

Los grises de la hechura somática de la salud y el bienestar: las prácticas médicas de la cirugía plástica frente a las demandas de mujeres cis en la Ciudad de Buenos Aires, Argentina^{1 2}

The greys of the somatic making of health and well-being: the medical practices of plastic surgery in the face of the demands of cis women in the city of Buenos Aires, Argentina.

 Ana Mines Cuenya*

Resumen

El objetivo del artículo es analizar las maneras en las que los procesos identificados con salud, enfermedad y bienestar, claves en la organización de la medicina occidental, se ponen en juego en el ejercicio concreto de la cirugía plástica frente a las demandas realizadas por mujeres cis en la Ciudad de Buenos Aires, Argentina. Se analizan las características generales de esta especialidad, sus principales competencias, situaciones de injerencia y objetivos, así como las estrategias clínicas y quirúrgicas concretas que se ponen en juego frente a las distintas consultas. Se focaliza en los “grises” del abordaje de quemaduras graves, de las demandas de mujeres que consultan por cirugías estéticas y de los casos entendidos como *borderline* por médicos/as, pacientes y obras sociales y prepagas. La estrategia teórico-metodológica recupera aportes de los estudios sobre ciencia y tecnología. Se analiza un conjunto de materiales heterogéneos conformado por entrevistas a profesionales, programas de residencias, perfiles en redes sociales, entre otros.

¹ El trabajo que sustenta este artículo se realiza en el marco de una investigación postdoctoral financiada por el Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas (CONICET), Argentina.

² Agradezco por las valiosas contribuciones a quienes realizaron la evaluación de este artículo.

* Doctora en Ciencias Sociales y licenciada en Sociología por la Universidad de Buenos Aires (UBA). Becaria postdoctoral del CONICET en el Instituto de Investigaciones Gino Germani (UBA). Email: anamines@gmail.com

Palabras claves: Salud, enfermedad y bienestar de mujeres cis; Cirugía Plástica en Buenos Aires; Prácticas médicas; Estética y reconstructiva; Cuerpos

Abstract

The aim of this article is to analyse the ways in which the processes identified with health, illness and well-being, key to the organisation of western medicine, are brought into play in the specific practice of plastic surgery in the face of the demands made by cis women in the city of Buenos Aires, Argentina. We analyse the general characteristics of this speciality, its main competencies, situations of interference and objectives, as well as the specific clinical and surgical strategies that are put into play in the different consultations. It focuses on the "grey areas" of the approach to serious burns, the demands of women who consult for cosmetic surgery and the cases understood as borderline by doctors, patients and social and prepaid health insurance companies. The theoretical-methodological strategy recovers contributions from science and technology studies. A heterogeneous set of materials is analysed, including interviews with professionals, residency programmes, profiles on social networks, among others.

Key words: Health, disease and well-being of cis women; Plastic surgery in Buenos Aires; Medical practices; Aesthetic and reconstructive; Bodies.

Fecha de recepción: Enero 2023

Fecha de aprobación: Junio 2023

Introducción: definición del problema

El objetivo del presente trabajo es analizar las maneras en las que los procesos identificados con salud, enfermedad y bienestar, claves en la organización de la medicina

occidental, se ponen en juego en el ejercicio concreto de la cirugía plástica frente a las distintas demandas que realizan mujeres cis³ en la Ciudad de Buenos Aires, Argentina. La Cirugía Plástica, Estética y Reparadora es una especialidad médica que aborda un amplio espectro de situaciones que van desde cuadros agudos causados por accidentes hasta demandas de personas que quieren verse y sentirse mejor. Esta especialidad se desempeña en diversos escenarios como guardias hospitalarias, quirófano, consultorios médicos hospitalarios y externos, es decir, emplazados por fuera del sistema formal de salud, por ejemplo, en centros de estética y belleza.

A lo largo del trabajo voy a analizar las características generales de esta especialidad, sus principales competencias, situaciones de injerencia y objetivos, así como las estrategias clínicas y quirúrgicas que se ponen en juego frente a los diversos requerimientos y consultas de mujeres cis. Me interesan especialmente las prácticas médicas que tienen lugar en las demandas que no son identificadas como agudas o patológicas ni como meramente estéticas por parte de los/as profesionales médicos/as. Veremos, por un lado, que en ese tipo de consultas categorías como “bienestar” y “calidad de vida” cobran relevancia. Por otro, que las formas en las que estos tratamientos se financian, sea mediante el sistema público, por obra social o prepaga o de manera privada a través del pago directo del/de la paciente al/a la profesional dan forma a las maneras de definir y tratar esas demandas.

