señora que está con las piernas abiertas, desnuda, no, ese paradigma cambió cómo debería cambiar la enseñanza de la ginecología me imagino que en las demás materias harán lo mismo pero la ginecología es un poco obvia ¿No? (risas) porque es una parte muy íntima de la gente” (Manuel, jefe de ginecología de Hospital de obra social de las fuerzas armadas, CABA, 53 años, casado con una hija)*

Una característica que adquiere las consultas ginecológicas es la introducción de instrumental en los genitales para la inspección clínica y sus implicancias sociales y morales. Un ejemplo es el espéculo, que fue reintroducido en la ginecología a comienzos del siglo XIX luego de caer en desuso durante la Edad Media y el Renacimiento. Todas las controversias que se generaron por la penetración del cuerpo de la mujer por parte del profesional médico a través del instrumental. Controversias de índole moral, ya que se partía del supuesto de que profesionales médicos pudieran aprovecharse de la situación y abusar de las mujeres examinadas, de que mujeres ninfómanas aprovecharán la consulta ginecológica para obtener placer y del atentado al pudor de las mujeres que implicaría la colocación del espéculo y la ofensa para el honor de sus padres o sus maridos en el caso de las casadas (Rodhen 2011:113).

En muchísimos casos, las experiencias de dolor, de incomodidad o vergüenza por la utilización del espéculo, son subestimadas por lxs ginecólogxs. Habitualmente en el discurso de los profesionales los estudios como el Papanicolaou que implican la colocación del espéculo, además de la utilización de instrumental para recoger la muestra, son presentados a las mujeres como inocuos, que no deberían generar ningún dolor o molestia. Cuando el dolor o las molestias son expresados por las mujeres son minimizados o relativizados por lxs profesionales.

***“Ginecología es muy particular...yo me doy cuenta que le da vergüenza hasta que la revise”***

Algunxs ginecologxs señalan que a las mujeres jóvenes les da más vergüenza hablar de temas relacionados con las relaciones sexuales:

*“...veo que a las chicas más jóvenes les cuesta, o por lo menos les cuesta empezar a hablar, porque es muy personal, porque hablamos de relaciones sexuales, porque hablamos de enfermedades de transmisión sexual, de un montón de cosas, y a veces la gente, es lo que siento yo, pero por eso te digo, por ahí tiene que ver más con como lo vivo yo de este lado, que como la gente lo vive, pero bueno.”* (Antonio, residente de cuarto año de ginecología, Hospital obra social de fuerzas armadas, 30 años, en pareja sin hijxs)

Por otro lado, el tema de la privacidad de las mujeres en el momento del examen ginecológico, o al momento de desvestirse/ vestirse también se problematizaba cuando hablábamos con lxs ginecólogxs. En muchas oportunidades, médicos varones, planteaban que dejaban la puerta abierta o entre abierta del consultorio para que no pesara sobre ellos sospechas de abuso o maltrato. En este sentido, en una charla informal con el jefe del servicio de ginecología de un hospital público de la zona norte del conurbano bonaerense, me decía: *“¿para vos hay que cerrar la puerta o dejarla abierta? Porque nosotros la dejamos abierta porque una vez una señora se puso a gritar que le estábamos haciendo no sé qué...y quería hacer una denuncia”*.

Otros argumentos sobre realizar las revisiones ginecológicas al lado de una ventana para tener más luz y poder observar mejor. Desde el equipo técnico del Programa se le planteaba a lxs profesionales lo que implicaba para la mujer estar expuesta a la vista de otras personas que miraran

hacia esa ventana desde otra ubicación o que pasaran al lado de la ventana justo en el momento del examen. También surgía el tema de la utilización de biombos o cortinas, paneles que protegieran a las mujeres usuarias de miradas ajenas en el momento de la revisión o cuando se desvistieran, la utilización de trabas en las puertas para evitar que la mujer fuera vista por alguien distinto del profesional que estaba realizando el examen.

En este sentido, una de las ginecólogas entrevistadas se refería al pudor y vergüenza experimentado por las mujeres adultas que estaban atravesando alguna enfermedad relacionada con sus genitales:

*“...como el pudor de la mujer grande, este, y bueno ni que hablar en vulva, en vulva así era un horror porque eran cánceres avanzados entonces venían con mucha vergüenza de lo que les había pasado, de que no se habían dado cuenta, de que les había dado miedo, los prolapsos de un tamaño que vos decís ¿Cómo puede ser? Tan lastimadas, tan, ahí si tenían vergüenza de mostrarte lo que les pasaba. Las chicas no, las chicas venían con una cosa más de frescura. Si en algún momento en la confección de historia clínica entonces uno por ahí se metía en algún tema entonces ahí sí el pudor, también hasta donde uno preguntaba. A veces lo que nosotras hacíamos era, no hay necesidad de la historia clínica terminarla en la primera. Si la mano venía complicada es hasta acá llegamos, mañana nos conocemos, te reviso, si no hay una urgencia, y eso también lo hago en privado”* (Susana, ginecóloga infanto juvenil jubilada de Hospital Público de CABA, 63 años, casada con tres hijas)

Otra de las cuestiones que surgía a menudo era la vergüenza de algunas mujeres usuarias de ser revisadas o de que la toma de PAP la realizara un profesional varón. En muchos casos, el género de lxs profesionales condicionaba el acceso de las mujeres a la realización de la práctica. Muchas mujeres manifestaban no querer realizar la revisión con un varón o no querer realizarla con algún profesional que luego tuvieran que encontrarse en la calle, sobre todo en las localidades pequeñas, porque les daba vergüenza. Este pudor o vergüenza también se manifestaba en las mujeres usuarias respecto de lo que pudiera él/la profesional que realizara la revisión pudiera pensar, sobre sus conductas sexuales, sobre sus relaciones de pareja, como se manejaba el tema de la confidencialidad, entre otras cuestiones.

Los ginecólogos entrevistados relataban como significan ellos la vergüenza experimentada por las mujeres usuarias al ser revisadas por profesionales varones. En muchos casos, enmarcando la consulta ginecológica en sus aspectos estrictamente técnicos y despojándola de cualquier connotación erótico amorosa:

*“Si a ver uno trata de relativizar poniendo el eje en que no es que es una cita amorosa sino que es un control médico por más que se pueda estar trabajando sobre zonas que puedan generar pudor y demás. También desmitificar un poco todo eso y es un control también es positivo para todas las mujeres no es que uno está ahí o exponiendo y demás hay que desmitificar, es un control médico así como uno se puede hacer un control de un lunar, esto es un control puntual de una zona que tiene su gran importancia, nada y tratar de explicarle y de educarla a eso, o sea, sacar un poco el eje de la vergüenza”* (Adrián, ginecólogo, jefe de servicio de ginecología de un hospital público zona oeste del conurbano bonaerense, 43 años, casado, tres hijas).

O en otros casos, se busca disipar la vergüenza o el pudor refiriendo a la simpatía y la experiencia del profesional, y presentando la edad del médico como una variable que despoja de connotación sexual a la desnudez de los cuerpos que revisa:

*“Mira yo en ese sentido, entro por el lado de la simpatía. Le trato de decir que bueno que yo hace 45 años que veo mujeres desnudas, no me voy a desmayar ni sorprender por ver un cuerpo uno u otro cuerpo. Es decir, que a mí ya, es como que no tengo filtro. A los 73 años me da lo mismo. La atención al paciente no pasa por la cuestión corporal. Entonces las afloja, las afloja mucho inclusive te digo, es más, pacientes más que hace muchos años. Mira Ernesto vos a mí me conociste de chiquita, me viste desnuda tantas veces, me importa tres pitos que me veas desnuda. Sin vergüenza porque hay ya confianza. Existe una confianza digamos.”* (Ernesto, ginecólogo jubilado, ex jefe de depto. Infanto juvenil hospital público de CABA, 73 años, casado con tres hijas)

Un residente varón de cuarto año de ginecología, comentaba como incidía su edad y género en la vergüenza experimentada por las mujeres durante la revisión:

*“...pero puntualmente lo que hacemos, que es ginecología, es muy particular, muy particular, a la mujer hasta le da vergüenza que el médico, en otras situaciones no, yo me doy cuenta que le da vergüenza hasta que la revise, o sea, muchas son vergonzosas y les da vergüenza que las revises vos, pero en general, ponete vos, que sos mujer, en el lugar de un ginecólogo que tenga mi edad, o que sea más joven, que se yo, yo lo veo, lo noto, intento por todos los medios demostrar, que en realidad, de este lado lo único que tiene es un profesional, es una circunstancia que tenga treinta años, creo yo que tiene que ver con eso” (Antonio, residente de cuarto año de ginecología, Hospital obra social de fuerzas armadas, 30 años, en pareja sin hijxs)*

Respecto de la existencia y utilización de mecanismos para preservar la privacidad de las mujeres durante la consulta y, específicamente en el momento de la revisión, lxs entrevistadxs señalan que no todos los consultorios cuentan con dichos mecanismos y que aun cuando se cuenta con los mismos, en muchas oportunidades, no se utilizan.

*“... hay una médica que es más grande y como que tiene prioridad y tiene consultorio con puerta, entonces yo golpeo: “pasa, pero pasa, no golpees”, digo: no, bueno, mira si estas revisando y siempre tengo la mini charlita que para mí hay que golpear la puerta, más que, por la paciente, como un preaviso de que alguien va a entrar, nada, eso. A veces, incluso, la secretaria, en general no, pero a veces se olvidan de golpear y abren la puerta, y los médicos en general no golpean, abren directo, y eso a mí me gustaría que se cambie, pero tendría que ser una directiva de, no sé, algún jefe o algo, que después cada uno, no sé, yo lo hago, pero, eso, si...No, tienen y no se usa en general, o no anda bien, o no engancha, ya te digo, hay 2 que tienen puerta y después hay 4, o 3, porque hay uno que no se usa casi, que tienen puerta corrediza, que no tiene traba, pero hay que hacer y abrir ¿entendes?, pero bueno, a veces queda un cosito así, y vos te fijas si el paciente está en bolas o no, y decís permiso y ya, si no está en bolas, como que vas abriendo” (Laura, oncoginecóloga, hospital público de CABA, casada con dos hijxs)*

*“Siii, si, esa puerta tenía pasador, que es la que da para el lado de afuera. Después hay una puerta que da al pasillo. En infante, en adolescencia, en los consultorios que yo he dirigido, esa puerta se cerraba que no quita que igual te la abriesen. Pero se cerraba.*

*Igualmente si estábamos revisando, estábamos a cortina cerrada, por más que entrasen, no accedían ahí. Teníamos como, tanto en infanto como en endocrino como vulva, bueno vulva era más abierto, el jefe de vulva era muy complicado, pero en general trabaje a cortina cerrada. Y como solía discutir bastante con mis jefes los consultorios que yo dirige eran más bien un búnker. Entonces era, ok acá se trabaja de puertas adentro y no nos interesa el afuera” (Susana, ginecóloga jubilada de hospital público, 63 años, casada con tres hijas)*

En el relato de Laura aparecen diferencias en la importancia que se le da a la desnudez de los cuerpos si se trata de usuarias del hospital público y las usuarias de los otros subsistemas de salud (obras sociales, prepagas o particulares) que podría considerarse como iguales, con cuya vergüenza pareciera haber una identificación mayor.

