

Género, cuerpo y sexualidad en la atención ginecológica.

María Cecilia Tamburrino, Josefina Leonor Brown, Soledad Gattoni y Mario Pecheny.

Cita:

María Cecilia Tamburrino, Josefina Leonor Brown, Soledad Gattoni y Mario Pecheny (2007). *Género, cuerpo y sexualidad en la atención ginecológica. VII Jornadas de Sociología. Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires.*

Dirección estable: <https://www.aacademica.org/000-106/75>

Género, cuerpo y sexualidad en la atención ginecológica.

María Cecilia Tamburrino, Josefina Leonor Brown, Soledad Gattoni y Mario Pecheny

Instituto de Investigaciones Gino Germani – UBA

cecilia.tamburrino@gmail.com

josefinabrown@yahoo.com.ar

solgattoni@hotmail.com

mpecheny@mail.retina.ar

1. INTRODUCCIÓN

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 y b) analizar los motivos y dimensiones valoradas en la elección de los/las especialistas. Asimismo indagaremos en torno de la importancia e incidencia que tienen los “círculos de mujeres” (como aquellos entornos de figuras femeninas cercanas que brindan apoyo afectivo, práctico y/o emocional) en las elecciones y el vínculo que las mujeres establecen con un/a profesional.

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 adelanto 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 (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.

2. DESCRIPCIÓN DE LA MUESTRA. ALGUNAS NOTAS SOBRE METODOLOGÍA

Este trabajo se basa en el análisis de una veintena de entrevistas semi estructuradas a mujeres en edad reproductiva (entre 18 y 45 años) realizadas entre julio del 2005 y julio del 2006 en el marco de un proyecto de investigación mayor¹.

Las mujeres entrevistadas 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)³. 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.

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 especialista 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.

A los fines de esta ponencia, 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.

3. LOS PRIMEROS ACERCAMIENTOS A LA CONSULTA GINECOLÓGICA.

Toda relación vincular tiene un inicio. Y , en el caso de las pacientes ginecológicas, la *primera vez es la que cuenta* (Brown, Tamburrino, Gattoni 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 años⁴. 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.

4. CON EL PESO DE LA LEY: EL CARÁCTER NORMATIVO DE LA CONSULTA GINECOLÓGICA

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 a 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. 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)⁵

*“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)

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 regularmente⁶ 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).

5. 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 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 trabajo⁷. 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 materno⁸. 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 científico⁹. 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 ello¹⁰.

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 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)

6. 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 (Uskula y Ahmadb 2003)¹¹. 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. Pese a que el cuerpo y la sexualidad de los profesionales han sido significados como neutros dentro de este sistema cultural y socio sexual y han sido puestos 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.

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 (Oscarsson y Benzein, 2002; Reddy y Wasserman, 1997; 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 (Hennigen, Kollar, y Rosenthal, 2000; Olson 1981)

En consonancia con las investigaciones mencionadas, la vergüenza, el miedo, el pudor y la sensación de vulnerabilidad son los principales sentimientos registrados en torno al primer encuentro con un ginecólogo o ginecóloga.

“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 explicito, unívoco y protocolarmente regulado: la revisión se debe exclusivamente al diagnóstico y tratamiento de desórdenes en los sistemas reproductivos femeninos¹². 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 “ojo científico” genera una situación ambigua, contradictoria, tensa¹³.

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- (Meerabeau, 1999, Galasinski y Ziólkowska, 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 (Galasinski y Ziólkowska, 2007; Edwards, 1998).

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 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.

7. 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 (Brown, Tamburrino y Pecheny, 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, reduce la ambigüedad. La confianza es un sentimiento que encierra tanto cuestiones humanas, afectivas –sentirse escuchadas, contenidas- como *expertise* y saber técnico. Algo así como el “justo 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 (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 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.

8. DEMANDAS AL MÉDICO O LA MÉDICA: ATENCIÓN INTEGRAL, INFORMACIÓN

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” más que por la “paciente”. 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).

9. ELECCIÓN DE LOS Y LAS 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 ese conflicto erótico – sexual implícito en toda consulta ginecológica.

Para analizar la elección de los profesionales ginecológicos es necesario considerar entonces cuestiones vinculadas con el manejo del cuerpo y la sexualidad, y por lo tanto, las relaciones de género que se juegan en el ámbito de la consulta cobran relevancia particular.

