

GÉNERO, CUERPO Y SEXUALIDAD EN LA ATENCIÓN GINECOLÓGICA

GENDER, BODY AND SEXUALITY IN GYNECOLOGICAL CARE

GÊNERO, CORPO E SEXUALIDADE EM ATENDIMENTO GINECOLÓGICO

Resumen:

El presente trabajo tiene como objetivo analizar diferentes aspectos de las experiencias de las mujeres en relación a los servicios ginecológicos. Concretamente nos interesa: a) describir y analizar la relación paciente-médico/a que se despliega en el ámbito de la consulta ginecológica prestando especial atención a los asuntos ligados el cuerpo, género y sexualidad y b) analizar los motivos y dimensiones valoradas en la elección de los/las especialistas también en relación con las dimensiones antes señaladas. Los resultados que aquí presentamos son parte de un proyecto de investigación mayor cuyo objetivo era describir y analizar qué piensan y cómo son las prácticas de pacientes y profesionales de la salud en relación a la autonomía y los límites específicos que definen a un paciente como tal. Para ello se habían conformado un grupo de pacientes crónicos (personas viviendo con vih y personas en cuidados paliativos) y un grupo de personas “sanas”, mujeres que asisten a una consulta ginecológica. La investigación tuvo un diseño descriptivo- exploratorio y usó metodología cualitativa para la recolección y el análisis de los datos. Como resultados principales se señala que el cuerpo y la sexualidad juegan un rol importantísimo tanto en la selección como en el mantenimiento del o la ginecólogo y los estereotipos de género asignados definen si se elegirá un varón o una mujer como profesional de acuerdo con la expectativa de saber técnico o contención emocional como base de la confianza necesaria y definitoria del vínculo paciente – médico/a.

Palabras clave: Sexualidad. Género. Médico/a. Paciente. Ginecología.

Abstract

The present work aims to analyze different aspects of the experiences of women in relation to gynecological services. Specifically we want to: a) describe and analyze the patient-doctor / to be deployed in the field of gynecology with special attention to issues related the body, gender and sexuality and b) analyze the reasons and dimensions assessed in the election the / those skilled also in relation to the dimensions mentioned above. The results presented here are part of a larger research project whose objective was to describe and analyze what they think and what the practices of patients and health professionals in relation to autonomy and the specific limits that define a patient as such. This had formed a group of chronic patients (people living with HIV and people in palliative care) and a group of “healthy” women attending a gynecology. The research design was a descriptive-exploratory and qualitative methodology was used for the collection and analysis of data. The main results indicated that the body and sexuality play an important role in the selection of gynecologist and gender stereotypes assigned will define whether a male or a female professional (in accordance with the expectation of emotional support or technical knowledge) would be the basis for defining confidence, that what make the relation between patients and doctors.

Key words: Sexuality. Gender. Doctors. Patients. Gynecologist.

Josefina Leonor Brown

Doctora en Ciencias Sociales de la Universidad de Buenos Aires - josefinabrown@gmail.com

Mario Martín Pecheny

Doctor en Ciencia Política por la Universidad de París III - pecheny.mario@gmail.com

Soledad Gattoni

Lic. en Ciencia Política por la Universidad de Buenos Aires - solgattoni@hotmail.com

Cecilia Tamburrino

Doctora en Ciencias Sociales por la Universidad de Buenos Aires - cecitambu@hotmail.com

El presente trabajo tiene como objetivo analizar diferentes aspectos de las experiencias de las mujeres en relación a los servicios ginecológicos. Concretamente nos interesa: a) describir y analizar la relación paciente-médico/a que se despliega en el ámbito de la consulta ginecológica prestando especial atención a los asuntos ligados el cuerpo, género y sexualidad y b) analizar los motivos y dimensiones valoradas en la elección de los/las especialistas también en relación con las dimensiones antes señaladas.

En el marco de esos objetivos cobra particular interés indagar acerca del papel que juegan los cuerpos, las sexualidades y los considerados “asuntos de mujeres” en el ámbito de la consulta; y que influyen tanto en la elección de los y las profesionales, como en el mantenimiento de la relación y el tipo de vínculo paciente – médico/a que se establezca.

Como hipótesis de trabajo señalamos que la relación paciente – médico/a está marcada tanto por las relaciones de género como por las cuestiones erótico – sexuales que se entremezclan en el consultorio ginecológico. La sistematización de las fases, secuencias y protocolos médicos en relación con esta clase de atención pueden interpretarse como medios para formalizar pactos implícitos entre pacientes y médico/a que reduzcan la ambigüedad que genera la exposición del cuerpo sexuado y generizado en el ámbito de la consulta. Se marcan así fronteras imaginarias que habilitan un territorio de acción libre de tensión dentro del cual es posible construir vínculos de confianza entre pacientes y profesionales. Este espacio se caracteriza por tener bordes frágiles y móviles que constantemente están siendo renegociados, muchas veces de modo implícito. En el vínculo pacientes-profesionales intervienen creencias, mitos, saberes, prejuicios, inherentes a las prácticas socio sexuales y genéricas: relaciones de poder, por definición, asimétricas.

Descripción de la muestra. Algunas notas sobre la metodología

Este trabajo de investigación de diseño exploratorio descriptivo se basa en el análisis de una veintena de entrevistas a mujeres en edad reproductiva (entre 18 y 45 años) realizadas entre julio del 2005 y julio del 2006 en La Ciudad Autónoma de Buenos Aires y el primer cordón del Gran Buenos Aires (Argentina) en el marco de un proyecto de investigación mayor¹. El proyecto fue sometido al Comité de Ética del CEMIC (Centro Educación Médica e Investigaciones Clínicas).

Para la recolección de los datos se utilizó una guía de entrevistas semi estructurada que contenía los principales temas y variables definidas en el proyecto de investigación cuyo objetivo general era: describir y analizar qué piensan y cómo son las prácticas de pacientes y profesionales de la salud en relación a la autonomía y los límites específicos que definen a un paciente como tal. A partir de ello, buscamos construir una tipología según la autonomía de los pacientes: como sujetos pasivos, usuarios de servicios de salud, o interlocutores-ciudadanos. Así parte de las variables incluidas en la entrevista estaban vinculadas con la noción de autonomía en la relación paciente – médico/a (decisión, información, redes, etcétera), motivos de consulta, motivos de elección de profesional, descripción del vínculo y grado de satisfacción, entre otras.