*“O por ejemplo, vos que sos mi compañera de trabajo, Irina vení que te hago el PAP, esto te quiero decir o con una compañera: “paren, paren que no entre nadie, para que esta Laura desnuda”, cinco sillas, y Laura desnuda re importa, la bolita desnuda no le importa a nadie ¿entendes? De hecho, en el consultorio, ahora lo cambiamos, pero antes, como un consultorio así que tiene la puerta acá, tenía un espacio chiquitito acá, donde guardamos ficheros y eso, un escritorio, otro escritorio y acá dos camillas con una cortinita en el medio, claro, pero cuando tenía que venir la paciente acá, y acá había una revisándose: “señora, no mire, no mire”, hace un tiempo, ahora, se cambió, se puso una camilla acá y otra acá, entonces no se tienen que estar viendo la concha las mujeres...hay un poco de la cosificación del paciente en un punto de dejar de resguardar (Laura, oncoginecóloga, hospital público de CABA, casada con dos hijxs)*

En el relato de Laura, aparece nuevamente la categoría nativa público/privado que refiere a los distintos lugares de trabajo de lxs ginecologxs y sobre todo a los distintos públicos con los que trabajan, que hablan de distintos tipos de relación profesional-usuaria. Aquí podemos pensar con Eliot Friedson (1960) en los distintos tipos de sistemas de referencia de lxs legxs, es decir, de las personas no médicas. El autor define dos polos: uno en el que el sistema indígena está ampliamente



extendido y se encuentra en las antípodas del sistema médico de referencia y otro polo, en el que existe una congruencia casi total entre el sistema indígena y el médico. Estos sistemas de referencia están íntimamente relacionados con la clase social, encontrándose los sectores populares más cerca del primer extremo, donde no hay congruencia entre los sistemas de referencia indígena y el médico y la clase media y alta cuyos sistemas legos de referencia serían más congruentes con el médico. Esto también se relaciona con el origen burgués de la biomedicina en las sociedades modernas occidentales, lo que la coloca en un lugar de la sociedad más orientada a los intereses de la clase media/ alta.

Lxs entrevistadxs coinciden en señalar que las mujeres más grandes suelen ser más pudorosas en el momento de la examinación:

*“Por ahí la mujer mayor ¿viste? ...Se cambian y salen, salían con el camisolín a la consulta. Ojo que mi hija, mi hija tiene una proporción de, obviamente, mi hija tiene 38 años, yo 73 como te dije. Obviamente que la población de ella es mucho más joven que la mía. A veces me llama, ay papá tuve que atender una vieja tuya porque está acostumbrada a atender a las hijas o nietas de mis pacientes. Y esas están desnudas, a parte ¿viste? No tienen ningún pudor. La que puede tener un poco de pudor es la mujer más grande. De 65 para arriba, que creció en otro ámbito, ¿viste? (Ernesto, casado, tres hijas, jubilado, 73 años, ginecólogo jubilado, ex jefe de depto. Infanto juvenil hospital público CABA)*

*“Mira las adolescentes no hay tanto sentimiento o sensación de vergüenza. Al menos le brindábamos, mira, trabajamos en un box cuatro médicas. Un horror si quieres de privacidad, pero lo que hacíamos era cada una atendía como en un cuadrado separado por una cortina sentada sobre una camilla. De esa manera armábamos tres espacios cómodos cerrados por cortinas. Y si ya sabíamos que íbamos a atender a alguna, porque le conocíamos la ficha, buscábamos mayor privacidad. Pero el pudor de la adolescente, ..... Pero referente a como estaban las mujeres en vulva yo viví vergüenza, que estaban mostrando una intimidad que las avergonzaba. En la adolescencia no, con mucha más frescura. En gineco endocrino, bueno es que tenía que ver con las temáticas, por ahí había preocupación. Mucha angustia porque cuando no te viene o te duele mucho, te la encargo,*

*entonces motivos complicados, eso te podría contar.” (Susana, 63 años, casada, tres hijas, ginecóloga jubilada de Hospital Público CABA)*

Algunxs entrevistadxs relataban como se organizaban para garantizar la privacidad de las pacientes cuando los consultorios no contaban con todos los elementos como biombo, puertas pasadores o cortinas o no estaban compartimentados:

*“Y acá un escritorio, acá había un escritorio, una médica se sentaba acá y otra médica se sentaba acá y las pacientes se ponían así espalda con espalda, acá había un biombo alto que separaba esto, y acá había cortinas, entonces teníamos, uno, dos, tres cuatro espacios, en general acá tratábamos de que sólo atendiese una y entonces jugábamos con tres espacios, entonces...A ver, la puerta al pasillo para llamar pacientes, esa tenía un pasador así que esa no se abría. Ahora la puerta que daba al pasillo de los médicos, no tenía pasador. En líneas generales se respetaba bastante, no que entrasen a asomar la cabeza, salvo que pasase algo, si venía un jefe estábamos en problemas porque no respetaban una mierda, Pero tratábamos... a ver....había relatos de abuso, había relatos de, en realidad aunque no hubiese relatos de nada, ¿no? pero tratábamos de mantener la privacidad así fuese un consultorio que no tuviese privacidad porque separada por un biombo y una cortina no es mucha la privacidad que puedes dar pero mínimamente tenés la privacidad de que no te mira nadie y también en Infanto no revisábamos tanto, era más charla que revisión , no era un consultorio de PAP, un consultorio de, y si revisábamos la camilla estaba puesta de tal forma que si alguien miraba no la veía a la mujer o sea ella estaba de piernas abiertas mirando directamente o sea lo que era la pared. Entonces no es que estaba todo expuesto (Susana, 63 años, casada, tres hijas, ginecóloga jubilada de Hospital Público CABA)*

*“En el hospital yo había hecho un sistema también así de biombos en los consultorios externos para mantener también la privacidad de las mujeres y aparte para poder trabajar tres o cuatro médicos con tres o cuatro pacientes simultáneamente sino teníamos que*

*depender de una sola camilla para cada consulta. ¿Te das cuenta? Pero yo había boxeado, son salas grandes y habíamos boxeado toda la sala de ginecología para poder atender simultáneamente a varias pacientes. En el hospital eso ya era una cosa de privacidad aunque nosotros ya tratamos de respetarlo al paciente, ¿no es cierto? Si un médico estaba revisando, tratábamos de no pasar. Era como una consigna ya que teníamos entre nosotros, como que bueno, respetemos la privacidad. Como que bueno no invadimos el terreno si el terreno estaba ocupado ya, jeje. (Ernesto, casado, tres hijas, jubilado, 73 años, ginecólogo jubilado, ex jefe de depto. Infanto juvenil hospital público CABA)*

Respecto del momento de desvestirse lxs ginecologxs entrevistados señalan que algunas mujeres tienen mucha vergüenza y necesitan más privacidad al momento de hacerlo y otras no tienen problemas de desvestirse totalmente en frente de lxs profesionales. En los relatos aparecen distintas estrategias implementadas para brindar privacidad a las mujeres en dichos momentos:

*“Tratábamos de salir nosotras. Y nos turnábamos porque si había que vestirse y desvestirse, la que atendía solamente en escritorio. Entonces en algún momento la que estaba adentro del bunker digamos, salíamos para que ellas entren a revisar y la otra esperaba atendiendo en el escritorio. Pero era una ingeniería. Hay algunas que vos ves que detrás del biombo se ponen la bata, se ponen las medias y se pondría la cofia y hay algunas que se desvisten todas y no les importa nada. Si está el biombo y hago que se desvistan por partes para que queden lo menos expuestas posible...” (Susana, 63 años, casada, tres hijas, ginecóloga jubilada de Hospital Público CABA)*

Durante la consulta ginecológica no sólo se examinan los genitales externos e internos de las mujeres sino que además implica estar semidesnuda en una posición muy expuesta y de desprotección: acostada sobre la espalda en una camilla con las piernas abiertas y sujetadas hacia arriba por las perneras que mantienen a la mujer imposibilitada de moverse de observar lo que está sucediendo y/o de mirar al ginecólogx que la está examinando. Además se introduce instrumental en la vagina que tiene una connotación sexual elevada. En la mayoría de las oportunidades este material no es previamente presentado ni los procedimientos y sus objetivos son explicados a la mujer. Las sensaciones que la mujer puede experimentar no suelen ser consideradas previamente

ni explicitadas por lxs ginecológxs como anticipación de lo que podría llegar a experimentar una mujer durante la consulta y el examen ginecológico, a los efectos de reducir la ansiedad, stress o incomodidad.

La condición de ser paciente ginecológica implica cierta obligatoriedad de realizar controles periódicos y someterse a cierta vigilancia ginecológica del cuerpo y de las conductas asociadas a ese cuerpo y a determinadas partes del cuerpo como la vagina. Asimismo, en la consulta pesa sobre las mujeres el mandato de la heterosexualidad y la maternidad. Se presume que las relaciones sexuales que mantienen adoptan la forma de penetración vaginal y que suponen la posibilidad de un embarazo, por la mayoría de las consultas o prescripciones de métodos de barrera para evitar ITS o embarazos no planificados se orientan sobre dichos supuestos.

El cuerpo sexuado y generizado de las mujeres que asisten a la consulta ginecológica se contrapone con el cuerpo de lxs ginecológxs que se presenta como neutro y fuera de la escena ginecológica. Siendo el lenguaje utilizado y las posturas corporales de lxs profesionales condicionantes de las emociones experimentadas durante la consulta por parte de las mujeres. En la consulta ginecológica se presentan los cuerpos como abstractos, objetivados, separados de su carácter sexuado. El foco de atención está puesto en los genitales de las mujeres, el resto de sus cuerpos, principalmente sus caras, se invisibilizan. Emociones como la vergüenza están muy ligadas con esta exposición de la parte más íntima del cuerpo que habitualmente se encuentra fuera de la mirada cotidiana (Brown, Pecheny, Gatoni y Tamburino 2013).

Esta intromisión en la intimidad de las mujeres, aparece muy naturalizada por parte de lxs ginecológxs que asumen el carácter de necesario de la revisión y la revisten de neutralidad científica. Esta naturalización de la exposición de los genitales por parte de las mujeres, también lleva en muchos casos a no tener los reparos de usar biombo o cerrar la puerta del consultorio y/o ponerle una traba para que nadie pueda entrar sin avisar. Hay casos en que ginecólogos varones temen ser denunciados por las mujeres por acoso o abuso y dejan las puertas abiertas para protegerse de potenciales denuncias o le solicitan a otro personal de salud que esté presente durante la revisión ginecológica.