La literatura consultada refuerza lo que surge del análisis: que el género resulta una de las variables fundamentales en los motivos de elección de la o el profesional ginecológico con quien atenderse y que llega a tener mayor peso que la experiencia, la formación o expertise del médico o la médica (Delago, Lopez-Fernandez y Luna, 1993; Ekeroma y Harillal, 2003; Johnson, Schnatz, Kelsey, y Ohannessian, 2005; Galasinski y Ziolkowska, 2007).

Los estereotipos de género se reproducen dentro de la consulta y funcionan como mapa guía en función de los cuales 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 (Maffía, 1994 y 2005)¹⁴.

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 comparten nuestra experiencia y entonces nos pueden 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) (Maffía, 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 otros¹⁵. 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 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; Maffía, 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, 1995¹⁶)

“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).

“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.

8. ¿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.

9. PARA CERRAR

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.

10. BIBLIOGRAFÍA

- Amorós, Celia (2005), *La gran diferencia y sus pequeñas consecuencias... para las luchas de las mujeres*, Ediciones cátedra, Valencia
- Areskog-Wijma, B. (1987). The gynaecological examination: Women's experiences and preferences and the role of the gynaecologist. *Journal of Psychosomatic Obstetric and Gynaecology*, 6, 59-69.
- Bertakis, K. D., Helms, L. J., Callahan, E. J., Azari, R., y Robbins, J. A. (1995). The influence of gender on physician practise style. *Medical Care*, 33, 407-416.
- Bourdieu, Pierre (2000). *La dominación masculina*, Paidós, Buenos Aires.
- Brown, Josefina Leonor (2006), "Capítulo consulta ginecológica" en Jones, Libson y Hiller (comp.), *Sexualidades, política y violencia: La marcha del Orgullo GLTTTBI 2005, segunda encuesta*, Antropofagia, Buenos Aires, 2006, 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, FLACSO, Buenos Aires

- Brown, Tamburrino, Pecheny (2006), Salud sexual y reproductiva. La noción de autonomía de las mujeres puesta en cuestión: el aborto y otras situaciones sensibles. Jornadas de Investigación en Antropología Social, Sección de Antropología Social, Instituto de Ciencias Antropológicas, Facultad de Filosofía y Letras, UBA, Agosto 2006, Buenos Aires, CD-ROOM
- Butler, Judith (2006), *Deshacer el género*, Paidós, Buenos Aires.
- Childs, A. J., Friedman, W. H., Schwartz, M. P., Johnson, M., & Royek, A. B. (2005). Female patients' sex preferences in selection of gynecologists and surgeons. *Southern Medical Journal*, 98(4), 405-408.
- Cobo, Rosa. 1995. *Fundamentos del patriarcado moderno. Jean Jacques Rousseau*. Editorial Cátedra, Madrid.
- Draper, J. (2003). Men's passage to fatherhood: An analysis of the contemporary relevance of transition theory. *Nursing Inquiry*, 10(1), 66-78.
- Delago, A., Lopez-Fernandez, L. A., & Luna, J. D. (1993). Influence of the doctor's gender in the satisfaction of the users. *Medical Care*, 31, 795-800.
- Edwards, S. C. (1998). An anthropological interpretation of nurses' and patients' perceptions of the use of space and touch. *Journal of Advanced Nursing*, 28(4), 809-817.
- Ekeroma, A., & Harillal, M. (2003). Women's choice in the gender and ethnicity of her obstetrician and gynaecologist. *Australian and New Zealand Journal of Obstetric and Gynaecology*, 43, 354-359.
- Foucault, Michael (1986), *La historia de la sexualidad*, Tomo I: La voluntad de saber, Siglo XXI, México
- Froggatt, K. (1997). Rites of passage and the hospice culture. *Mortality*, 2(2), 123-136.
- Galasinski D. y Ziolkowska J. (2007) Gender and the Gynecological Examination: Women's Identities in Doctors' Narratives, *Qual Health Res* 17; 477
- Guash, Oscar (2000), *La crisis de la heterosexualidad*, Ed Laertes, Barcelona.
- Gilligan, Carol (1984), *In a different Voice: Psychological theory and moral education*, Berkely.
- Helman, C. (2001). *Culture, health and illness* (4th ed.). London: Arnold.
- Hennigen, L., Kollar, L. M., y Rosenthal, S. L. (2000). Methods for managing pelvic examination anxiety: Individual differences and relaxation techniques. *Journal of Pediatric Health Care*, 14(1), 9-12.
- Johnson, A. M., Schnatz, P. F., Kelsey, A. M., & Ohannessian, C. M. (2005). Do women prefer care from female or male obstetrician-gynecologists?: A study of patient gender preference. *Journal of the American Osteopathic Association*, 105(8), 369-379.
- Lesch E. y Kruger L (2005) Mothers, daughters and sexual agency in one low-income South African community *Social Science & Medicine* 61 1072–1082
- Lovinbond, Sabina (1995), "Ética maternalista: una evaluación feminista", en *Feminaria* año VIII, Nº 15, Buenos Aires.
- Maffía, Diana (1994): "Lógica, sexualidad y política", en *Feminaria* año VII, Nº 12, Buenos Aires.
- Maffía, Diana (comp) (2003), *sexualidades migrantes*, Ed. Feminaria,