A los fines de este artículo, hemos trabajado particularmente en el análisis e interpretación de aquellas dimensiones que resultaban relevantes a fin de reconstruir y caracterizar la relación paciente – médico/a.

Para la interpretación de los datos se realizó una lectura primeramente inductiva de los datos que permitiera la emergencia de categorías o variables

¹ Proyecto UBACYT: “La ciudadanía de la salud. Un estudio comparativo sobre derechos y responsabilidades en salud sexual-reproductiva, enfermedades crónicas y cuidados paliativos”, dirigido por Mario Pecheny en el Instituto de Investigaciones Gino Germani

nuevas que luego fueron contrastadas con las teorías en las distintas lecturas y relecturas de los datos realizadas a medida que avanzaba el trabajo de campo cuyo límite fue la saturación teórica.

Finalmente se realizaron veinte entrevistas a mujeres cuyo ser paciente no viniera definido por una enfermedad y en ese sentido se trata de mujeres “sanas”. Las entrevistadas tenían entre 18 y 45, aunque 18 de ellas tenían entre 18 y 35 años lo cual permite hablar de “mujeres jóvenes” en términos generales como la resultante de la muestra. Las mujeres entrevistadas viven todas en zonas urbanas en las localidades de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires y el primer cordón del Gran Buenos Aires (ambas en Argentina) y poseen características homogéneas en lo que respecta al nivel socio-económico² (medio y medio-alto) y subsistema de salud por el cual se atienden (consultas privadas, obras sociales y prepagas). En cuanto al nivel educativo el nivel también es bastante homogéneo. Todas tienen secundario completo. Y más de la mitad universitario completo. Asimismo, son mujeres que cuentan con apoyo material y emocional por parte de sus redes más cercanas (familia, pareja, amigos y amigas) en caso de necesitarlo. Se trata, además, de mujeres sanas, que no poseían al momento de realización de la entrevista ninguna enfermedad crónica, requisito indispensable para poder compararlas con los otros grupos del proyecto de investigación mayor (personas viviendo con VIH y otras en cuidados paliativos).

Las mujeres fueron contactadas a partir de un grupo inicial de contactos secundarios de las investigadoras y luego, la muestra total se conformó mediante la técnica bola de nieve hasta donde fue posible y sino, iniciando nuevos contactos a partir de contactos de los y las investigadoras. Las entrevistas fueron grabadas con el consentimiento de las mujeres, desgrabadas y procesadas mediante el software atlas ti. Todos los datos fueron tratados de modo confidencial.

² Para definir el nivel socio-económico se consideró el nivel educativo y la ocupación de la persona entrevistada.

Las entrevistas indagaron sobre la experiencia de las pacientes en los servicios de atención ginecológica, analizando diversos aspectos de la relación paciente - médico o médica: la primera consulta, la preferencia sexo genérica en la elección del o la especialista y los motivos que llevan a dicha elección, la caracterización, expectativas y definición del vínculo con los médicos o médicas, la participación en la toma de decisiones, el intercambio de información, entre otros.

Los primeros acercamientos a la consulta ginecológica

Toda relación vincular tiene un inicio. Y, como dice el dicho popular, también para el caso de las pacientes ginecológicas, *la primera vez es la que cuenta* (BROWN, GATTONI, TAMBURRINO y PECHENY, 2007).

La primera visita ginecológica se realiza entre la primera menarca y la primera relación sexual, en un intervalo de edad que va de los 13 a los 21 años³. Para quienes tienen la primera incursión en el campo de la consulta ginecológica a edades más tempranas, éstas resultan ser la oportunidad para informarse sobre cómo es posible prevenir un embarazo y comenzar a involucrarse en lo que serán considerados temas o *asuntos de mujeres*; es decir, aquellos aspectos ligados con la reproducción humana: la procreación, la anticoncepción, el aborto.

Para quienes tienen su *primera vez* alrededor de los veinte años el puntapié inicial suele ser la proximidad o la consumación de la primera relación sexual coital vaginal. Se acude en la búsqueda de asesoramiento anticonceptivo, el chequeo del que ya se habían autoadministrado, la corroboración de un embarazo, la petición de su interrupción o bien un control ginecológico básico.

³ No desconocemos los múltiples debates y las diversas corrientes teórico políticas que giran en torno de la(s) sexualidad(es) y fundamentalmente la heteronormatividad reproductiva compulsiva como una norma y un discurso hegemónico que asocia sexualidad con reproducción y por lo tanto con penetración vaginal (Cabral, 2007; Maffia, 2003; Guash, 2000) Entendemos por relación sexual en este caso una relación coital vaginal.

Con el peso de la ley: la regulación heteronormativa de los cuerpos

Lo que unifica estas diversas motivaciones es una afirmación recurrente que cae con todo el peso de la ley: “ya era hora”, “correspondía” y similares. Todas frases que refieren a la idea de que hay determinadas acciones que las mujeres realizan en una determinada franja etaria, que se corresponden con determinadas prácticas sexuales (la penetración vaginal paradigmáticamente) y modificaciones corporales que inexorablemente llevan a la prescripción ginecológica. En determinado momento vital (ligado la primera relación sexual, su probabilidad o su consecuencia) o a edades donde esa cercanía comienza a sospecharse, es preciso y es considerado casi como un deber, recurrir al chequeo ginecológico. En efecto, como han señalado otras investigaciones, en la cultura de mujeres de clase media se halla inserta con fuerza la idea de la sexualidad ligada a la racionalidad y a los cuidados médicos ginecológicos (Carvalho e Furegato, 2001). Cuando se les pregunta cómo definirían el ser una paciente ginecológica la asociación con los aspectos normativos es directa:

Quería tener una consulta con un ginecólogo porque cada mujer cuando estuvo por primera vez tiene que ir (Cristina, 20 años)⁴

Tenés veintipico de años y tenés, bah, ya después de tener tu primera relación sexual, te tenés que empezar a hacer controles (Flavia, 24 años)

En realidad, es una obligación. Es algo que a partir de la primera vez te tenés que acostumbrar (Carolina, 19 años)

4 Para preservar la privacidad de nuestras entrevistadas los nombres han sido alterados.

Regularidad en las consultas y responsabilidad en los controles son los dos elementos centrales de lo que implica *ser una paciente ginecológica*. Es decir, un deber ligado al cuerpo, algo que se impone como la *Naturaleza* misma, de modo inexorable, casi como la heterosexualidad reproductiva que se halla como telón de fondo de estas presuposiciones que operan normativamente ligando procreación a sexualidad y eventualmente anticoncepción (vinculado a prevención de embarazo potencial) en una línea evolutiva que requiere desde edades tempranas cuerpos vigilados ginecológica o médicamente (Guash, 2000; Foucault, 1986; Bourdieu, 2000).