Karin Johannisson hace referencia al proceso de profesionalización del contacto del cuerpo del médico con el de lxs pacientes, que se dio con el nacimiento de la clínica y que implicó controlar

los impulsos, utilizar el lenguaje corporal adecuado a la condición social y el sexo de lxs pacientes. Se pedía del médico un cuerpo configurado con conciencia y rigor, que contribuyera a la deserotización del vínculo médico-paciente. La distinción del cuerpo profesional (masculino) del privado. En este contexto es que la desnudez y la privacidad del consultorio sin presencia de terceros se vuelven problemática. La intimidad se volvió amenazante para la mirada exigente de lxs médicxs. La identidad del médico se constituye sobre todo como una identidad masculina, la compasión y la empatía dejan de ser rasgos necesarios y deseables en el oficio del médico. El cuerpo y la mirada del médico se convierten en objetivos a través de la distancia y la eficacia clínica. Se revela la corporeidad de la paciente como una superficie objetiva pasible de estudio, la timidez ni la sensibilidad son toleradas en el examen corporal. Fue necesario objetivar el cuerpo para avanzar sobre zonas del mismo que antes estaban vedadas (2006:73, 74 y 79). Johannisson señala como la mirada sobre el cuerpo desnudo, que sería considerada erótica y lasciva e incluso perversa en otros contextos, se legitima en el marco del examen médico a partir de la constitución de la mirada clínica con el aval científico de la voluntad de saber y conocer.

### ***“No soy muy paciente”. La experiencia de las ginecólogas como usuarias***

Al ser consultadas sobre su experiencia como pacientes ginecológicas, muchas entrevistadas refieren que no asisten tan regularmente a los controles y no tienen un especialista de referencia o se realizan controles como el PAP entre colegas amigas.

*“Si, no, no soy muy paciente no soy, por ejemplo habré ido dos o tres veces al ginecólogo, antes de recibirme, que se yo, y después por ejemplo, me hace el pap una amiga, o no sé, que se yo, la mamografía que me hice una vez me hice la orden yo, la verdad que no tengo tanta experiencia... No, no te podría decir, no tengo mucha experiencia digamos, ¿Quién es tu ginecóloga? No tengo, tengo una amiga que me hace el pap y yo se lo hago a ella, nos hacemos juntas y, ahora me hice el test así que por cinco años nada, y mucho más que hacer por ahora no tengo.” (Laura, oncoginecóloga, hospital público de CABA, 37 años, casada, dos hijxs)*

*“Yo no tengo ginecóloga, voy a verla Cande y me hace el PAP y nada más...Sí, con Cande nos juntamos una vez por año y ella me hace el PAP a mí y yo a ella (risas) viene a mi*

*consultorio o yo voy al de ella a última hora, charlamos un rato y nos hacemos el PAP”* (Liliana, tocoginecóloga de Hospital público CABA, 45 años, casada, dos hijxs).

*“Yo generalmente cuando me atiendo con alguien, de mi especialidad no, porque me atiendo con mis amigas, sabes quién soy yo, pero cuando voy a otra especialidad, también son mis amigas, pero yo expreso, digo, no digo: ay, me voy a callar la boca, soy médica, no, yo digo: mira, soy médica, pero hace de cuenta que soy una persona común. Viste que hay gente que no te dice o por vergüenza, o porque el otro se va a sentir incómodo, no, las cosas son como son, yo hay esto, le doy el espacio al otro para no tratarme como diferente porque a un paciente no le hablas como un médico, cuando hablas con un médico hablas como el mismo idioma, entonces le puedes decir algunas cosas que el otro te va a entender, desde otro lugar...”* (Candela, tocoginecóloga, Hospital público de CABA, 45 años, separada sin hijxs).

Se produce una tensión entre la supuesta neutralidad y naturalidad de la consulta ginecológica y la exposición de los cuerpos desnudos sexuados y generizados de las mujeres al ojo científico. La situación de la consulta ginecológica supone una examinación de los genitales pero regulada por el poder-saber médico. El rol de lxs ginecológxs es presentado, sobre todo, por los entrevistados varones como protocolar e implícito, se da por sentado. Se despoja del carácter erótico a los genitales y la mujer y su cuerpo son definidos como objetos técnicos pasibles de la intervención ginecológica con fines estrictamente terapéuticos. Sin embargo, es habitual que para muchas mujeres resulte imposible sustraer el carácter sexual del examen ginecológico y eviten por ejemplo desvestirse delante del o la ginecóloga, sobre todo si es varón, para al menos limitar la mirada sobre el propio cuerpo. En este sentido, algunas mujeres suelen sentirse más cómodas cuando las examina una ginecóloga mujer ya que contribuiría a deserotizar la escena ginecológica (Brown, Pecheny, Gatoni y Tamburino 2013).

La confianza es otro sentimiento que inspiran lxs ginecológxs en las mujeres que van a la consulta. En muchos casos, esta confianza no reside en la experticia técnica sino en la capacidad de contención y acompañamiento que tenga la/él profesional. Sobre todo considerando que la consulta ginecológica está muy vinculada a temas de sexualidad y de la intimidad. Muchas veces las

mujeres buscan comprensión y resolución de situaciones problemáticas puntuales como ser el tratamiento de ITS, la interrupción de un embarazo no planificado, etc.

Las definiciones de la confianza así como la vergüenza pueden variar de acuerdo a la edad y al momento de la vida que está atravesando la mujer y se vinculan con estereotipos sexo - genéricos. El énfasis en el saber técnico puede buscarse muchas veces para tratamientos complejos de cáncer por ejemplo o para el acompañamiento del embarazo y el parto. Y suele pensarse que ese saber científico es masculino y detentado por médicos varones. Mientras que la mayor comprensión o empatía suele esperarse más de médicas mujeres que atravesaron o atravesarán situaciones similares. (*ibid* 2013).

La vergüenza experimentada por las mujeres por la exposición de sus genitales también se encuentra vinculada con la relación que guardan las mujeres con dicha parte de su cuerpo, en muchísimos casos inexplorada y que es connotada negativamente en nuestras sociedades como “fea”, “sucia”, “olorosa”. Las secreciones de flujos así como la menstruación suelen generar repugnancia social hacia los genitales femeninos. Hay mucho desconocimiento de la genitalidad femenina y la autoexploración no es muy frecuente entre las mujeres. La sexualidad de las mujeres aparece como negada y su genitalidad es concebida como la alteridad, como la otredad respecto de la genitalidad masculina. La biología y fisiología femeninas son consideradas inferiores respecto de las masculinas y se presumen dominadas por su función reproductiva. En este esquema de significación corporal sexo - genérica, se supone a la mujer controlada por su órgano reproductor, el útero, y por lo tanto, carente de control sobre su propio cuerpo (Carvalho y Furegato 2001).

Respecto de la vergüenza que las mujeres experimentan en la consulta ginecológica, algunxs profesionales hacen la distinción entre mujeres jóvenes y mujeres mayores, refiriendo que las primeras estarían menos cohibidas a ser atendidas por médicxs jóvenes pero pueden preferir médicas mujeres. Otrxs señalan que las mujeres mayores no quieren ser atendidas por medicxs muy jóvenes y que prefieren ser atendidas por profesionales varones. En algunos casos, lxs médicxs sostienen que las jóvenes son menos resistentes a realizarse los chequeos de rutina como

el papanicolau y la colposcopia<sup>11</sup> y que las mujeres adultas son más “remolonas”, que les da más vergüenza o sienten que no necesitan realizarse los controles porque no usan métodos anticonceptivos o no están en edad fértil.

La edad también parece influir en lo que le pasa a los médicos varones con la desnudez de sus pacientes, pero en sentido contrario de lo que sucede con las usuarias, los más jóvenes parecen más cohibidos por esa desnudez o por la incomodidad que les genera a las mujeres tener que desvestirse para la revisión. Tal como lo señalan los siguientes relatos:

*“... yo hace 45 años que veo mujeres desnudas, no me voy a desmayar ni sorprender por ver un cuerpo u otro cuerpo. Es decir, que a mí ya, es como que no tengo filtro. A los 73 años me da lo mismo. La atención al paciente no pasa por la cuestión corporal.”* (Ernesto, ginecólogo jubilado, Dpto. Materno-infantil, hospital público CABA, 73 años, casado, tres hijas)

*“...muchas son vergonzosas y les da vergüenza que las revise vos, pero en general, ponete vos, que sos mujer, en el lugar de un ginecólogo que tenga mi edad, o que sea más joven, que se yo, yo lo veo, lo noto, intento por todos los medios demostrar, que en realidad, de este lado lo único que tiene es un profesional, es una circunstancia que tenga treinta años, creo yo que tiene que ver con eso, por ahí una chica va a un médico de setenta años y por ahí, no sé, tal vez, no sé, por ahí es un tema mío más que de la gente.”* (Antonio, residente de cuarto año de ginecología, 30 años, en pareja sin hijxs)

En ambos relatos, se señala la edad y la experiencia del profesional como un factor protector respecto de la vergüenza por la desnudez de los cuerpos, tanto de la vergüenza que pueden sentir los profesionales como la que ellos perciben en las mujeres usuarias.

Conrad (1988) señala la incomodidad de lxs estudiantes de medicina de preguntar cuestiones relacionadas con la intimidad de lxs pacientes. Lxs residentes, en algunos casos, les dicen a sus pacientes que tienen más edad de la que en realidad tienen para adquirir más confianza por parte de ellxs. Esta incomodidad respecto de inmiscuirse en la vida privada de lxs pacientes, o por su

---

<sup>11</sup> La colposcopia es un procedimiento ginecológico que consiste en la exploración del cuello del útero con el colposcopio, una especie de lupa, que permite visualizar posibles lesiones precancerosas o cáncer cervicouterino. Se realiza, generalmente, para evaluar a las personas con resultados anormales en la PAP.



condición de varón o de joven, no es bien recibida por lxs instructores ni es contemplada en la formación médica. Lo que plantea la necesidad de que lxs médicxs desarrollen una actitud más indiferente a la posible vergüenza o incomodidad que pueden experimentar lxs pacientes en el contexto de la consulta médica. En el caso analizado, muchas mujeres en las situaciones de control ginecológico sienten vergüenza, incomodidad, dolor o miedo. En general estas sensaciones son negadas por lxs médicxs o por lo menos relativizadas. Se plantea que el abordaje de esas situaciones es meramente profesional y que no tiene por qué haber alguna incomodidad de parte de las pacientes. La formación médica implica desarrollar un interés por la salud de lxs pacientes pero desapegado de las emociones, la despersonalización aparece como un requerimiento de la formación profesional en medicina. La formación médica constituye una importante fuerza socializadora, al atravesarla, lxs estudiantes de medicina van configurando una identidad particular. Si bien en los inicios de su formación pueden identificarse más con lxs pacientes, a medida que van avanzando y al concluir la formación se van identificando más con sus colegas médicos (Conrad 1988).

Podríamos decir que la incomodidad experimentada por lxs estudiantes de medicina o por lxs profesionales jóvenes es una emoción relacionada a otra emoción como la vergüenza que podría generarle a la mujer el hecho de que le pidan que se desvista, el examen de sus genitales o hacerle preguntas sobre su vida íntima. Si pensáramos en grados o niveles, podríamos decir que la vergüenza está más cargada de emocionalidad que sería un nivel de emotividad social más alto que la incomodidad que es una emoción experimentada por alguien que tiene cierta conciencia de que está exponiendo a un otrx a una situación que puede ser vergonzosa. Este sentimiento o emoción de incomodidad se perdería en la socialización prolongada del quehacer ginecológico y la incorporación de ese sentido práctico ginecológico que se vincula con el hacer inconsciente.