En este trabajo tomo distancia de definiciones apriorísticas respecto de lo que sucede en el campo de la cirugía plástica. Lejos de partir de ideas acabadas sobre lo que son la salud y la enfermedad, me interesa identificar las maneras en las que esas nociones se ponen en juego de manera concreta y situada. Asimismo, tomo distancia respecto de aquellos debates que se propone develar si las cirugías plásticas consisten en la reproducción estereotipos corporales o no (Azuara Pliego, 2009; Bonell et al., 2021; Griffiths y Mullock, 2018) y de las que dan por saldado que el campo de lo estético supone intervenciones más o menos

³ El prefijo “cis” indica lo opuesto a “trans”, o sea, “mujeres cis” son aquellas mujeres que no son trans.

superfluas orientadas, por ejemplo, a la ampliación de capital simbólico (Córdoba, 2010; Davis, 1997; Poli Neto y Caponi, 2007).

Parto de la idea de que el estudio de la cirugía plástica conforma un área rica y compleja (Heyes y Jones, 2009), además de estratégica para indagar en intervenciones médicas que tienen lugar en ámbitos fronterizos respecto de los polos salud/enfermedad. Un interrogante que atraviesa este trabajo tiene que ver con las formas en la que esta especialidad quirúrgica gestiona las diferentes demandas que recibe y el rol diferencial que ocupa el aspecto corporal en el bienestar de las pacientes. Siguiendo lo señalado por Rose (2012), asistimos a tiempos en los que la materialidad de los cuerpos y, más concretamente, la gestión de nuestra dimensión somática ocupa un rol creciente en la producción de salud y bienestar.

Como veremos, lo que los/as médicos/as hacen y dejan de hacer se vincula con las definiciones establecidas por parte de los sistemas de cobertura y financiamiento (sea público, obras sociales, prepagas) respecto de lo que se cubre y lo que no, con las demandas de las pacientes y con las estrategias y definiciones que caracterizan a cada profesional. Estos asuntos no son ajenos a los efectos normativos del género respecto de cómo deben ser los cuerpos de las mujeres cis.

El problema planteado en este trabajo se relaciona con algunas discusiones que han tenido lugar en los estudios sociales sobre medicina y biopolítica, sobre ciencia y la tecnología, así como en las epistemologías feministas. Me interesa recuperar los análisis que refieren al resquebrajamiento de la noción moderna de cuerpo humano y de la estabilidad del binomio salud/enfermedad (Canguilhem, 2011; Lock y Nguyen, 2018; Rose, 2012). La idea de cuerpo como unidad natural biomecánica limitada por la piel (Lock y Farquhar, 2007) que opera como basamento de la medicina ha sido rebasada, primero, por el uso creciente de distintos tipos de prótesis y sustancias que modifican y redefinen funciones anatómicas, aspecto y contornos corporales (Aguilar García, 2008; Calquín Donoso, 2018; Haraway,

1995). Segundo, por la creciente disponibilidad de biotecnologías capaces de incidir en el funcionamiento de mecanismos fisiológicos en una escala molecular (Clarke et al., 2003; Rabinow y Rose, 2006; Rohden, 2014). Finalmente, por aquellas investigaciones que focalizan en la condición heterónoma, inacabada y co-dependiente de los cuerpos humanos (Butler, 2020a; Haraway, 2018; Latour, 2007; Sullivan, 2006). En términos de Haraway podemos pensar a los cuerpos como “nudos generativos materiales y semióticos. Sus fronteras se materializan en interacción social” (1995, p. 345).