Estos datos concuerdan con los recogidos en otras investigaciones recientes en las que se indagó sobre el particular. De acuerdo con las conclusiones de una encuesta en la marcha del orgullo GLTTBI (2005) en Argentina,

El 80 % de las que encuestadas que asisten al ginecólogo o la ginecóloga regularmente⁵ lo hace por control, para hacerse estudios o para buscar información. La categoría que le sigue es “para cuidarme” con un 10%. (...) Mientras que, sólo poco más del 9% va al menos a una consulta anual por alguna razón particular como puede ser el padecimiento de una enfermedad o un embarazo en curso (BROWN, 2006).

El lugar del *Círculo de Mujeres*

Pese a las diferencias registradas en las motivaciones y circunstancias de la primera consulta a edades relativamente más tempranas o más avanzadas, en todos los casos encontramos que las mujeres cuentan con el apoyo práctico o emocional de figuras femeninas cercanas. Ya sea que incentiven, motiven, acompañen o asesoren, madres, hermanas y amigas son las referentes

5 En este caso lo vamos a entender laxamente del modo en que ha sido definido en la interrogación inicial es decir, para este caso, regularmente significa al menos una vez al año.

de quienes van a la visita ginecológica. Las mujeres consultan a mujeres, acompañan, protegen y cuidan a sus pares, a sus hijas o sus madres.

Es el *círculo de mujeres* significativas el que abre las puertas, brinda información y recomienda. El rito de iniciación en las artes del control ginecológico suele desarrollarse en el consultorio del o la profesional que atiende a su madre, a su tía, a su hermana, su amiga o compañera de trabajo. Es aquí en donde se genera el primer vínculo con el o la ginecóloga. Este vínculo es mediado por una mujer de *su círculo* que hace el puente entre la iniciada y el o la ginecóloga, colaborando en la construcción de un lazo que genera la confianza y tranquilidad para atravesar ese hito que se enlaza con otros eslabones de lo que el *ser mujer* implica en estas sociedades. Es ese *círculo de mujeres* cercanas el que arma la red de contención, asesora, recomienda y calma ansiedades, alivia los nervios e inquietudes de la primera consulta. Esta colaboración en el rito de pasaje ginecológico es vivida como una prolongación del cuidado materno. Para aquellas pacientes que se inician tempranamente esta conexión es explícita, e implícita en los casos de las pacientes que concurren a una edad avanzada.

Iba tranquila porque era la persona que atendía a mi vieja y mi mamá siempre me transmitía como mucha calma. (Romina, 31 años)

En mi caso iba como acompañada de mi vieja que para mí era re importante, entonces sabía a quién iba a ver, y quién era esa persona. Pero cuando después tuve que elegir un obstetra, me sentí como, con mucho temor de buscar a alguien que yo no conocía (Cecilia, 21 años)

Una situación particular que hemos registrado en torno a esto, es que en determinadas ocasiones acudir a la o el ginecólogo es el final de un proceso de búsqueda de ayuda, comprensión o alivio en

estas figuras femeninas. Madres, hermanas, abuelas y amigas son en primer lugar consultadas por inquietudes o malestares de las entrevistadas. Y es cuando no hallan respuestas a sus interrogantes, que terminan acudiendo a un o una profesional ginecológica. A veces no por decisión propia, sino por la motivación de este círculo de mujeres que reconocen sus limitaciones y derivan la demanda.

Y... bueno, al principio yo le pregunté a mi mamá, me dijo 'yo no tengo la menor idea de que es, a mi nunca me pasó', bueno. Las abuelas no sé, mis dos abuelas eran dos desmemoriadas, no sabían nada, habían tenido los hijos... no sabían, nada sabían, nada de nada sabían y bueno, fue por eso que fui a consultarle (Florencia, 38 años)

Tenía una duda con respecto a qué me estaba pasando (...) le pregunté a mi vieja, le pregunté a un par de amigas que ya les pasaba lo mismo... 'andá al ginecólogo a ver que te dice'. (María Laura, 20 años)

Es notable como se van constituyendo de este modo "redes" y "círculos" de protección entre las mismas mujeres; círculos basados en saberes que provienen de la experiencia en contraposición a un saber de carácter científico⁶. Los aspectos concernientes a la procreación y a la sexualidad femenina son vistos como asuntos exclusivos de las mujeres y las conversaciones cotidianas entre amigas, familiares mujeres o mujeres cercanas aparecen como una clara muestra de ello.

Las mujeres recurren al saber médico luego de haber atravesado el círculo de las mujeres de confianza, volviendo nuevamente a esa fuente de contención, afecto y consulta para contrastar las informaciones

⁶ Esta distinción remite aquella entre el saber qué y el saber cómo, entre el saber práctico y el saber técnico. Strasser (1979)

recibidas. El saber médico, en contraposición a ese saber concreto, cotidiano y cálido, es percibido como un saber masculino, experto, abstracto, lejano (Maffía, 1994). Incluso, este saber no es siempre tomado “al pie de la letra” sino que, a veces es cuestionado, considerado frío o ajeno, sobre todo si el profesional es varón. El hecho de que exista un círculo de mujeres que conversan y comparten sus propias experiencias tiene como consecuencia una constante revisión del saber proporcionado por la o el médico:

Yo tenía más de una amiga que usaban diafragma y me decían: “pero boluda, te explico yo, eso no te lo puede cobrar. (Victoria, 29 años)

Cuerpo y Sexualidad

Comprender las lógicas de interacción paciente-profesional implica considerar que en la consulta ginecológica se ponen en juego asuntos relativos a la sexualidad (de las pacientes pero también de los y las profesionales) y que, por tanto, deben analizarse el contexto y las determinaciones sociales, políticas y culturales de los cuerpos y las sexualidades teniendo en cuenta las relaciones de género. Aquí pondremos el foco fundamentalmente sobre la construcción del cuerpo de la paciente así como de su sexualidad; es decir, sobre el cuerpo sexuado y generizado de la paciente en contraposición con la idea de que en la consulta ginecológica se trataría de un cuerpo desexualizado y sin marcas sexo – genéricas.