Alma de 31 años, residente de cuarto año de ginecología de un hospital de las fuerzas armadas ubicado en CABA, me decía que en el primer año de la residencia ella estaba “más cruda” y que cualquier situación la afectaba más, lo que la hacía empatizar más con lxs pacientes pero que con el pasar de los años *“ya te acostumbras, te acostumbras a la patología, te acostumbras al sufrimiento...y, como que vas formando un callo, entonces puedes tomar un poquito más de distancia ...”*

En este sentido es ilustrativo, lo que me comentaba en la entrevista, Laura gineco oncóloga de 37 años de edad, que hay prácticas que se adquieren durante la residencia en el Hospital y que se van incorporando y naturalizando:

*“...el otro día le decía a los residentes, vos llegas al hospital, hospital público, bueno hay una sala como esta, cortina, cortina, cortina, cuatro puérperas ahí, de gambas abiertas: bueno chicos, revisen la 1, la 2, la 3 y la 4, y las minas totalmente objetos ahí tiradas: “perdón, permiso señora, ¿Cómo le va?” tra, tra, tra. Digo, pasa el tiempo y vos aprendes a hacer eso, o sea, aprendes a hacer lo que tenes que hacer y después sos paciente, y sos mujer, y sos mama, y creces y te das cuenta que eso está mal, pero no te lo enseñan por ahí en la residencia, o por lo menos es mi experiencia, y es la mayoría, la mayoría de los pibes vos los ves y decís: claro, si no le enseñan que es así y la mina está ahí tirada y es para revisarla, aunque parezca que es mentira o por ahí te choca al principio, pero después es así”*

El relato de Laura ilustra de alguna manera como determinadas prácticas se van incorporando en la socialización de lxs estudiantes de medicina que puede resultarles disruptiva en sus inicios pero que luego se naturalizan como la revisión de muchas mujeres puérperas que se encuentran en posición ginecológica y están apenas separadas por una cortina y sólo cubiertas por una camisola, con sus piernas abiertas y su genitales expuestos y son revisadas por varixs residentes a la vez.

Como señala Goffman hay profesiones como la medicina que desarrollan un ciclo de convicción o aspiración insegura cuando se inicia la carrera universitaria y que se inclina hacia el cinismo a medida que avanza la formación médica. Lxs estudiantes dejan de lado su interés por la medicina, a los fines de aprender los contenidos de las materias y rendir exámenes y su interés por los enfermos para instruirse durante las residencias y solo cuando terminen la enseñanza médica pueden volver a sus ideales de servicio médico (1957: 13).

Algunxs de los profesionales cuestionan el manejo de la privacidad de la revisión ginecológica, que se realiza en los hospitales y consideran que ha ido cambiando o que debería hacerlo:

*“De hecho, fijate que cambian las especialidades, cambian ya los prácticos, vos no vas a ver cómo era antes que vos ibas a un Hospital y había 15 alumnos alrededor de la cama de un paciente revisándolo, eso no existe más o no debería existir”* (Manuel, jefe de ginecología de Hospital de obra social de las fuerzas armadas, 53 años, casado con una hija)

*“Todavía no lo hemos conseguido o sea tal vez...depende del médico que está formando al residente en ese momento que te dice bueno, mirá y te enseña un poco con el ejemplo ¿Si? Yo me acuerdo una de las cosas...entraba al Hospital y tenían las puertas abiertas ¿Viste? Y era pacientes ginecológicas está bien por ahí circulaban médicos o enfermeras te decían y a mí no me importa estamos revisando mujeres, la puerta tiene que estar cerrada ...los residentes terminaron aprendiendo obviamente pero falta...yo siempre dije que falta una materia que sea relación médico-paciente, nadie te lo enseña, lo vas viendo si tenés la suerte o no de aprender cómo tratar con un paciente de las distintas características que pueda tener un paciente”* (Gabriela, tocoginecóloga, hospital público de CABA, casada con un hijo)

Siguiendo a Oliva López Sánchez (2010) podríamos decir que el discurso médico y la ginecología en particular contribuyeron a la construcción del pensamiento sobre la diferencia sexual y la idea de inferioridad de las mujeres basada en el supuesto de una anatomía incompleta. La medicina le otorgó un aval científico al argumento de la inferioridad de la fisiología femenina respecto de la masculina basado en la idea de que el cuerpo de las mujeres estaba dominado por el útero, órgano desconocido e inestable. Embarazo, parto, puerperio y menstruación se presentaron como argumentos para la reclusión de las mujeres en el ámbito doméstico y su exclusión de la vida pública.

Durante mucho tiempo rigió un modelo de un único sexo en el que se consideraban a los genitales femeninos como una réplica de los genitales masculinos pero hacia adentro (Laqueur 1990). Si bien se consideraba que había un solo sexo, se habían definido dos géneros bien diferenciados con roles, estereotipos y expectativas sociales bien diferentes para uno y otro género.

La ginecología se convirtió en la ciencia de la mujer y en la responsable de la vigilancia moral del cuerpo de las mujeres y sus conductas. El control trascendió a la anatomía y se extendió a las conductas sociales y sexuales de las mujeres. En la consulta ginecológica se pregunta sobre la cantidad de parejas sexuales, sobre las prácticas sexuales, sobre la utilización de métodos anticonceptivos, sobre abortos, sobre la cantidad de embarazos, hijxs, intención de tener hijxs, consumo de sustancias psicoactivas, tabaco, alcohol, etc. Implica una indagación minuciosa sobre la vida privada de las mujeres con argumentos basados en la atención de la salud de las mujeres y la prevención de enfermedades pero con un trasfondo moral.

En una conversación que mantuvimos en una calurosa mañana de noviembre en una habitación desocupada de un hospital en Ciudad Autónoma de Bs As que pertenece a la obra social de las fuerzas armadas, Antonio, residente de cuarto año de ginecología de 30 años de edad, me decía que, frente a lo que él identificaba como vergüenza en las pacientes por su condición de ginecólogo varón y joven, él intentaba transmitirles que tenía la experiencia necesaria, que su intervención era estrictamente profesional y que no había porqué tener vergüenza o desconfianza.

En la entrevista que tuvimos en uno de los boxes del servicio de ginecología infanto juvenil del hospital público de Barrio Norte (CABA), Graciela, ginecóloga de 57 años de edad, me comentaba, en un alto en la atención de sus pacientes, que en general las adolescentes preferían a una ginecóloga mujer porque les daba más vergüenza que las revise un varón o hablar de determinados temas con médicos varones. A su vez, me comentaba que las adolescentes acceden más fácilmente a realizarse los controles ginecológicos y les generan menos pudor porque los inician desde edades más tempranas y los tienen más naturalizados que las generaciones anteriores. Mientras que las mujeres adultas, sobre todo cuando piensan en obstetras para que las acompañen en el nacimiento de sus hijxs, preferían varones, pero que luego de la menopausia, las mujeres adultas volvían en muchos casos a ginecólogas mujeres por cuestiones de pudor. Señala que las mujeres adultas son

más reticentes a los controles ginecológicos y que suelen sentir más vergüenza que las adolescentes.

Aquí podemos retomar a Simmel (1938) en su referencia a la vergüenza como una experiencia subjetiva a partir de la mirada de un otrx considerada excesiva o inoportuna. La exposición indeseada, la atención recibida hacia el propio cuerpo o alguna parte del cuerpo por un otrx puede generar el sentimiento de vergüenza o pudor. Este sentimiento está asociado, según Simmel, a una relación desigual de poder en la que la persona observada se encuentra en un peldaño inferior de una jerarquía social sea de clase, género, etnia, etc. La vergüenza constituye un mecanismo de control social que implica de alguna manera la internalización de las normas sociales por parte de las personas que sienten vergüenza y la consiguiente desviación de esa norma que tiene como consecuencia una sanción moral de la sociedad que se traduce en la vergüenza experimentada por quién no cumple con la norma.

En el caso de la consulta ginecológica podríamos pensar en la vergüenza experimentada por las mujeres al tener que exponer sus genitales frente a lxs médicxs, sobre todo si estos son varones. Así como también, tener que hablar sobre sus conductas sexuales con lxs profesionales, es decir, tener que exponer su vida sexual frente a desconocidxs que pueden juzgar sus conductas por no considerarlas adecuadas. Por lo que la vergüenza supone un castigo o sanción que opera como control social de una vida sexual activa en las mujeres. El cuerpo de la mujeres y, sobre todo, su genitalidad y aparato reproductor constituyen el foco del control social del sistema sexo/género. La ginecología y la obstetricia constituyen un dispositivo de control fundamental en ese sentido.

La vergüenza es entonces una emoción que se experimenta en el cuerpo individual a partir de las miradas sociales y la percepción subjetiva de esas miradas. Esta emoción de la vergüenza es entonces un traductor del temor a la potencial sanción social.

Norbert Elías (1993) señala que la vergüenza ha ido desplazando al castigo físico como método de sanción social en las civilizaciones occidentales modernas. De alguna manera, la vergüenza funciona como una coacción interna cuando el mundo interior de lxs individuos y el mundo exterior social entran en contradicción.

Al resaltar el hecho de que no es el cuerpo desnudo lo que da vergüenza sino la mirada de lxs otrxs sobre ese cuerpo desnudo, Giddens (1995) refiere también al carácter social de la vergüenza, que se experimenta a nivel subjetiva, pero es producto de las interacciones sociales corporeizadas.

Tal como señala Emily Martin (1987), las expectativas médicas respecto de los exámenes ginecológicos es que las mujeres se sometan al control de su genitalidad sin mayores resistencias. Se parte de la suposición de que la posición ginecológica (estar recostada sobre la espalda en una camilla con las piernas abiertas y el/la profesional en el otro extremo de la cabeza) separa de alguna manera a la mujer de su cuerpo. Lo que parecería escindir al cuerpo examinado de todos los sentimientos y emociones que pueda tener la mujer respecto de esa situación. La fragmentación del cuerpo de la mujer respecto de su ser social.

La escisión del cuerpo respecto de la mente que se da en la sociedad occidental y que en la biomedicina aparece de manera más patente. Tal como señalan Scheper Hughes y Lock (1987), cuerpo y mente son tratados como dos entidades completamente distintas que pueden y deben abordarse separadamente. No se considera tampoco el hecho de que determinadas partes del cuerpo tienen distintos significados para diversos grupos de personas según la clase, el género, la etnia, la religión, la cultura, etc.

El examen médico supone una mirada indiscreta de lxs profesionales sobre el cuerpo de las personas examinadas, que es entendida como necesaria para detectar los signos de enfermedad en el cuerpo. Este tipo de mirada se da en la intimidad de un consultorio donde suelen encontrarse a solas él/la médicx y la persona a quien se revisa. Dicha mirada en otros contextos sociales distintos del consultorio médico podría ser leída como perversa. Pero la mirada clínica está protegida por pertenecer al ámbito científico y se supone neutra, objetiva y distante (Johannisson 2006: 17). La consulta médica supone un encuentro de dos cuerpos en una clara intimidad del consultorio pero dicha intimidad es soslayada por la medicina clínica con el argumento de su necesidad para la práctica médica y para el establecimiento de la relación médicx-paciente.