Las epistemologías feministas y LGBT, especialmente los estudios trans, han señalado los efectos cishetero-normativos y excluyentes presentes en el supuesto de *tabula rasa* sobre el que se sustenta la idea de cuerpo universal presupuesto por la medicina (Colebrook, 2015; Edelman y Zimman, 2014; Serano, 2016; Stryker, 1994). Como han mostrado diferentes autoras (Butler, 2006, 2007; Fox Keller, 2000; Haraway, 1995), el género en tanto cultura no es independiente del sexo en tanto biología. La materialidad de los cuerpos sexuados resulta de procesos complejos, semióticos, tecnológicos y materiales atravesados por los efectos normativos del género. Entre los numerosos aportes de los estudios trans, me interesa destacar los debates respecto del estatus ontológico y político de las biotecnologías de modificación corporal. Algunos ponen el foco en los efectos nocivos de la patologización de las identidades y cuerpos trans, así como en el uso estratégico y situado de los diagnósticos (Coll-Planas et al., 2013; Edelman y Zimman, 2014; Heyes y Latham, 2018; Suess, 2014). Otros enfatizan en el uso de las biotecnologías de modificación corporal en tanto derecho (Fernández Romero, 2021; Frieder y Romero, 2014). En consonancia con los supuestos que sustentan esta investigación, según estos trabajos, las biotecnologías no sólo tienen un carácter normalizador, sino que también producen posibilidades dependiendo del dispositivo en el que se inscriban (Dellacasa, 2017; Farji Neer, 2020; Santana Jubells, 2019). Su carácter abierto y ambivalente nos enfrenta al desafío de analizar sus usos de manera situada.

Autores/as especialistas en biopolítica (Clarke et al., 2003; Poli Neto y Caponi, 2007; Rose, 2012) han señalado que, en las últimas décadas, el campo de acción de la medicina ha rebasado los polos salud/enfermedad ampliándose hacia ámbitos de la vida como la reproducción, la sexualidad, la nutrición y la estética, modulándolos y optimizándolos. En palabras de Rose (2012), la política vital de nuestra época, en la cual la medicina juega un papel clave, “se ocupa de nuestra capacidad, cada día mayor, de controlar, administrar, modificar, redefinir y modular las propias capacidades vitales de los seres humanos en cuanto criaturas vivas” (2012, p. 25). En el caso concreto de la cirugía plástica, como veremos a lo largo del trabajo, ideas como las de *identificación* y *extirpación* de lo patológico y el *restablecimiento* de, por ejemplo, un tejido o una función corporal, conviven con las de *modificación*, *transformación*, *agradamiento* o *modelación*. Mientras las primeras se organizan de acuerdo a la idea de que lo sano y lo patológico conforman campos estables e identificables, las segundas forman parte de procesos que no pueden limitarse a ese binomio formando parte de un territorio gris vinculado al mejoramiento, realización y bienestar (Rohden, 2017). Los procesos señalados se relacionan también con la reconfiguración de las instituciones médicas, coberturas universales y de los servicios privados, con la transformación de los roles de los/as pacientes, con la emergencia de la figura del “usuario” (Gibbon y Novas, 2008; Pecheny y Manzelli, 2003). Como parte de este mismo proceso Clarke *et al.* (2003) destacan la “*customización*” de tratamientos, es decir, la personalización y estilización de propuestas médicas en relación con las demandas específicas.

Las problemáticas señaladas se entrelazan en las prácticas médicas que tienen lugar en el campo de la cirugía plástica: allí los límites de los cuerpos son evidentemente modificables y la heterogeneidad de las demandas e intervenciones que se realizan exceden con creces las demandas motorizadas por una enfermedad. Como veremos, en este campo médico los contornos corporales son materia privilegiada de intervención en pos de la salud y el bienestar de quienes consultan. En efecto, la estética corporal juega un lugar clave, tanto

cuando se trata de intervenciones de carácter reconstructivo, como en las netamente estéticas. Por ello, los esfuerzos de este trabajo apuntan al análisis de las distintas prácticas que tienen lugar en el abordaje del gradiente de demandas intentando comprender la gravitación de lo estético en ellas (Coll-Planas et al., 2013; Latham, 2008; Sullivan, 2006).

El foco de este trabajo está puesto en lo que ocurre en las distintas prácticas médicas que se ponen en juego en el gradiente de demandas que tienen lugar en los consultorios, es decir, desde aquellas que médicos/as identifican como agudas o patológicas, las netamente estéticas y las que ocupan un lugar “*borderline*”. Me interesan especialmente las estrategias que los/as profesionales traman junto con las pacientes para abordar situaciones en las que los polos salud/enfermedad son difusos. Para desarrollar el objetivo planteado organizo este trabajo en distintos apartados. En el primero, se describen las decisiones teórico-metodológicas en las que se sustenta. Luego, se pasará al análisis y a la presentación de los principales resultados. Finalmente se presentarán las conclusiones generales.