Buenos Aires.

- Maffía, Diana (2005): "El contrato moral" en Elisa Carrió y Diana Maffía (comps), *Búsquedas de sentido para una nueva política*, Instituto Hannah Arendt – Paidós, Buenos Aires.
- Mazzarella, S. R., & Odom Pecora, N. (Eds.). (1999). *Growing up girls: Popular culture and the construction of identity*. New York: Peter Lang Publishing.
- Meerabeau, L. (1999). The management of embarrassment and sexuality in health care. *Journal of Advanced Nursing*, 29(6), 1507-1513.
- Mendez, A., Shymansky, J. A., & Wolrach, M. (1986). Verbal and non-verbal behaviour of doctors while conveying distressing information. *Medical Education*, 20, 437-443.
- Noddings, Nel (1990), *Caring. A feminism approach to ethics and moral education*, Londres.
- Olson, B (1981) patient comfort during pelvis examiantion: New foot supports vs. metal stirrups. *JOGN – Nursing* 10, 104-7
- Ortega y Gasset, José (s/f): *Ideas y creencias*, Revista de occidente
- Oscarsson, M., y Benzein, E. (2002). Women's experiences of pelvic examination: An interview study. *Journal of Psychosomatic Obstetric and Gynaecology*, 23, 17-25.
- Pateman, Carole (1995): *El Contrato Sexual*, Anthropos, Barcelona.
- Pecheny y Manzelli (2004), "El retorno del cuerpo en tiempos del neoliberalismo" en www.ciudadaniasesexual.org (disponible en julio 2004).
- Pecheny, et al (2006) La ciudadanización de la salud: derechos y responsabilidades en salud sexual-reproductiva, enfermedades crónicas y cuidados paliativos. En *Aportes a la investigación social en salud sexual y reproductiva*, CENEP, CEDES, AEPa, UNFPA, Buenos Aires
- Ragan (1990) Verbal play and multiple goals in the gynaecological exam interaction, *Journal of language and social psychology*, Vol 9, 1-2
- Reddy, D. M., y Wasserman, S. (1997). Behavioral indicators of patient anxiety during a gynecological examination. *Journal of Reproductive Medicine*, 42, 631-636.
- Rossiera, C; Guiellab, G.; Oue´ draogob, A.; Thie´ bac, B. (2006) Estimating landestine abortion with the confidants method—results from Ouagadougou, Burkina Faso *Social Science & Medicine* 62, 254-266
- Roter, D., Lipk in Jr., M., & Korsgaard, A. (1991). Sex differences in patients' and physicians' communication during primary care medical visits. *Medical Care*, 29, 1083-1093.
- Ruddick, Sara (1990), *Maternal Thinking: towards a policy of peace*, Londres.
- Sieving, R., McNeely, C. S., & Blum, R. Wm. (2000). Maternal expectations, mother-child connectedness, and adolescent sexual debut. *Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine*, 154, 809-816.
- Strasser, Carlos (1979): *La razón científica en Política y Sociología*, Amorrourtu, Buenos Aires.
- Uskula, b, A. Ahmadb, F (2003) Physician-patient interaction: a gynecology clinic in Turkey *Social Science & Medicine* 57 (2003) 205-215
- Wasserman, R. C., Inui, T. S., Barriatua, R. D., Carter, W. B., y Lippincott, P. (1984). Pediatric clinicians' support for parents makes a difference: An outcome-based analysis of clinician-parent interaction. *Pediatrics*, 13, 183-199.