Sin embargo, en el caso de las consultas ginecológicas esto aparece a través de los sentimientos de vergüenza manifestados por las mujeres y que lxs médicxs tratan de neutralizar aludiendo a su profesionalismo. Esta vergüenza que incluso experimentan lxs médicxs en los inicios de su formación pero que a medida que avanzan en su carrera se les va exigiendo cierta desafectación

de la situación misma y de las emociones o sentimientos que puedan experimentar durante la revisión tanto ellxs como las personas que revisan. En este sentido es interesante, tal como señala Karin Johannisson, el proceso que se fue dando en la medicina hacia fines del siglo XIX, con el nacimiento de la clínica, que implicó la naturalización del examen del cuerpo (desnudar, tocar, penetrar) en la revisión médica sostenida en la distancia y objetividad científicas de la voluntad de saber. La autora se refiere a la expulsión del yo sensible de la medicina, la mirada del médico se dirige hacia el cuerpo, sobre todo el cuerpo de las mujeres y ésta mirada no puede ser evitada (*ibid* 2006:46).

Es esta mirada indiscreta sobre la persona, lo que según Simmel, genera el sentimiento de vergüenza. La persona observada siente la atención sobre sí misma como una indiscreción, como intromisión en su yo interno y más íntimo, en los aspectos de su personalidad más reservada para sí misma. Pero sobre todo, el avergonzamiento se produce por la atención puesta en un punto particular de la persona y por parte de un otrx ajénx, en nuestro caso, lxs médicxs, que además portan la investidura de la jerarquía médica que lxs habilita a interpretar y emitir juicios sobre los aspectos que observan.

En este sentido, no es la desnudez exclusivamente, lo que genera la vergüenza per se, sino la desnudez en presencia de ese otrx, la mirada indiscreta y evaluadora del otrx y más específicamente en el caso del examen ginecológico, la observación de los genitales. Sumándole la connotación que tiene esa observación en nuestra sociedades cuyo sistema sexo/ género, es decir, la forma en que la sociedad organiza culturalmente los productos de la sexualidad y la reproducción humanas (Rubin Gayle 1986:30) las mujeres son consideradas inferiores y su genitalidad es percibida como una copia imperfecta de la genitalidad masculina y cuyo único propósito es satisfacer los deseos masculinos y reproducir la especie.

Las representaciones de la medicina acerca del cuerpo de la mujer refuerzan la idea de la mujer como inferior, dominada por su útero, que es definido como intrínsecamente inestable y que debe ser monitoreado y controlado porque puede generar desórdenes importantes en la vida social de las mujeres. En este orden moral que regula la genitalidad y la sexualidad femeninas, la ginecología es un dispositivo de control central. Al definir a la mujer como determinada por su función sexual y reproductiva, cosa que no sucede con el hombre, el campo de acción de la ginecología se extiende

más allá del control de la biología femenina hacia los comportamientos sociales y morales de las mujeres (Rohden 2002; López Sánchez 2010).

La distancia entre los ideales/ normas morales y las relaciones reales concretas hace que la vergüenza se experimente al sentirse expuestx a la mirada indiscreta de un otrx ajénx que pone en evidencia esa distancia, lo que redundará en la disminución del yo.

Boltanski refiere a la vergüenza del propio cuerpo como una vergüenza de clase. El cuerpo como signo de la posición social. El cuerpo a veces no se percibe como tal y no se desvincula de la persona a la que pertenece (Boltanski 1975:106).

Laura, gineco oncóloga que trabaja en un hospital público de CABA, se refería a una costumbre bastante habitual en los hospitales de que lxs médicxs entran sin golpear la puerta y sin reparar en la posibilidad de que allá una paciente semidesnuda en posición ginecológica siendo revisada en ese momento. Laura señala que le choca esa actitud. Me decía que no sólo entran sin golpear sino que en general se dirigen directamente al médicx que está atendiendo sin reparar en la persona que está siendo atendida. Comentaba que no es sólo el hecho de que la mujer que está revisando puede estar desnuda, lo que le resultaba chocante, sino también el hecho de que entre alguien sin previo aviso y sin ninguna explicación podría ser invasivo para la mujer. La gineco oncóloga también señala que no se le otorga la misma importancia a la desnudez de los distintos cuerpos. Si se está revisando a una persona que se considera par, una amiga, compañera de trabajo, conocida, etc. esa desnudez se cuida de las miradas ajenas de otra manera, cerrando bien la puerta o desplegando un biombo, cuidados que no se tienen si se trata de una mujer migrante y pobre que se atiende en un hospital público.

Los términos en los que la relación entre médicxs y pacientes se dan marcan una clara asimetría. La posiciones que adopta cada una de las partes de esta relación en el momento de la revisión, refuerza la desigualdad: lxs médicxs están vestidxs y se encuentran paradxs, con libertad de movimientos y lxs segundxs desnudos acostadxs e inmóviles. Lxs médicxs realizan manipulaciones físicas, ordenando que se paren, se acuestan, auscultando, revisando, palpando, etc. sin dar muchas explicaciones. Asimismo, realizan manipulaciones morales, más ocultas, pero que implican un juicio de valor sobre los conocimientos de lxs pacientes sobre su enfermedad, la manera en la que lo expresan, etc. (Boltanski 1975:40)



## Cuerpo y emociones

Siguiendo a Guadalupe García podemos decir que las emociones y los estados de ánimo están enraizados en nuestros cuerpos, son el sentido corporificado de nuestro lugar en un contexto dado que refiere a un modo determinado de involucramiento con lxs otrxs y en el mundo. En este sentido, los estados de ánimo no son estados internos que obtienen expresión en la experiencia, ni son reacciones a estímulos externos, sino que se constituyen y articulan en un contexto relacional en el cual estamos involucradxs y el cual ya tiene un tono afectivo (García, 2009: 21).

Kirmayer señala que los cuerpos sufrientes nos recuerdan que existen dos órdenes de la experiencia, el orden del cuerpo y el orden del texto. Este dualismo occidental en el que la actividad mental es valorada por sobre la experiencia corporal, un híper racionalismo que ignora el significado de las sensaciones corporales y minimiza el peso de las emociones, que pone el énfasis en pensamientos descorporeizados divorciados de las personas y de las situaciones y subordina al cuerpo sufriente a ideales filosóficos o políticas (1992: 323).

El cuerpo no puede ser contenido en una teoría de la representación porque el cuerpo no es lo mismo que la imagen corporal. La influencia del cuerpo es más presentación que representación que se traduce en sustancia y acción más que imaginación y reflexión.

Los significados de palabras y gestos tienen anclaje en la experiencia corporal. Los significados emergen de la capacidad de usar la experiencia corporizada, incluso la experiencia socialmente corporizada para pensar con metáforas. Las emociones no son simplemente una construcción cognitiva sino la consecuencia del aprendizaje corporal resultante de la naturaleza de la revulsión y el disgusto corporeizados (*ibid* 1992:12).

La persistencia de una emoción, sentimiento o humor puede buscar ser constreñida por lxs profesionales al presentarla como irracional pero, si bien en las emociones y los sentimientos prima la irracionalidad, son pensamientos corporeizados que indican no que es lo más “lógico” hacer en una situación sino que es lo que el cuerpo socialmente significado y emocionalmente involucrado y siente como necesario en dicha interacción que se encuentra a su vez socialmente significada,

como ser el caso del examen ginecológico. La experiencia afectiva se haya regulada socialmente y está vinculada a patrones de la interacción social.

Siguiendo a Kirmayer, podemos decir que lo que hace intelegible para lxs profesionales médicxs la descripción del paciente sobre sus síntomas es la tendencia de lxs primerxs a tomar las metáforas de la experiencia de la enfermedad de lxs segundxs y enmarcarlas en argumentos literales dentro del reino empírico de la biomedicina. El lenguaje no es tratado como una expresión personal sino como un código universal y transparente (*ibid* 1992:339).

Aquí podemos pensar como los espacios de atención de la salud, sean en consultorios, salas de parto o quirófanos, se constituyen en espacios cerrados que sustraen de su red social a las personas que allí se atienden y que resultan en espacios protegidos para lxs profesionales de la salud que pueden tomar decisiones abstrayéndose de la cotidianeidad, la emocionalidad y los sentimientos de quienes atienden y sus entornos. Esta organización del espacio contribuye a la creación de distancias y jerarquías y favorece, a su vez, al aprendizaje del rol profesional y lo que podríamos denominar indiferencia afectiva en la tramitación de las relaciones con pacientes y familiares (García, Recoder y Margulies 2017: 401)

Comelles señala la dificultad de los servicios de salud para lidiar con la presencia social del paciente y en este caso, la presencia en el espacio-tiempo del consultorio de las nociones, los saberes, las emociones y experiencias de las mujeres. (2017:42)

Convertir a la paciente en un objeto para mantener a raya las emociones o sentimientos y para evitar tener que discutir las intervenciones con la sujetx-cuerpo que las experimenta. El modelo biomédico tecnocrático busca excluir de la interacción médico-paciente, tanto las emociones propias de lxs profesionales así como las de las mujeres usuarias de la interacción médicx-paciente (Davis Floyd 2001)

## **Reflexiones Finales**

Retomando el objetivo de esta tesis de conocer y describir el punto de vista de medicxs ginecologxs acerca de distintos aspectos que hacen a la consulta ginecológica, considero que a lo largo de la misma y a través de las narrativas de lxs profesionales pudimos dar cuenta de cómo significan la violencia obstétrica, la relación del género de lxs profesionales con la especialidad y las emociones en el marco de la consulta ginecológica. Identificando categorías y explicaciones nativas que emergen en los relatos de lxs ginecólogxs y que pueden situarse en los contextos más amplios en los que se producen y reproducen dichos relatos.

### **Profesión y género**

En el capítulo 1, pudimos ver como las ideas de lo femenino y lo masculino y las expectativas sociales asociadas a uno y otro polo del binario sexo genérico, inciden en la elección de la carrera de medicina y de la especialidad así como la posterior inserción profesional. Los estereotipos de género y los roles asignados en función de dichos estereotipos suponen que algunas carreras y, dentro de ellas, algunas especialidades, son femeninas y otras masculinas. Aquí es indispensable la perspectiva de género para analizar la división sexual del trabajo que se da en profesiones y disciplinas entre varones y mujeres, segmentación horizontal por género que se da al interior de las mismas y la segmentación vertical que supone una desigualdad de jerarquías entre varones y mujeres. La perspectiva de género permite a su vez visibilizar cómo las elecciones subjetivas de la profesión y la especialidad están sujetas a las expectativas socioculturales del orden de género y son resignificadas en la práctica profesional y en muchos casos, cuestionadas o transformadas.

En las narrativas de lxs profesionales aparece la idea de que las médicas mujeres tendrían más empatía con las usuarias en el momento de atenderlas por el hecho de compartir experiencias como la menstruación, el embarazo, parto, menopausia, etc. Asimismo que las usuarias tendrían menos vergüenza o pudor de atenderse con ginecólogas mujeres, de exponer su cuerpo desnudo, sus genitales, de conversar con ellas temas como las relaciones sexuales, la anticoncepción o la interrupción de un embarazo porque se sentirían menos juzgadas y tendrían más confianza y, a su

vez, no tendría la connotación sexual o erótica que podría tener la consulta con un profesional varón. Además las médicas tendrían más tiempo y paciencia para hablar y para escuchar.