Consideraciones teórico-metodológicas

Haciendo propias algunas premisas de los estudios sobre ciencia y tecnología (STS por sus siglas en inglés), las decisiones metodológicas que dan lugar a este trabajo parten del supuesto de que la realidad de los procesos médicos y corporales como, por ejemplo, aquello que se define como sano o enfermo, así como lo que correspondería a la “dimensión social” de una demanda, no está dada *a priori*. Por el contrario, asumo que su realidad, plural, semiótica y material, se moldea de manera localizada en entramados específicos conformados por agentes humanos (médicos/as, pacientes, funcionarios/as que autorizan o no la cobertura de un determinado tratamiento, anestesistas, entre otros/as) y no-humanos (prótesis, fotografías, toxina botulínica, jeringas, historias clínicas, quirófanos, consultorios, redes sociales, entre otros), artefactos epistemológicos (como diagnósticos), prácticas socio-materiales concretas (como las que tienen lugar en los consultorios) y la proliferación de ontologías corporales múltiples (Ariza, 2016; Mines Cuenya, 2021; Mol, 2002; Mol y Law,

2004). Durante la investigación se detectó que los mencionados agentes se articulan conformando las redes que sostienen el ejercicio de la cirugía plástica (Law, 1998, 2015; Mol, 2010). A lo largo del trabajo intentaré dar cuenta de las distintas relaciones que se establecen entre estos agentes y sus efectos en las formas en las que se atienden las diversas demandas.

El trabajo de campo fue guiado por un ejercicio de “atención etnográfica” (Ariza, 2016; Hidalgo y Stagnaro, 2016), es decir, agudizando la sensibilidad para detectar los tipos de agentes que gravitan con mayor intensidad en el campo de la cirugía plástica dando forma al problema planteado. Ese ejercicio me llevó a la detección, elaboración y selección de una serie de materiales heterogéneos, a saber: entrevistas en profundidad a ocho médicos/as especialistas en Cirugía Plástica, Estética y Reparadora entre 2020 y 2022, registros de observación de cinco servicios en los que los/as profesionales se desempeñan, cuatro programas de residencias en cirugía plástica (Hospital Nacional Posadas, Hospital Alemán, Hospital Italiano y Hospital de Clínicas), registros de la observación de redes sociales utilizadas por los/as profesionales para difundir su actividad médica, materiales como encuestas, videos, programas de cursos, entre otros, que se proveen desde las tres asociaciones médico-científicas referenciadas por los/as entrevistados/as, es decir, la Sociedad Argentina de Cirugía Plástica, Estética y Reparadora (SACPER), la Sociedad de Cirugía Plástica de Buenos Aires (SCPBA) y la Sociedad Internacional de Cirugía Plástica Estética (ISAPS por sus siglas en Inglés).

Los/as entrevistados/as se desempeñan en servicios ubicados en la Ciudad de Buenos Aires, en todos los casos dedican parte de su trabajo a la atención privada en consultorios particulares. En más de la mitad de los casos dividen su trabajo con el sector público. La parte restante trabajó en el sector público en el pasado. Se buscó heterogeneidad en términos de edades y trayectorias profesionales, así como de identidades sexo-genéricas. El contacto con los/as entrevistados/as se realizó a través de la técnica “bola de nieve” y a

través del contacto directo mediante los datos publicados en la página web de la SACPER. En las entrevistas se buscó que médicos/as describiesen con el mayor detalle posible su quehacer cotidiano en los servicios en los que se desempeñan y desempeñaron. Las entrevistas fueron transcritas y enviadas a entrevistados/as para su revisión y consentimiento respecto de su uso con fines investigativos. La totalidad estuvo de acuerdo sin realizar cambios.

La estrategia de análisis de esos materiales se configuró en base a los antecedentes bibliográficos, al trabajo de campo y, específicamente, a las particularidades y formas de agencia específicas de los distintos materiales producidos y recolectados. Se orientó por la exploración del funcionamiento de los pares salud/enfermedad, bienestar/malestar, cirugía estética/reparadora, cuerpo natural/artificial, lindo/feo, joven/viejo, prácticas médicas protocolares/artesanales. También se prestó especial atención a las maneras en las que las diferentes formas de financiamiento dan forma a lo que sucede en los consultorios.