Sin embargo, tendremos presente que esa edificación se produce en un contexto de relaciones macro sociales particulares, influenciadas a su vez por el vínculo que se genera con el o la profesional dentro de la consulta. Ese sistema macro social incluye la idea de una sociedad patriarcal y heteronormativa. Pese a que el cuerpo y la sexualidad de los y las profesionales han sido significados como neutros dentro de este sistema cultural y socio sexual y han sido pensados como un

área que se halla fuera de la escena de la consulta ginecológica, muchas veces son posturas corporales y el lenguaje expresado a través de los movimientos lo que genera o no determinadas reacciones tanto en el o la profesional como en la paciente. Sabemos que la comunicación excede lo verbal y esto también se observa en la consulta ginecológica a partir de las narraciones de las pacientes entrevistadas.

Ahora bien, en la consulta ginecológica a través del seguimiento de reglas y pautas determinadas, se tratan y piensan los cuerpos como entes abstractos, evadiendo su carácter sexuado. En general, la revisión ginecológica se caracteriza por la objetivación del cuerpo de la mujer sobre la camilla. Una vez en esa posición la cara se invisibiliza y lo que pasa a primer plano son los órganos sexuales de la mujer -el indicio de sus órganos reproductores-: sin duda su parte más íntima pues se hallan fuera de cualquier mirada convencional. De allí que investigaciones realizadas hayan encontrado que las prácticas ginecológicas suelen asociarse sensaciones de vulnerabilidad, molestia, humillación, deshumanización (Bourdieu, 2000). En muchos casos además, esta intromisión en lo que se considera como una de las cosas más íntimas genera vergüenza, ansiedad o miedo de allí que tal como las pacientes relatan, sea una práctica que muchas veces se pospone.

Así describían las mujeres a quienes entrevistamos las sensaciones y experiencias antes mencionadas:

Como vulnerable, ¿no? porque estás en manos de un profesional que uno va con cierto temor o miedo, como cierta entrega hacia el profesional (...) no se si es por mitos, por miedo, porque es una cuestión muy particular el cuerpo de uno, y como que están introduciéndose en tu cuerpo, y a mi me daba no se si la palabra vergüenza rechazo, las dos cosas. (Romina, 31 años)

Estas sensaciones disminuyen a medida que las consultas son más regulares o frente a la mayor cantidad

de contactos. El concurrir al o la ginecólogo/a luego de que se ha “roto el hielo” y se ha atravesado exitosamente ese ritual de iniciación es vivido como un asunto natural y rutinario:

Fui sola... y... me sentía súper nerviosa... la doctora era una mujer grande y tenía una paciencia terrible, porque se daba cuenta que tenía mucha vergüenza y... tuvo mucha delicadeza.. y... creo que eso también ayudó a que después... la siguiera como más.. eee.. un poco más natural.
(María Alejandra, 28 años)

Sin embargo, esta creciente naturalidad en los encuentros con el ginecólogo, varón o mujer, no significa que la tensión que genera la exposición del cuerpo -sexuado y generizado- se cancele. Sino que se reelabora y permanece latente organizando las relaciones entre la paciente y el o la médico/a y generando sentimientos ambiguos y contradictorios.

El papel del médico o la médica en la consulta y revisión ginecológica aparece como explícito, unívoco y protocolarmente regulado: la revisión se debe exclusivamente al diagnóstico y tratamiento de desórdenes en los sistemas reproductivos femeninos. En la consulta ginecológica se expone el cuerpo femenino y las zonas genitales en un contexto orientado y estructurado en función de la distancia, objetividad y el saber de la ciencia (Bourdieu, 2000). Este encuentro entre el cuerpo desnudo de la mujer y el llamado ojo científico genera una situación ambigua, contradictoria, tensa.

Algunos estudios previos que indagaron sobre estas cuestiones señalan –y recomiendan- que lo más importante del encuentro con el o la ginecólogo/a debe ser su carácter no-erótico. Se afirma que el tocar los genitales femeninos no sólo no debe ser sexual, sino que debe presentarse como terapéutico, rutinario y en pos del interés de la paciente. Para conseguir esto, la paciente debe ser tratada como un “objeto técnico”, no

como un individuo y mucho menos como una mujer –es decir, sexuada- (Galasinski y Ziolkowska, 2007). Sin embargo, otras investigaciones sostienen que la sexualidad no puede ser cancelada pese a la progresiva medicalización del cuerpo de la mujer y las prácticas reproductivas. En un estudio, que analiza el acto de desvestirse en consultas con ginecólogos varones, se concluye que es tan alta la carga y significación sexual de este acto, que es una actividad que no se realiza delante de la mirada del médico. Se afirma entonces que el poder y la mirada médica se ve limitado, y los *médicos varones* se convierten en *varones a secas* de acuerdo a las reglas sociales, pues no pueden ser parte de la escena del desvestirse. Pero tampoco las mujeres médicas.

En el marco de la presente investigación, la consulta ginecológica evidencia un manejo constante de la ambigüedad o tensión que genera este particular contacto con el o la médica. En ocasiones se desdibujan las fronteras entre lo permitido y lo prohibido, se confunden las demandas: se generan pedidos paradójicos y complejos, que se les hable llano, por ejemplo; pero cuando se les habla demasiado llano entonces se teme que se está pasando una línea imaginaria entre lo deseable y lo no deseable que se vincula con la exposición del cuerpo, el desnudo y la confrontación con un otro, varón en general, varón deseable o deseante.

La tensión entre cuerpo, sexo y género y los objetivos médicos recién detallados es más explícita – a través de la vergüenza y el miedo manifiesto – en la primera consulta. Los sucesivos encuentros y cambios de profesionales pueden interpretarse como intentos continuos de acomodarse en diferentes posiciones, encontrar una figura médica que reduzca la ambigüedad, establecer vínculos con profesionales donde se distingan claramente los límites, o donde situaciones externas fijen las fronteras de la relación. Este manejo implícito de la contradicción que genera la consulta permite en ocasiones explicar la preferencia de género del especialista.

La confianza

A diferencia de otras consultas médicas, en la ginecológica se juegan cuestiones relacionadas con la sexualidad, las prácticas sexuales y la intimidad, tras las cuales se levanta un inmenso edificio de prejuicios, saberes, normativas y prescripciones (PECHENY et al, 2006).