Pero a su vez, lxs profesionales sostienen que las mujeres usuarias prefieren a médicxs varones cuando se trata de la atención de embarazos y partos/ cesáreas o cuando tienen que realizar una intervención quirúrgica por algún tratamiento oncológico o de otro tipo. Señalan que los ámbitos quirúrgicos suelen ser ocupados por ginecólogos varones y que a su vez se considera un espacio masculino por los atributos estereotípicamente atribuidos al género masculino como la frialdad y el carácter resolutivo para tomar decisiones, la distancia para comunicar malas noticias, la fuerza física para soportar largas horas de pie en las operaciones, etc. También se señala la disponibilidad horaria de los médicos varones para asistir a imprevistos o complicaciones obstétrico ginecológicas y las diferencias respecto de las medicas mujeres que tendrían la responsabilidad de ocuparse de sus hijxs y sus familias.

Es decir, que determinados roles y estereotipos operan en la elección de la especialidad y subespecialidades de lxs profesionales y en las posibilidades efectivas del ejercicio de las mismas, así como influyen en la preferencia de las usuarias del género de lxs profesionales según la práctica o momento de la vida. El mandato de la maternidad y el cuidado del hogar y sus integrantes aparecen en los relatos como motivos que hacen desistir a las mujeres médicas de ejercer especialidades que podrían demandar mayor carga horaria, guardias o que impliquen mayor imprevisibilidad por las urgencias como la obstetricia o la cirugía. Las médicas señalan como decidieron no ejercer o no continuar con el ejercicio de la obstetricia una vez que tuvieron hijxs. Incluso, en muchos casos no hicieron residencia porque estaban embarazadas o habían tenido hijxs y la consideraban muy demandante o incompatible con la vida familiar.

Mientras que algunos médicos señalan que las mujeres profesionales no les interesa el quirófano y que prefieren la clínica. Varias de las médicas mujeres mencionan en sus relatos que tuvieron, durante su formación, menos oportunidades que sus compañeros varones, de asistir a la realización de cirugías o procedimientos como la utilización de fórceps en la asistencia de partos y que esto incide en las habilidades y la seguridad para desarrollar las técnicas. Una de las ginecólogas ya jubilada, señalaba que su padre, cirujano, había desalentado que siguiera la especialización por considerar que la presencia de una mujer en quirófano era conflictiva. E incluso ella mencionaba en su relato: *“... creo que las cosas me resultaron más sencillas porque no me metí en el terreno de los hombres. Si yo hubiese seguido operando vulva, hubiese sido distinto. Yo de ahí me quería*

*ir, o si quería operar un wertheim....Pero bueno en eso tuvo que ver, fundamentalmente, no competí...Es un ámbito más competitivo, sí. En ese momento era masculino.”*

Respecto del trato con las usuarias, aparecen en los relatos la dulzura y la delicadeza como rasgos de los médicos varones. Lxs profesionales plantean que, por un lado, los ginecólogos pueden ser más delicados en la atención por el hecho mismo de ser varones ya que tendrían más cuidados en la colocación del espejulo, durante la revisión, etc. Serían más dulces cuando hablan con las mujeres, en el acompañamiento del embarazo y el parto, algunxs ginecologxs señalaban incluso, la figura paternal del obstetra en la asistencia de los nacimientos. En algunas narrativas aparece el cuidado que tendrían los médicos frente a la sospecha de que sus acciones fueran mal interpretadas, que pudieran ser leídas con connotaciones sexuales o como violentas.

### **Violencia Obstétrica. Significados y explicaciones**

En el segundo capítulo de la tesis, vemos como la violencia obstétrica aparece en los relatos de lxs profesionales como un fenómeno más vinculado a la violencia generalizada que existe en el sistema de salud que ellxs describen por la falta de recursos materiales y humanos para brindar una atención adecuada y poder considerar las necesidades de cada una de las mujeres usuarias. Asimismo, algunxs plantean que la violencia presente en la sociedad permea el sistema de salud y que las usuarias y sus familias también pueden ser violentas como respuesta a la violencia que sufren, que tanto usuarixs del sistema de salud como lxs profesionales se encuentran en situaciones de vulnerabilidad y desprotección. El mismo término de violencia obstétrica como una violencia específica es puesto en cuestión por muchxs de los profesionales y reemplazado por violencia en salud o violencia sanitaria.

En las narrativas también aparece que la violencia obstétrica no estaría marcada por el género del profesional, ya que habría mujeres y varones que ejercen dicha violencia. Algunxs profesionales hacen referencias al abuso de autoridad y la desigualdad jerárquica existente entre médicxs y pacientes por un lado, y a la falta de formación en distintos aspectos que hacen a la relación médicx – paciente y a las mismas condiciones de trabajo de lxs profesionales que no favorecen el trato digno hacia las personas usuarias, por otro. También hay referencias en los relatos al carácter “sumiso” de muchas mujeres, sobre todo de aquellas que se atienden en el subsector público. Otrxs

señalan que las usuarias no conocen sus derechos y que es muy difícil que hagan ejercicio de los mismos o reclamen cuando estos son vulnerados, sobre todo en las situaciones de trabajo de parto. En general se describen a determinadas prácticas como violentas de la gineco obstetricia pero se cuestiona la definición de violentas de otras. En la identificación de prácticas violentas aparece los comentarios despectivos y obscenos en respuesta a las quejas de dolor de las mujeres en los controles gineco obstétricos, la subestimación de sus malestares o sus pedidos de información. Pero también se plantea que existen determinadas situaciones en la que lxs profesionales tienen que tomar decisiones que no pueden ser consultadas con las mujeres usuarias o hay determinadas prácticas de la rutina gineco obstétrica que están relacionadas con la seguridad y la integridad física de las mujeres y sus bebés que no pueden dejar de implementarse aun cuando sean cuestionadas por algunas de las mujeres usuarias o agrupaciones de mujeres o feministas.

Podemos pensar a la violencia obstétrica como íntimamente relacionada con las jerarquías de género producidas por el sistema sexo/género binarista y heteropatriarcal que supone la existencia de sólo dos géneros (femenino y masculino) y que postula la superioridad masculina y la inferioridad femenina, basada esta última en la restricción de las mujeres a su función reproductora y su inferiorización. Como así también postular, retomando a Heritier (2007), que la operación que reemplaza mujeres por madres, las reduce a una función reproductora y anula su condición de persona. Siendo las mujeres reducidas a su capacidad de reproducir la especie y el control de dicha capacidad les es sustraído a partir de la expropiación del saber/ poder asociado a la capacidad de gestar y parir.

Ahora bien, los relatos y narrativas de lxs ginecologxs, hacen pensar a la violencia obstétrica como multicausal, es decir, que no puede establecerse un único factor explicativo. Las explicaciones nativas dan cuenta de la complejidad del fenómeno cuando explicitan como las condiciones de trabajo de lxs profesionales, las características de su formación y la socialización en la rutina médica en el marco de los contextos institucionales de atención de la salud favorecen ciertas prácticas violentas. Las prácticas aprehendidas e incorporadas que no encuentran un lugar para ser revisadas porque se encuentran naturalizadas y la estandarización de ciertos procedimientos que suponen la aplicación de protocolos que no siempre se corresponden con las necesidades de las mujeres usuarias.

Floyd señala que hay una estandarización de los nacimientos, muchas de las rutinas obstétricas tienen poca evidencia científica que las justifique en todos los casos y que su ejecución cotidiana tiene más que ver con un sentido cultural que científico, siendo un buen ejemplo de la vida tecnocrática (2001:56).

Emily Martin (1987) también señala como el cuerpo de las mujeres es sujeto de control de las estrategias científicas a través de las metáforas que operan en el ejercicio de la medicina. Por un lado, la metáfora del cuerpo como una máquina, por lo que lxs médicxs se convierten en lxs responsables últimos de su correcto funcionamiento. Y la metáfora del cuerpo como fábrica en la que lxs profesionales médicxs serían lxs supervisores de la producción. Siendo los cuerpos de las mujeres considerados fundamentalmente para las funciones de procreación y gestación, las trabajadoras deben producir, de acuerdo a las expectativas de lxs médicxs.

### **Ginecología, cuerpo y emociones**

Finalmente, en el tercer capítulo, donde se abordan la vergüenza y otros sentimientos asociados a la consulta ginecológica, se evidencia en los relatos de los médicos ginecólogos cierta expectativa de que las mujeres realicen los exámenes ginecológicos sin que interfieran aspectos emocionales, sociales, económicos que son percibidos como de un orden distinto de la práctica médica. Los sentimientos de vergüenza experimentados por las mujeres durante los exámenes, con los que empatizan lxs estudiantes de medicina durante su formación, pero que luego son desestimados en la práctica profesional tras el argumento de la cientificidad y neutralidad de la medicina. Estos sentimientos de vergüenza originados en la exposición excesiva de una parte del cuerpo, los genitales, que no es habitualmente exhibida a una mirada minuciosa e indiscreta de extrañxs, están además connotados por las asimetrías de clase y género y por el discurso moral que representa la ginecología respecto de la genitalidad y la sexualidad femeninas.

En los relatos de las médicas mujeres la vergüenza aparece como un sentimiento más esperable dadas las circunstancias del examen ginecológico y pareciera haber más contemplación de la misma a los efectos de proveer los medios para garantizar la privacidad de las usuarias y contemplar la posibilidad de evitar la revisión en la primera consulta si así lo prefieren las mujeres usuarias.

La vergüenza y el pudor son sentimientos que se ponen en juego en la consulta ginecológica y la privacidad tiene un rol importante en el aumento o disminución de dichos sentimientos por parte de las mujeres usuarias. Estos sentimientos pueden operar como barreras en el acceso al control ginecológico.

### **A modo de cierre...**

Conocer el punto de vista de lxs ginecólogxs puede darnos pistas respecto de las características que adquiere la consulta ginecológica y las condiciones en que dicha interacción social se produce. Algunas cuestiones que surgen del campo, constituyen aportes en ese sentido, como ser la interpelación e impugnación de lxs profesionales a las definiciones de violencia obstétrica que ellxs presentan como una exageración de las mujeres y las organizaciones sociales que abogan por el parto humanizado y a las que contraponen la necesidad de las rutinas y la autoridad médicas para garantizar la seguridad de los nacimientos. Otro emergente del campo es la manera en que significan y tramitan lxs profesionales la vergüenza y otras emociones experimentadas por las usuarias asociadas a la desnudez, la exposición y revisión de los genitales.

La presente tesis se propone como una contribución a los estudios de Género y salud, tanto en lo referido al análisis de las desigualdades de género existentes en el acceso a la salud entre varones y mujeres como así también para pensar las desigualdades de género en la formación y el ejercicio de las profesiones de la salud. Nutrida de los aportes de la antropología, la perspectiva de género y el feminismo, busca problematizar los procesos de maternalización y biologización de las mujeres, que afectan tanto a usuarias como a las profesionales de la salud como así también la expropiación de saberes sobre sus propios cuerpos y sus estrategias para recuperar la soberanía sobre los mismos.

Por último, esta tesis dialoga con la experiencia en el Programa Nacional de Prevención de Cáncer Cervicouterino y del entonces Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable del Ministerio de Salud de la Nación. En ese sentido busca realizar un aporte a los estudios sobre la accesibilidad al sistema de salud y a su vez contribuir al conocimiento de la cultura gineco obstétrica que permita repensar la relación entre profesionales y usuarias.