Análisis

El campo de la Cirugía Plástica, Estética y Reparadora en Buenos Aires: efectos de la distinción entre “reconstructivo” y “estético”

En Argentina el nombre completo de la especialidad es Cirugía Plástica, Estética y Reparadora. Se trata de una especialidad “postbásica”, o sea, su formación requiere de la formación en medicina, en cirugía general y, finalmente, en cirugía plástica. Como se señala en el programa de la residencia en Cirugía Plástica, Estética y Reparadora del Hospital Nacional Posadas (2014) “el alcance de la Cirugía plástica en la actualidad es vasto y pluritemático”. En efecto, quienes realizan la especialidad se preparan para el abordaje de una amplia variedad de situaciones respecto de su gravedad, del motivo de la demanda, del tipo de equipo técnico que requiere y también de la parte del cuerpo en la que se va a intervenir.

En los programas analizados se destaca la magnitud de las horas dedicadas a la realización de prácticas en quirófanos. Se trata de una especialidad principalmente práctica y quirúrgica que, sin embargo, requiere de habilidades clínicas como las vinculadas a la relación médico-paciente, al desarrollo de la entrevista clínica y a la comunicación en general. Según los programas, los ámbitos en los que los/as residentes circulan son consultorios externos, salas de internación, guardias médicas y quirófanos. Como veremos más adelante, a éstos debemos sumarles las redes sociales en las que médicos/as presentan y ofrecen sus servicios.

En el programa de la residencia del Hospital Alemán (s.f.) se indican tres aspectos que distinguen a esta especialidad:

La Cirugía Plástica [se encarga] de la corrección de las alteraciones estéticas y funcionales originadas en problemas estéticos, congénitos, hereditarios, degenerativos, tumorales, traumáticos y neurológicos. [...] Tiene varias características que la distinguen de otras áreas de la Cirugía. En primer lugar, abarca no sólo la cirugía estética, sino también la cirugía reconstructiva, que muchas veces es más demandante técnica y científicamente. En segundo lugar, no tiene localización anatómica establecida [...], convirtiéndose en una especialidad global [...]. Finalmente, esta Especialidad como ninguna otra, pone a prueba la imaginación y creatividad del cirujano [...], convirtiéndola en una de las áreas más dinámicas de la cirugía (destacados agregados).

Además de la mencionada amplitud y heterogeneidad de situaciones frente a las que esta especialidad puede intervenir, en la cita se destacan la diferenciación entre cirugía reconstructiva y estética y la imaginación y creatividad como virtudes de cirujano/a. Como veremos, la diferenciación entre reconstructiva y estética atraviesa y tensiona parte de lo que sucede en el ejercicio de esta profesión. Respecto de los objetivos específicos de cada una,

en el programa de la residencia del Hospital Nacional Posadas (2014) se afirma que la cirugía reconstructiva

Reconstruye defectos congénitos, lesiones o heridas provocadas por traumatismos, postquirúrgicas, secundarias a patologías previas, tumorales, quemaduras y tiene como finalidad recuperar o restablecer función y apariencia alterada. De esta manera se busca la mejoría en la calidad de vida del paciente y su vida de relación familiar y/o social (destacados agregados).

Por el lado de la cirugía estética, el mencionado programa indica que ésta se focaliza en la modificación de “aspectos del contorno corporal relacionados a rasgos faciales, corporales o relacionados con el paso del tiempo. Tiene como finalidad mejorar la imagen corporal del paciente y obtener embellecimiento”. La rama reconstructiva se propone la recuperación o el restablecimiento de funciones y apariencias alteradas, objetivos que, a su vez, los/as médicos/as entrevistados/as reconocen como propios de la medicina.

Este tipo de intervenciones, como se manifiesta en una de las entrevistas citadas a continuación, los/as hace “sentir médicos”:

La diferencia principal está en la satisfacción que te genera. Es muy gratificante poder hacer cirugía reconstructiva. Cuando operas a un nenito con labio leporino, la cara de satisfacción de los padres cuando lo ven operado, o un quemadito, cuando le devolvés la función de un brazo que no lo podía extender. O un accidente de tránsito cuando viene derivado de otro lado diciéndole que le tienen que cortar la mano y se va con la mano enterita y funcional. Eso es muy gratificante, pero ingrato económicamente (Cirujano 6).