Un elemento que unifica lo que se espera del o la profesional es la confianza. El o la ginecóloga debe ser alguien que las contenga, que las escuche, las tranquilice, que le de respuesta a sus inquietudes. Encontramos que la confianza en la consulta no se liga exclusivamente con el saber técnico sino también con la capacidad de contención, escucha, empatía que el médico o la médica les puedan brindar. Si esto no ocurre en la primera consulta, se sigue probando hasta encontrar algún o alguna profesional en quien confiar.

Como la consulta ginecológica no se encuentra vinculada con ninguna enfermedad sino con el amplio campo de la sexualidad, lo que se espera de los y las profesionales es, generalmente, ambiguo. Se espera saber experto y objetividad científica pero también cercanía emotiva, empatía, comprensión, contención. Estos últimos ingredientes entre tantos otros, funcionan como indicadores de la construcción de la confianza necesaria para establecer el vínculo paciente – médico o médica en cuestiones de ginecología.

La confianza entonces parece ser el sentimiento que caracteriza el vínculo óptimo con el profesional. Pero, ¿qué es esta confianza? ¿Qué significa tener confianza en el ginecológico o ginecóloga? Se necesita confiar en la persona frente a la cual se va a exponer el cuerpo desnudo. La confianza supone cercanía, pero no intimidad. Es una forma de afecto, que no es erotismo. Es escucha atenta, pero no intromisión. Identificación, pero no enamoramiento. Es contención, no seducción.

La confianza vendría a ser el sentimiento que

engloba y caracteriza la ambigüedad controlada, que da cuenta de los niveles de la tensión permitidos o manejados. El construir un vínculo de confianza suspende temporalmente el conflicto de estas tensiones. La confianza es un sentimiento que encierra tanto cuestiones humanas, afectivas – sentirse escuchadas, contenidas- como *expertise* y saber técnico. Algo así como el justo punto medio: ni demasiada cercanía, ni demasiada indiferencia. Este equilibrio es propio de cada paciente, no es generalizable: es según sus necesidades, sus marcos de referencia, su posicionamiento personal frente a al cuerpo, la sexualidad, etcétera. La confianza daría cuenta del vínculo óptimo planteado y percibido en los propios términos de cada una de las pacientes.

De este modo, dentro de la relación paciente–médico/a, la confianza constituye el elemento más importante y más valorado a la hora de la elección, confirmación y mantenimiento de un profesional; especialmente en situaciones críticas para la paciente, tales como el partir o el abortar (BROWN, TAMBURRINO, PECHENY, 2006). En ella se reúnen los aspectos técnicos y humanos de la práctica médica, que no deben entenderse como lógicas contrapuestas sino complementarias. Será este elemento intangible y recíproco el que hará que el lazo con el profesional se fortalezca o bien que cese.

La relación paciente-médico/a construida sobre la base de la confianza, a su vez, funciona como una fuente de legitimación de la información que la o el ginecólogo brinda y, en ocasiones, adquiere mayor peso que los títulos o el saber técnico que el profesional porte.

En el marco de una relación basada en la confianza, es decir, una vez que la tensión que genera la consulta se reduce, se abre el campo de posibilidades de negociación con el profesional: las pacientes comenzarán a demandar información, quejarse o negociar.

Demandas al médico o médica: atención integral, información, contención.

Las mujeres entrevistadas reclaman que los profesionales incorporen aspectos de la vida cotidiana dentro de la consulta. Desde su perspectiva, la inclusión de cuestiones que van más allá de lo clínico es interpretada como un reconocimiento de sus individualidades, un interés por la persona que son más que por la paciente que están siendo en ese momento. Esto fortalece la relación paciente-médico/a, propiciando el diálogo en un pie de mayor igualdad y posibilitando instancias de participación en el proceso de tomas de decisiones, siempre y cuando el pacto que regula lo permitido y lo prohibido en la consulta ginecológica haya sido llevado a cabo y se mantenga exitosamente. De otro modo, tal como hemos visto, la incorporación de temas no médicos puede ser leído por la paciente como invasión y abuso de confianza.

En el caso de las mujeres de mayor edad, aquellas que han acumulado un mayor capital de paciente (Pecheny *et al*, 2006) en términos de experiencia - vinculada al contacto sostenido con los servicios de salud - se hace visible el reclamo por una atención integral por parte de los profesionales. Se demanda por una relación y un vínculo más horizontal y humano en el cual se consideren distintos aspectos de la vida afectiva, laboral y emocional. Por tanto, se rechaza la medicación como única solución a los problemas y la mirada médica ginecológica que pierde de vista a las mujeres y su entorno (aquella que se concentra exclusivamente en su aparato reproductivo).

La demanda de información por parte de las pacientes es uno de los rasgos que sobresale en las interacciones con los y las profesionales. Si la consulta se mantiene dentro de las prácticas rutinarias que no implican grandes ni complicadas explicaciones, la percepción general es que la información recibida está de acuerdo con sus expectativas. Incluso, manifiestan que no se quedan con inquietudes, pues en tal caso demandan información hasta que la respuesta satisfaga sus expectativas.

Sin embargo, algunas de las entrevistadas, enfrentadas a explicaciones por fuera de las comunes, manifestaron dificultades en la comprensión del lenguaje técnico utilizado por los profesionales así como insatisfacción con respecto a la información recibida de acuerdo con las expectativas preexistentes. Asimismo, encontramos pacientes que, bajo circunstancias específicas, situaciones sensibles o límites como un embarazo o un aborto, prefieren no saber tanto y delegan en el profesional el manejo de la información, a través de una decisión relativamente autónoma basada en la confianza hacia el mismo y/o impuesta por el contexto (BROWN, TAMBURRINO, PECHENY, 2006).

Elección de las y los profesionales

En la llegada a un/a profesional ginecológico intervienen diversos factores, tales como la recomendación de una persona cercana -a través de lo que hemos denominado el *círculo de mujeres*, como la delimitación que efectúa la oferta de la cartilla médica, la disponibilidad horaria o las circunstancias particulares de cada servicio de salud.

No obstante, el concurrir por primera vez a un/a ginecólogo/a no implica necesariamente elegirlo/a. La elección es un proceso que se va construyendo y confirmando a medida que el vínculo paciente - médico/a encuentre los medios para resolver el conflicto erótico - sexual implícito en toda consulta ginecológica u otros obstáculos que pueden ir desde el mal trato, la ausencia de empatía o simpatía o el cambio de obra social.