Los hallazgos de la tesis me han permitido repensar mi experiencia en el Programa de Prevención de Cáncer Cervicouterino y repensar las barreras en el acceso a la consulta ginecológica por parte de las mujeres usuarias. A partir de relevar los puntos de vista de médicxs ginecólogxs he podido situar determinadas prácticas de lxs profesionales en la consulta ginecológica connotadas cómo violentas o cómo falta de empatía, en el marco de una rutina médica. Rutina que necesita no ser cuestionada para dar mayor seguridad a lxs profesionales por lo que la explicitación y consulta con las usuarias de los procedimientos médicos que se realizan sobre ellas representa una gran dificultad en el ejercicio profesional, ya que pareciera abrir la puerta a una interpelación de la autoridad médica.

A su vez, el hecho de que muchxs profesionales significan como violenta su propia experiencia de formación de grado y el sistema de residencias, y señalan que de alguna manera van “naturalizando” prácticas que les generaban cierto rechazo al inicio de la formación y que terminan reproduciendo al momento de la atención de las mujeres usuarias. Cómo durante la socialización en la profesión médica se va constituyendo una subjetividad “más fría” y “menos compasiva” que supone una desafectación emotiva tanto de las propias emociones como de las personas usuarias: porque el ejercicio de la medicina supone cada vez más la aplicación de protocolos científicos que son presentados como cultural y socialmente neutros (aunque claramente están atravesados por la cultura). En las narrativas médicas se hace visible que la vergüenza no es un sentimiento contemplado en el ejercicio de la profesión. Si bien puede que lxs profesionales en formación puedan sentir vergüenza en el examen ginecológico de las usuarias o cuando realizan preguntas sobre determinados hábitos o conductas; o reparen en la vergüenza que pueden sentir las mujeres usuarias durante el examen, las preguntas sobre su vida sexual o por la falta de privacidad en la consulta. La vorágine del trabajo médico hace que no haya tiempo para pensar en la vergüenza y que si esta es experimentada por lxs profesionales deba ser reprimida o disimulada. Lxs mismxs profesionales señalaban que no siempre cuentan con los recursos materiales (biombos, cortinas, traba puertas, etc.) para garantizar la privacidad en la consulta. Pero a su vez tampoco aparece como legítima esta preocupación entre sus colegas. Y algunxs profesionales señalan que la falta de privacidad en el examen de mujeres púérperas en un contexto hospitalario le impresionaba durante su formación como residentes pero que finalmente comenzaron a naturalizar el examen en esas condiciones porque no tenían tiempo ni lugar para pensar y cuestionar la falta de privacidad.

El examen ginecológico es asumido como parte necesaria de la consulta y se asume que las mujeres usuarias lo toman con naturalidad porque forma parte de sus controles médicos de rutina. Y en el caso de los profesionales varones, muchas veces, se soslaya el carácter erótico, que puede adquirir socialmente la situación de examen de los genitales de las usuarias sin ropa, y es presentada como una práctica médica meramente científica y profesional.

Recuperar el punto de la vista de lxs ginecologxs me ha permitido también repensar aquellas barreras en el acceso relevadas por las navegadoras, así como por bibliografía específica, que mencionaban los mensajes alarmantes que recibían las mujeres por parte de lxs profesionales de la salud y vincularlos con las narrativas de lxs profesionales donde aparece el miedo que sienten a que las usuarias no comprendan el mensaje o subestimen la gravedad de la enfermedad y no vuelvan, etc. El miedo a no controlar todas las variables, a no aplicar el protocolo científico a raja tabla y que algo salga mal, sin poder quizás reparar en el papel de las emociones y sentimientos que se juegan en ese intercambio que no es meramente biomédico.

## Referencias bibliográficas

Abramzón, Mónica (2005). Argentina: recursos humanos en salud en 2004, Buenos Aires, Organización Panamericana de la Salud (OPS) /Organización Mundial de la Salud (OMS).

Arranz, P. (2003) Intervención emocional en Cuidados Paliativos: el counselling como herramienta terapéutica. Madrid.

Arrossi S, Paolino M. (2008) *Proyecto para el mejoramiento del Programa Nacional de Prevención de Cáncer de Cuello Uterino: Informe final: Diagnóstico de situación del Programa Nacional y Programas Provinciales*. Publicación N° 64, Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS). Buenos Aires.

Arrosi, S, Thouyaret, L., Zamberlin, N. (2013) “Lo que piensan las mujeres: conocimientos y percepciones sobre cáncer de cuello de útero y realización de PAP” Ministerio de Salud de la Nación, Organización Panamericana de la Salud (OPS/OMS) y Unicef. Buenos Aires.

Belli, Laura F. (2013) La violencia obstétrica: otra forma de violación de los derechos humanos. Revista Redbioética/UNESCO, Año 4, 1 (7): 25-34. ISSN 2077-9445

Belmartino, Susana (2005). La atención médica en Argentina en el siglo XX. Instituciones y procesos. Siglo XXI, Buenos Aires.

Bloch, C.; Luppi, I.; Aronna, A. (2003): "Mercado de Trabajo Médico", Instituto de la Salud "Juan Lazarte", Rosario.

Bohórquez, Francisco; Jaramillo, Luis (2005). “El diálogo como encuentro: aproximaciones a la relación profesional de la salud-paciente”. En *Revista INDEX de Enfermería Digital* No. XIV; Otoño Vol 50. Madrid, 8. Disponible en [http://www.indexf.com/index-enfermeria/50revista/50\\_sumario.php](http://www.indexf.com/index-enfermeria/50revista/50_sumario.php).

Boltanski, Luc. (1975). Los usos sociales del cuerpo. Colección Salud, política y sociedad. Ediciones Periferia.

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

Brown, J, Pecheny, M., Gattoni, María Soledad y Tamburrino, María Cecilia (2013). Género, cuerpo y sexualidad en la atención ginecológica. Revista Artemis Volumen XV, N° 1, pp.135-148.

Universidade Federal da Paraíba

Carvahlo, María Lucía y Furegato, Regina (2001). Exame ginecológico nas perspectiva da usuárias de un servicio de saúde en Revista Eletrónica de Enfermagem (online), Goiânia, volumen 3, N° 1, jan-jul.

Castrillo, Belén (2016). Dime quién lo define y te diré si es violento. Reflexiones sobre la violencia obstétrica. Sexualidad, Salud y Sociedad. Revista Latinoamericana. Número 24 - pp.43-68 / [www.sexualidadsaludysociedad.org](http://www.sexualidadsaludysociedad.org)

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

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, p.9-31.

Cetrángolo, O. y Devoto, F. (2001), Organización de la salud en Argentina y equidad. Una reflexión sobre las reformas de los años noventa e impacto de la crisis actual. Documento presentado en el Taller: "Regional Consultation on Policy Tools: Equity in Population Health", en la ciudad de Toronto, el día 17 de junio de 2002. [https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/28457/LCbueR251\\_es.pdf?sequence=1](https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/28457/LCbueR251_es.pdf?sequence=1)

Comelles, J. M. (2000) Tecnología, cultura y sociabilidad. Los límites culturales del hospital contemporáneo, en PERDIGUERO, E. y COMELLES, J. (ed.) Medicina y cultura. Estudios entre la Medicina y la Antropología, Barcelona: Edicions Bellaterra.

Conrad (1988) Learning To Doctor: Reflections on Recent Accounts of the Medical School Years. Journal of Health and Social Behavior, Vol. 29, No. 4, Theme: Continuities in the Sociology of Medical Education. (Dec., 1988), pp. 323-332.

Cortés, B. (1997) Experiencia de enfermedad y narración. El malentendido de la cura, Nueva Antropología, XVI (52-53), 89-115, México, agosto.

Cuberli, M. (2008) “Perspectivas comunicacionales para pensar las prácticas en salud: pasado y presente de un campo en construcción”, *Revista Question*, otoño 8, número dieciocho. Buenos Aires: Publicación académica de la Facultad de Periodismo y Comunicación Social de la Universidad de La Plata. [www.perio.unlp.edu.ar/question](http://www.perio.unlp.edu.ar/question)

Davis-Floyd, R. (2001) The technocratic, humanistic, and holistic paradigms of childbirth. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, 75(S1).

Domínguez Mon, Ana y Lozano, Claudia (2019). Capítulo 1: Profesionalización de las mujeres en la Educación y Salud Pública en Alemania y Argentina. En Domínguez Mon, Ana y Lozano, Claudia (editoras) *La profesionalización de las mujeres en la Educación y Salud Pública en Alemania y Argentina* CABA, Editorial de la Facultad de Filosofía y Letras. Universidad de Buenos Aires.

Donabedian, A. (1990). *Garantía y monitoría de la calidad de la atención médica: un texto introductorio*. Perspectivas en Salud Pública, México: Instituto de Salud Pública.

Eggleston KS, Coker AL, Prabhu I, Cordray ST, Luchok KJ. (2007) Understanding barriers for adherence to follow-up care for abnormal pap tests. *Journal of Women's Health*,; 16:311-330.

Elías, N. (1993), *El proceso de la civilización*, Fondo de Cultura Económica, 1º reimpresión, Buenos Aires.

Esteban, Mari Luz (2006) El Estudio de la Salud y el Género: Las Ventajas de un Enfoque Antropológico y Feminista. *Revista Salud Colectiva*, Buenos Aires, 2(1): 9-20.

Flyan F. (1998) Screening for cervical cancer: a review of women's attitudes, knowledge, and behaviour. *British Journal of Cervical Cancer*, 43:1509- 1514.

Freidson, Eliot (1960) Client Control and Medical Practice". *The American Journal of Sociology*, Vol. 65, No 4, pp 374-382)

\_\_\_\_\_ (1978). *La profesión médica: un estudio de sociología del conocimiento aplicado*. Barcelona, Península.

Foucault, Michel (2012). "Historia de la sexualidad 1: La voluntad del saber". Siglo XXI Editores.

Gage J, Ferreccio C, Gonzales M, Arroyo R, Huivín M, Robles S. (2003) Followup care of women with an abnormal cytology in a low-resource setting. *Cancer Detection and Prevention*; 27:466-471.

García, Guadalupe (2009) *Cuerpo y narrativa: una aproximación etnográfica al proceso de atención del embarazo, parto y puerperio de mujeres viviendo con VIH en la Ciudad de Buenos Aires* Horizontes Antropológicos, Porto Alegre, año 15, n. 32, p. 247-272.

García, Guadalupe; Recoder, María Laura y Margulies, Susana (2017) *Espacio, tiempo y poder en la atención hospitalaria de la salud y la enfermedad: Aportes de una etnografía de un centro obstétrico*. Salud Colectiva | Universidad Nacional de Lanús | ISSN 1669-2381 | EISSN 1851-8265 | doi: 10.18294/sc.2017.1150

Giddens, A. (1995), *La constitución de la sociedad*, Amorrortu, Buenos Aires.

Gilligan, Clara (2014). *Volver a lo anterior. La construcción del puerperio en la bibliografía médica*. XI Congreso Argentino de Antropología Social, Rosario.