- Weijts, W., Widdershoven, G., & Kok, G. (1991). Anxiety scenarios in communication during gynaecological consultations. *Patient Education and Counseling*, 18, 149-163.
- Weiss, L., y Meadow, R. (1979). Women's attitudes toward gynecologic practices. *Obstetric and Gynecology*, 54(1), 110-114.
- Young, Iris Marion (1996). Vida política y diferencia de grupos: una crítica del ideal de ciudadanía universal. En Carme Castells (comp.). *Perspectivas feministas en teoría política*. Paidós, España.

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.

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

³ Dos de las entrevistadas no concuerdan con el nivel socio – económico promedio: viven en lugares periféricos de AMBA, no han completado sus estudios secundarios y se atienden en el servicio público de salud. Notaremos su consideración en caso que esa pertenencia responda a experiencias diversas en las categorías bajo análisis. En los demás casos nos referiremos al conjunto de las entrevistas

⁴ 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.

⁵ Para preservar la privacidad de nuestras entrevistadas los nombres han sido alterados.

⁶ 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.

⁷ Los ritos de pasaje han sido analizados dentro de la sociología de la salud, especialmente pasajes inscriptos en escenarios medicalizados. Nacimiento y muerte, maternidad y paternidad u hospitalización, son concebidos como algunos de los momentos de transición que la profesión médica enfrenta y gestiona (Helman, 2001; Draper, 2003; Froggatt, 1997).

⁸ Sobre el papel de las madres en lo atinente a la salud sexual y reproductiva de las hijas ver (Lesch E. y Kruger L., 2005; Mazzarella y Odom Pecora, 1999; Sieving, McNeely, y Blum, 2000).

⁹ Esta distinción remite aquella entre el saber qué y el saber cómo, entre el saber práctico y el saber técnico. Véase Ortega y Gasset (s/f), Strasser (1979)

¹⁰ Sobre la influencia de los vínculos cercanos entre mujeres en situaciones de aborto véase Rossiera, C. *et al* (2006).

¹¹ Incluyendo el estatus de los genitales femeninos (Henslin y Biggs, 1978; Wijma y Areskog-Wijma, 1987)

¹² Desde el desarrollo del test del PAP, usado para detectar el cáncer cervico-uterino, la revisión se ha convertido en una intervención indispensable para el diagnóstico precoz y el tratamiento de los cánceres reproductivos de las mujeres (Ragan 1990).

¹³ En las sociedades occidentales, el desvestirse y mostrar los órganos genitales sólo está permitido en dos situaciones: las relaciones sexuales y en las revisiones médicas (Ragan 1990).

¹⁴ Estos datos coinciden con investigaciones previas (Childs, Friedman, Schwartz, Johnson, y Royek, 2005). En ellas, se indagó acerca de la diferencia en la preferencia de género de mujeres entre ginecólogos o ginecólogas y cirujanos o cirujanas. La distribución en las preferencias de género para especialistas ginecológicos se mantenía relativamente estable entre varones, mujeres y no manifestar preferencia (alrededor del 30% cada una). Sin embargo, se evidenciaba un salto cuando se trataba de acudir a un profesional ante una cirugía. Allí, cerca de la mitad de las pacientes (51%) afirmaron preferir un cirujano

¹⁵ Esos prejuicios tienen anclaje teórico, entre otras en las interpretaciones esencialistas que se han dado del trabajo Gilligan (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 (Bertakis, Helms, Callahan, Azari, y Robbins, 1995); (Roter, Lipkin, y Korsgaard, 1991), serían más empáticas (Wasserman, Inui, Barriatua, Carter, y Lippincott, 1984) y se focalizarían más en las emociones (Mendez, Shymansky, y Wolrach, 1986) que los varones ginecólogos.

¹⁶ Pateman incluso desconfiaba 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)