Para analizar la elección de las y los profesionales ginecológicos uno de los asuntos que es necesario considerar son cuestiones vinculadas con el manejo del cuerpo y la sexualidad, que cobran relevancia particular. A veces, incluso la variable sexo - genérica llega a tener mayor peso que la experiencia, la formación o la expertise del médico o la médica en al momento de decidir o no la elección.

Los estereotipos de género se reproducen dentro

de la consulta y funcionan como un mapa en función del cual se elige o se prefiere un profesional varón o mujer de acuerdo, a su vez, con el motivo de la consulta. Cuando las pacientes están enfrentadas a algún problema o evento de corte médico en un sentido tradicional, como un embarazo, un aborto, un quiste o alguna complicación más ligada a la noción de enfermedad, se requiere y se busca principalmente un saber técnico, en la figura de un médico varón. Por el contrario, mientras se trata de controles regulares, la empatía y sensibilidad es lo primordial y las mujeres profesionales se ajustan a las necesidades y expectativas de las pacientes (dado a que pueden compartir la experiencia). A medida que la balanza del eje salud/enfermedad se traslada hacia este último lugar, la presencia de un varón se hace cada vez más frecuente. En estas circunstancias lo que importa y se elige es la confianza en el saber técnico y la *expertise*, en detrimento de la confianza afectiva o empatía emocional de las mujeres (Maffia, 1994 y 2005).

Precisamente, en aquellas mujeres que dicen preferir ser atendidas por un ginecólogo el discurso predominante actúa bajo el presupuesto de que “los hombres saben más”. Las mujeres serían más sensitivas, corporales y no actuarían guiadas exclusivamente por el saber científico. Por el contrario, la relación con el ginecólogo varón sería más distante y actuaría a través de los conocimientos que le habrían sido otorgados a través de la fría (y para nada subjetiva) mediación del saber científico. La tesis que subyace es que, frente a determinadas situaciones delicadas o conflictivas, el hombre “va a saber actuar”.

En el momento del parto entiendo que el embarazo es mejor un hombre, pero, me da cosa, pero prefiero una mujer (...) pero el hombre no va a titubear y no va a pensar y va a ser firme, y va a ser firme hasta el final, en cambio las mujeres, por ahí dudan un poco más, entonces en el momento del embarazo entiendo, que va a ser mejor un hombre” (Candela, 20 años)

Las diferencias en la elección entre profesionales varones y mujeres remiten a cuestiones básicas de estereotipos sexo - genéricos: las mujeres son como nosotras compartimos nuestra experiencia y entonces nos podemos comprender (la metáfora de la hermandad) y los varones, el sexo ligado al saber (sobre los cuerpos femeninos) son quienes dan respaldo y seguridad con su saber que proviene de la ciencia (la razón) y no de la experiencia (la sensación) (Maffia, 1994; BROWN, 2007).

Se dice que el conocimiento del que dispone la ginecóloga adquiere un carácter corporal, más sensible, sensitivo y vivencial. Esta sensibilidad y afectividad serán factores valorados en el momento de elegir una ginecóloga: la comodidad de estar con otra mujer, el hecho de ser entendida, el ejercicio de empatía, la mayor sensibilidad, entre otros⁷. Así lo decía Sofía (22 años) “uno se siente más cómodo, digamos. Más... se explaya, se sienta y habla... hasta podés tener una conversación de amigas, ¿me entendés?, porque te va a entender”.

A su vez, ciertos procesos de identificación que juegan en el vínculo con la ginecóloga: el percibirla

7 Esos prejuicios tienen anclaje teórico, entre otras en las interpretaciones esencialistas que se han dado del trabajo Guilligan (1982). En ese trabajo señala la relación con los diversos modos de razonamiento que encontró en varones y mujeres. En esa investigación se vio que los varones tendían hacia razonamientos éticos vinculados con la justicia: abstracta, general, objetiva; en cambio, las mujeres tendían a realizar juicios más concretos, particulares, singulares que consideraban la posición del otro o la otra, elementos que se vincularon con la experiencia maternal de las mujeres. De allí que la autora llamara a ese modo ético de razonar la “ética del cuidado”. Leída en términos esencialista se ha interpretado que “... la experiencia maternal funda una ética de cuidado del otro y de que existiría entre varones y mujeres una diferencia irreductible en lo que al cuidado de la vida humana se refiere, haría de las mujeres las guardianas tanto de la continuidad de la vida como de la naturaleza. Los varones, el sexo ligado a la muerte y a la abstracción, serían los portavoces de formas de organización social casi incompatibles con la vida” (BROWN, 2007: 135). Véase también Lovibond (1995), Ruddick (1990), Noddings (1990). Teniendo en cuenta los patrones de género operantes no resulta llamativo que diversas investigaciones señalen que estos son los rasgos que diferencian a varones y mujeres en la práctica ginecológica: las mujeres ginecólogas se encargarían más de cuidar que curar, guiarían pasivamente en lugar de intervenir activamente y se focalizarían más en las emociones que los varones ginecólogos (Galasinski D. y Ziolkowska J. (2007).

como una par, como una amiga, como una madre, como alguien que te entiende por compartir las mismas experiencias (“*somos de la misma edad, tuvimos chicos*”, entender dolores menstruales, tener hijos, entre otros). Son recurrentes las frases “*con una mujer el vínculo es de amigas*”; “*tenemos un trato como entre madre y amiga*”.

Sin embargo, esta sobrevaloración de las mujeres como predominantemente sensitivas y *como nosotras*, terminan por ser factores que se vuelven en contra de las mismas ginecólogas. Las cualidades sexo genéricas atribuidas tienden a pensarse no sólo en términos dicotómicos sino también excluyentes: o se es varón o se es mujer, o se es racional o se es irracional y así sucesivamente. Pero a su vez, ya existe una valoración social atribuida a cada una de esas características en la estructura social. Por lo tanto, no es casual que la afectividad sirva también para desvalorizarlas, en una constante cercanía a la instintividad, la irracionalidad, los arrebatos sentimentales, etcétera (Guilligan, 1982; Lovinbond, 1995; Maffia, 2005; Cobo, 1995).

La otra era más complicada, la otra tiene sus días femeninos también...(Florencia, 38 años).