Gilligan, Clara y Salsa Cortizo, Maria Victoria (2016). *Entre el acompañamiento y la producción de un campo disciplinar: Una mirada antropológica acerca del ejercicio profesional de las obstétricas*. IX Jornadas de Sociología de la UNLP. Ensenada, 5, 6 y 7 de diciembre ISSN 2250-8465 - <http://jornadassociologia.fahce.unlp.edu.ar>

Goffman, Erving (1959). La presentación de la persona en la vida cotidiana. Amorrortu editores, Buenos Aires. Director de la biblioteca de sociología, Luis A. Rigal. Traducción, Hildegard B. Torres Perrén y Flora Setaro

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

Good, B. (1994) "How Medicine Constructs its Objects". En: Medicine, Rationality and experience. An Anthropological Perspective. Cambridge University Press.

Grimberg, Mabel (2003). Narrativas del cuerpo. Experiencia cotidiana y género en personas que viven con VIH Cuadernos de Antropología Social, núm. 17, pp. 79-99. Universidad de Buenos Aires (UBA) Buenos Aires, Argentina.

Guber, Rosana (2014). La etnografía. Método, campo y reflexividad. Buenos Aires. Siglo Veintiuno editores.

Guzmán Garza, María. (2001). "Comunicación Interpersonal, primer reto del profesional de la comunicación". Ponencia Congreso de Comunicación México DF, UNAM, 33.

Heritier, Françoise (2007). Masculino/Femenino II. Disolver la Jerarquía. Fondo de Cultura Económica. Buenos Aires.

INSGENAR (2003). Con todo al aire 1. Reporte de Derechos humanos sobre atención en salud reproductiva en Hospitales públicos. Instituto de Género, Derecho y Desarrollo. Rosario, Argentina.

Johannisson, Karin (2006). Los signos. El médico y el arte de la lectura del cuerpo. Traducción del sueco Bengt Oldenburg. Editorial Melusina

Kirmayer, L (1992) The body's insistence on meaning: metaphor as presentation and representation in illness experience. Medical Anthropology Quarterly, v. 6, n. 4, p. 323-346.

Khana N, Phillips M. (2001) Adherence to care plan in women with abnormal papanicolaou smears: A review of barriers and interventions. *Journal Am Board Fam Prac*; 14:123-130.

Kleinman, A. (1988). *The illness narratives: Suffering, healing, and the human condition*. New York: Basic Books.

Lamas, Marta (1996). *La perspectiva de género. Hablemos de sexualidad, lecturas*, CONAPO, Mexfam, 3a edición.

\_\_\_\_\_ (2000). *Diferencias de sexo, género y diferencia sexual*. Cuicuilco, vol. 7, núm. 18, enero-abril. Escuela Nacional de Antropología e Historia. Distrito Federal, México.

\_\_\_\_\_ (2013). *La antropología feminista y la categoría "género"*. En Lamas, Marta (compiladora) *El género. La construcción cultural de la diferencia sexual*. Programa Universitario de Estudios de Género. Universidad Autónoma de México. Grupo Editorial Miguel Ángel Porrúa.

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

Leyden WA, Manos MM, Geiger AM, Weinmann S, Mouchawar J, Bischoff K. *Cervical cancer in women with comprehensive health care access: attributable factors in the screening process*. *Journal of National Cancer Institute*, 2005; 97:675-683.

López Sánchez, Oliva. (2010) *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,

Martin, Emily (1987). *The Woman in The Body*. Beacon Press Books, USA.

Martín, Ana Laura (2019) *Partear en Buenos Aires. Formación, prácticas y saberes de las parteras porteñas en el último tercio del siglo XIX*. En Domínguez Mon, Ana y Lozano, Claudia (editoras) *La profesionalización de las mujeres en la Educación y Salud Pública en Alemania y Argentina* CABA, Editorial de la Facultad de Filosofía y Letras. Universidad de Buenos Aires.

Menéndez, E. (2009): *De sujetos, saberes y estructuras. Introducción al enfoque relacional en el estudio de la salud colectiva*. Ed. Lugar. Argentina.



\_\_\_\_\_ (1990): Morir de alcohol. Saber y hegemonía médica. México. Alianza Editorial

Nari, Marcela (2004). Políticas de la maternidad y maternalismo político: Buenos Aires 1890-1940 – 1ra edición – Buenos Aires: Biblos.

Paolino y col. (2011)- Determinantes sociales del seguimiento y tratamiento de mujeres con pap anormal en Avellaneda, Provincia de Buenos Aires. Beca “Carrillo-Oñativia”, categoría Estudios Multicéntricos, Comisión Nacional Salud Investiga. Ministerio de Salud de la Nación, Argentina. Revista Argentina de Salud Pública, Vol. 2 - Nº 8, Septiembre.

Paolino M, Arrossi S. (2012) Análisis de los motivos del abandono del proceso de seguimiento y tratamiento por parte de mujeres con lesiones precursoras de cáncer de cuello uterino en la provincia de Jujuy: implicancias para la gestión. Salud Colectiva. 2012;8(3):247-261.

Pautassi, L. (2006): “El empleo en salud en la Argentina. La sinergia entre calidad del empleo y calidad de la atención”. En Rico y Marco comps.: Mujer y Empleo. La Reforma de la Salud o la Salud de la Reforma. Buenos Aires, Argentina. Siglo XXI

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.

Petracci, M.; Ramos, S. y Romero, M. 2002. “Calidad de la atención: perspectivas de las mujeres usuarias de los servicios de prevención de cáncer cérvico uterino”, Informe de investigación, PATH.

Petracci, Mónica (2004) “Cáncer cervical: calidad de la atención ofrecida por el equipo de salud y prevención a través de los medios de comunicación”, Informe Final PATH.

\_\_\_\_\_ (2005). *La perspectiva de los profesionales de la salud sobre la calidad percibida por los usuarios/as: dos opiniones en coincidencia*. Revista Question – Informes. Vol. 1, Nro. 7–informes.

\_\_\_\_\_ (2009). Comunicación estratégica y Salud: Reflexiones sobre la experiencia de promover el Papanicolao (Pap) en un Hospital público del Gran Buenos Aires. *Informes - Revista Question*, Vol. 1, no 21 – Verano 2009.

Ponce M. (2012) Percepción de riesgo y opiniones sobre el cáncer de cuello de útero y el cáncer de mama en mujeres adultas de la Ciudad de Buenos Aires. *Revista Argentina de Salud Pública*. 2012; 3(13):6-12.

Pozzio, María (2010). ¿Cosa de mujeres? Estudio preliminar sobre la inserción y perfil profesional de las médicas en la salud pública de la ciudad de La Plata en Frederic, Graciano y Soprano (coords.). *El Estado argentino y las profesiones liberales, académicas y armadas*, Rosario, Prohistoria. Universidad Nacional de Quilmes.

\_\_\_\_\_ (2011). Madres, mujeres y amantes. Usos y sentidos de género en la gestión cotidiana de las políticas de salud. Buenos Aires: Antropofagia. 1er Premio Eduardo Archetti, 2010.

\_\_\_\_\_ (2013). Reconfigurando el género. Experiencias de las mujeres en la medicina mexicana. Tesis de doctorado en Ciencias Antropológicas. Universidad Autónoma Metropolitana. México.

\_\_\_\_\_ (2016). La gineco obstetricia en México: entre el “parto humanizado” y la violencia obstétrica. *Estudios feministas*. Florianópolis -Río de Janeiro.

\_\_\_\_\_ (2019) Las mujeres en la profesión médica en los albores del siglo XX en América Latina. En Domínguez Mon, Ana y Lozano, Claudia (editoras) *La profesionalización de las mujeres en la Educación y Salud Pública en Alemania y Argentina* CABA, Editorial de la Facultad de Filosofía y Letras. Universidad de Buenos Aires.

Ramos S y Pantelides E. (1990) Prevención secundaria del cáncer de cuello de útero: determinantes de la deserción de pacientes. Cuadernos Médicos Sociales Nro 53 (Prevención cáncer de cuello):37-50.

Rodhen, Fabiola (2002). “Ginecología, gênero e sexualidade na ciência do século XIX”. Horizontes Antropológicos, v.8, n. 17, p. 101-125.

Romano Yalour, M. (2001). “¿Cómo perciben la atención de su salud los pacientes de hospitales públicos en la República Argentina? Hacia una definición operacional de calidad. Reunión de la Asociación de Estudios Latinoamericanos (LASA), Washington DC, Setiembre 6-8.

Róvere (2006) Los nuevos y renovados debates en torno de los recursos humanos en salud. En Rico, M. Marco, N. (Eds). Mujer y Empleo. La reforma de la salud y la salud de la reforma en Argentina. Buenos Aires. Siglo XXI editores.

Rubin, Gayle (1986) El tráfico de mujeres: notas sobre la "economía política" del sexo Nueva Antropología, vol. VIII, núm. 30, noviembre, pp. 95-145. Asociación Nueva Antropología A.C. Distrito Federal, México

Scheper-Hughes, Nancy and Lock Margaret M. Lock (1987) The Mindful Body: A Prolegomenon to Future Work in Medical Anthropology. Medical Anthropology Quarterly, New Series, Vol. 1, No. 1, pp. 6-41. Published by: Blackwell Publishing on behalf of the American Anthropological Association.

Scott, Joan (1999). “El género: una categoría útil para el análisis histórico”, en Navarro, M. y Stimpson, C. (comp.): Sexualidad, género y roles sexuales, FCE, pp.37-75.

Segato, Rita. (2004). Territorio, Soberanía y crímenes de Segundo Estado: La escritura en el cuerpo de las Mujeres Asesinadas en Ciudad Juárez. Brasilia: Departamento de Antropología Universidad de de Brasilia.

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

Simmel, Georg (2018). «Sobre una psicología de la vergüenza» [artículo en línea]. Traducido por Andrés Soto. Digithum, n.o 21, págs. 67-74. Universitat Oberta de Catalunya y Universidad de Antioquia. [Fecha de consulta: dd/mm/aa].<<http://doi.org/10.7238/d.v0i21.3116>>

Souza Minayo M. (2004) *El desafío del conocimiento. Investigación cualitativa en salud*. Lugar editorial. Buenos Aires.

Stolke, Verena (2004). La mujer es puro cuento: la cultura del género. Rev. Estudios Feministas [online]. Vol.12, n.2, pp.77-105. ISSN 1806-9584. <https://doi.org/10.1590/S0104-026X2004000200005>.

Taussig, Michel (1992). “La reificación y la conciencia del paciente”. En: Un gigante en convulsiones. El mundo humano como sistema nervioso en emergencia permanente. Barcelona: Gedisa. pp. 110-143.

Vergara, Gabriela (2009). Conflicto y emociones. Un retrato de la vergüenza en Simmel, Elías y Giddens como excusa para interpretar prácticas en contextos de expulsión. En *Cuerpo(s), Subjetividad(es) y Conflicto(s): hacia una sociología de los cuerpos y las emociones desde Latinoamérica*. CICCUS, CLACSO, BS AS.

Zapka J, Taplin S, Anhang Price R, Cranos C, Yabroff R. (2010) Factors in Quality Care - The Case of Follow-Up to Abnormal Cancer Screening Tests - Problems in the Steps. Journal of the National Cancer Institute. Monographs (40): 58–71.