[una ginecóloga la trató mal y dice] “...yo creo que estaba enemistada no sé con quien, con el marido, el novio”(Andrea, 31 años).

Los miedos y sentimientos que suscita la consulta ginecológica también son factores que inciden en la elección sexo- genérica de la o del profesional: se elige una mujer por la vergüenza y el pudor que genera enfrentarse a un varón en la consulta. Se trata de una elección negativa, un rechazo a la elección de un profesional varón. Y en estos casos, la explicitación de los motivos y la firmeza de la decisión es significativamente más clara que en otros. Es un no rotundo a mostrar el cuerpo desnudo, a abrirse de piernas, frente a un hombre.

Que sea mujer. Porque sí, me da menos temor. No se si temor, pero menos vergüenza. Que sea mujer, que sea mujer. (Andrea, 31 años)

Cabe destacar que en aquellos casos en los cuales las mujeres dicen no tener una preferencia formada sobre si elegir un ginecólogo varón o mujer para sus consultas, ellas dejan entrever, aunque sea implícitamente, que prefieren un ginecólogo varón. La neutralidad remite inevitablemente a lo hegemónico, y en términos socio – sexuales eso significa que se trata de un varón también hegemónico (blanco, instruido, de la clase media – media alta, heterosexual) (Young, 1996; Phillips y Barret, 2001; Amorós, 2006; Pateman, 1995⁸)

No, no tuve, no. La verdad que nunca tuve una preferencia, siempre, salvo así que excepcionalmente he caído con una mujer de guardia... (Sabrina, 41 años)

Esas ventajas comparativas que, en términos sexo – genéricos de los y las profesionales son rescatados y puestos en valor, se ligan con las expectativas que las mujeres tengan. Ellas esperan “ser escuchadas”, sentirse “especiales”, no ser consideradas como meras pacientes que consultan una cuestión puntual y se van, sino como personas que requieren de un tratamiento más integral, que requieren sentirse cuidadas, esperadas, contenidas, hasta incluso “recordadas”:

“Que te escuchen, que no tengan problema en contestarte tus dudas, de que no seas un paciente más, de que te dediquen su tiempo, de que te ofrezcan sus propios números particulares por si tenés alguna duda.”(Cristina, 20 años).

⁸ Pateman incluso desconfía de la categoría individuo, una noción aparentemente neutral y que a lo largo de la historia a sido equivalente a varón y masculino (Pateman, 1995)

“Como que no me sentí como contenida y como esperada por ese médico” (Candela, 20 años).

Las concepciones sexo – genéricas que tienen las mujeres influyen sobre la elección del o la profesional varón o mujer. Pero como podemos apreciar, la relación paciente-profesional se encuentra atravesada por la expectativa de confianza que analizamos previamente, estrechamente vinculada con el manejo del cuerpo sexualizado y generizado. A medida que las sucesivas consultas se desarrollan y se va estableciendo un vínculo más fluido con el/la ginecólogo/a esta demanda de confianza va estructurando el vínculo, haciendo que se fortalezca y la elección del profesional se confirme; o que por lo contrario, se decida abandonar el vínculo existente y realizar una nueva elección.

En este sentido, y considerando esta demanda de confianza y la tensión en torno a la sexualización y generización no es extraño que sea tan frecuente encontrar que las pacientes adjudican otras características o roles a los médicos/as –además de los inherentes a su profesión-: las mujeres son ubicadas en el rol de amigas o madres; y los varones, son asociados a figuras paternas. Estas características refieren a roles afectivos, amorosos: pero tiernos, no sexuales.

¿Pacientes como consumidoras?

A pesar de lo importante de la confianza cuya presencia fortalece la relación y cuya ausencia la debilita, existen factores de corte más estructural que interfieren en el mantenimiento o no del o la profesional inicialmente elegida: cambios laborales o de lugar de residencia, a partir de los cuales se producen modificaciones en las obras sociales; la cercanía o lejanía del lugar donde concurrir a la consulta ginecológica; aquellos relacionados con los tiempos de espera. Todos estos factores pueden provocar alteraciones (cambios o abandonos del profesional) incluso cuando la relación paciente médico o médica

es considerada como satisfactoria por la paciente.

De este modo, el factor económico juega un rol preponderante en la relación entre la atención en los servicios de salud y las pacientes pues condiciona los y las profesionales con quienes atenderse. La elección y los cambios de ginecólogos o ginecólogas se realizan dentro de los límites marcados por la oferta de la cobertura.

En el caso de las pacientes entrevistadas, se trata de personas en buen estado de salud, que asisten a controles más o menos regulares y el hecho de tener que cambiar de profesional es mucho menos complicado que en los casos de padecimientos que requieren de continuidad en el tratamiento, como una enfermedad crónica o dentro de ese espectro.

Y, entre pagar más o pagar extra y cambiar de profesional, la solución suele ser, cambiar de profesional. En caso de *perder* a un profesional, lo que se resigna en el cambio es el vínculo de confianza construido a través de las consultas y eso parece ser menor que el costo extra en términos económicos que implicaría continuar con un profesional que ya no se encuentra en la cartilla. Sólo cuando el costo afectivo y de confianza es mayor, las mujeres están dispuestas a correr con el costo económico.

La relación paciente-médico se plantea más según el modelo de consumidoras que de pacientes en sentido tradicional. En base a este modelo se construye, se modifica y se juzga la relación paciente – médico o médica (véase PECHENY y MANZELLI, 2004).

Sin embargo, la relación establecida con el o la ginecóloga que se pierde, influye en la siguiente elección como punto de comparación, sobre todo si la experiencia anterior ha sido o muy buena o muy mala. Un hecho frecuente es que el cambio de profesional producido a raíz de que la persona con quien se atendían se fue de la cartilla o no está en su obra social o pre – paga, supone un breve recorrido de testeo para encontrar un nuevo ginecólogo o ginecóloga *que les inspire confianza*. Podría afirmarse que cada cambio implica una *primera vez*, aunque después de

la segunda, ya existe cierto bagaje previo y una suerte de entrenamiento que les permite manejar mejor la situación y resolver la ambigüedad más eficazmente.

A modo de cierre

Como hemos visto a lo largo de todo el artículo, los asuntos que se exponen en la consulta ginecológica son difícilmente objetivables. Éstos se hallan inextricablemente ligados a asuntos íntimos y personales que, a su vez, se encuentran rigurosamente normalizados y disciplinados socialmente (Butler, 2006; Foucault, 1986). La posibilidad de la sanción moral e incluso en ocasiones legal (en aquellas situaciones relacionadas con el aborto, por ejemplo), permanece siempre presente aunque de manera velada.

Además del halo de erotismo y sexualidad presente en la relación paciente – médico o médica, se esconden una enorme cantidad de prejuicios y representaciones sexo genéricas que influyen a la hora de elegir o no un/a profesional y en el momento de decidir continuar o no un vínculo estable con él o ella. De este modo, la mayor parte de las veces la búsqueda de este o esta profesional y su mantenimiento a lo largo del tiempo

está estrechamente relacionado con la confianza personal y no sólo profesional, que ese médico o médica les merezca. Y la confianza a su vez depende de cómo se resuelva cada vez ese pacto implícito que establece los límites y bordes de acción de lo erótico – sexual que sobrevuela todo el tiempo la consulta ginecológica a pesar de la persistente medicalización, protocolarización y estandarización de las rutinas médicas.

La presencia del cuerpo, un cuerpo sexuado y generizado y no ese supuesto cuerpo abstracto, etéreo, neutral que intentó construir la teoría liberal es lo que genera conflictos oblicuos en el campo de la consulta ginecológica. Hemos tratado de mostrar que en él se intersectan de modos variados y diversos saber médico, autoridad científica, cuerpos sexuados y generizados, erotismo, confianza, y un sin número de sensaciones y experiencias que combinan creencias, estereotipos y representaciones sobre cuerpo, género y sexualidad.

Referências

AMOROS, Celia (2005), *La gran diferencia y sus pequeñas consecuencias... para las luchas de las mujeres*, Valencia, Ediciones cátedra.

BOURDIEU, Pierre (2000). *La dominación masculina*, Buenos Aires, Paidós.

BROWN, Josefina Leonor (2006), “Capítulo consulta ginecológica” en JONES, Daniel, LIBSON, Micaela y HILLER, Renata (comp.), *Sexualidades, política y violencia: La marcha del Orgullo GLTTTBI 2005, segunda encuesta*. Buenos Aires: Antropofagia. pp. 93-102.

BROWN, Josefina Leonor (2007), *Ciudadanía de mujeres en Argentina. Los derechos (no) reproductivos y sexuales como bisagra. Lo público y lo privado puestos en cuestión*, tesis de maestría. Buenos Aires: FLACSO.

BROWN, Josefina, TAMBURRINO, Cecilia, PECHENY, Mario (2006), “Salud sexual y reproductiva. La noción de autonomía de las mujeres puesta en cuestión: el aborto y otras situaciones sensible” en *Actas Jornadas de Investigación en Antropología Social*. Buenos Aires: Sección de Antropología Social, Instituto de Ciencias Antropológicas, Facultad de Filosofía y Letras, UBA.

BROWN, Josefina, GATTONI, Soledad, TAMBURRINO, Cecilia y PECENY, Mario (2007), "La primera experiencia es la que cuenta. Notas sobre la trayectoria de pacientes ginecológicas" en Actas del XXVI Congreso de la Asociación Latinoamericana de Sociología. México: ALAS

BUTLER, Judith (2006), *Deshacer el género*, Buenos Aires, Paidós.

CARVALHO, María Lucía y FUREGATO, Antonia Regina (2001), "Exame ginecológico na perspectiva das usuárias de um serviço de saúde em *Revista Eletrônica de Enfermagem* (online), Goiânia, v.3, n.1, jan-jun. Disponível: <http://www.fen.ufg.br/revista>

COBO, Rosa. 1995. *Fundamentos del patriarcado moderno. Jean Jacques Rousseau*, Madrid, Editorial Cátedra.

FOUCAULT, Michael (1986), *La historia de la sexualidad*, Tomo I: La voluntad de saber, México, Siglo XXI.

GALASINSKI, Dariusz. y ZIÓLKOWSKA Justyna. (2007), "Gender and the Gynecological Examination: Women's Identities in Doctors' Narratives", *Qualitative Health Res* 17, Sage, UK.

GUASH, Oscar (2000), *La crisis de la heterosexualidad*, Barcelona, Ed Laertes.

GUILLIGAN, Carol (1984), *In a diferente Voice: Psychological theory and moral education*, Cambridge: Harvard University Press.

LOVINBOND, Sabina (1995), "Ética meternalista: una evaluación feminista", en *Feminaria* año VIII, N° 15, Buenos Aires, Feminaria.

MAFFIA, Diana (1994): "Lógica, sexualidad y política", en *Feminaria* año VII, N° 12, Buenos Aires, Feminaria.

MAFFIA, Diana (comp) (2003), *sexualidades migrantes*, Buenos Aires, Ed. Feminaria.

MAFFIA, Diana (2005): "El contrato moral" en CARRIO, Elisa y MAFFIA, Diana (comps), *Búsquedas de sentido para una nueva política*, Buenos Aires, Instituto Hannah Arendt – Paidós.

NODDINGS, Nel (1990), *Caring. A feminism approach to ethics and moral education*, Londres: Routledge.

PATEMAN, Carole (1995): *El Contrato Sexual*, Barcelona, Anthropos.

PECHENY, Mario y MANZELLI, Hernán (2004), "El retorno del cuerpo en tiempos del neoliberalismo" en CACERES, Carlos F., FRASCA, Timothy, PECHENY, Mario, TERTO JUNIOR, Veriano (Editores) *Ciudadanía Sexual en América Latina*. Abriendo el debate. Lima: Universidad Peruana Cayetano Heredia.

PECHNEY, Mario, et al (2006), "La ciudadanía de la salud: derechos y responsabilidades en salud sexual-reproductiva, enfermedades crónicas y cuidados paliativos". En LOPEZ, Elsa y PANTELIDES, Edith, *Aportes a la investigación social en salud sexual y reproductiva*. Buenos Aires: CENEP, CEDES, AEPa, UNFPA.

RUDDICK, Sara (1990), *Maternal Thinking: towards a policy of peace*, Londres: Routledge.

YOUNG, Iris Marion (1996). *Vida política y diferencia de grupos: una crítica del ideal de ciudadanía universal*. En CASTELLS, Carme (comp.). *Perspectivas feministas en teoría política*, España, Paidós.

Recebido em: 10/12/2012

Aceito em: 07/05/2013