La cirugía reconstructiva te hace sentir médico. Yo soy un cirujano plástico que maneja las dos especialidades. Ahora, hay mucha gente que hace solamente cirugía estética, que es de la que se puede vivir. Son médicos que acaban siendo esteticistas, es mucho más fácil y económicamente rinde más, no les interesa aprender el manejo de

un colgajo, de un injerto, de un quemado, de una escara, de una úlcera. [...] Esas son cirugías complejas, distintas, más desafiantes y gratificantes. Sentís que estás devolviendo algo (Cirujano 5).

Según los relatos médicos, la cirugía reconstructiva *devuelve algo*, por ejemplo, el cerramiento que debían tener las cavidades, como en el caso del labio leporino, la capacidad de movimiento de un brazo o una mano que estaba en riesgo. La cirugía es una respuesta a una situación no deseada, que en la mayoría de los casos se debe a un accidente desafortunado. Se trata de cirugías complejas y técnicamente demandantes que suelen requerir de la disponibilidad, por ejemplo, de bancos de tejido y salas de internación. En su mayoría se realizan en hospitales públicos y lo que se paga en términos de honorarios es, según dicen, poco. Sin embargo, el “desafío técnico” que suponen y el reconocimiento por parte de los/as pacientes las hacen gratificantes.

Los ejemplos recién mencionados se encuadran dentro de lo que médicos/as y los sistemas de financiamiento de prestaciones en salud entienden como casos propios de cirugía reconstructiva. Lo reconstructivo opera como una especie de metonimia respecto de los casos que engloba. Pues, en principio, esta rama de la cirugía se aboca a la reparación de la funcionalidad de los cuerpos, labor que no remite discusión respecto de su necesidad y por lo tanto respecto de su cobertura. Forman parte indiscutida de la canasta de prestaciones que todos los sistemas deben cubrir. Sin embargo, como iremos viendo, son varios los elementos que hacen que estas divisiones resulten opacas, incluyendo los bajos honorarios que provocan que médicos/as opten por dedicarse a la cirugía estética en ámbitos privados.

Entre los cuadros críticos que la cirugía plástica aborda se encuentran los/as pacientes que han sufrido quemaduras en más de un 20% del cuerpo. Esos casos son llamados “gran quemado”. Se trata de casos sumamente delicados, que implican riesgo de vida y que requieren numerosas y diversas intervenciones. En la atención urgente de la persona que sufrió quemaduras participan profesionales de distintas especialidades como

terapistas, anestesiólogos/as, enfermeros/as, dermatólogos/as, infectólogos/as, psiquiatras entre otros/as. En esas intervenciones se utilizan salas de baño en las que se refriega y limpia la zona quemada para sacar los tejidos muertos, artefactos como bisturí manual y/o electrónico, injertos provenientes de bancos de tejidos, camas hiperbáricas (utilizadas para oxigenar los tejidos), ungüentos y cremas con distinto tipo de componentes y funciones, materiales que aíslan la piel como el PVC, entre otros artefactos. O sea, el abordaje de una persona quemada requiere de un dispositivo médico denso y complejo. Cuando se logra que los/as pacientes sorteen el momento agudo de la quemadura, son pasados/as a una etapa de cuidados intensivos y, luego, a un seguimiento ambulatorio. La etapa de cuidados intensivos y la de atención ambulatoria involucran actores como trabajadores/as sociales, aseguradoras de riesgo del trabajo, asistencia social de distinto tipo, asistencia psicológica, ropas especiales, medicamentos para el dolor, entre otros. Según lo manifestado por los/as cirujanos/as, se trata de pacientes que, en caso de sobrevivir a las primeras etapas, se convierten en pacientes crónicos que necesitan asistencia constante de distinta índole.

Las causas más frecuentes de quemaduras están vinculadas con accidentes laborales y domésticos y con situaciones de violencia, especialmente de género. Los accidentes afectan principalmente a operarios/as de distinto tipo de ramas industriales, trabajadores/as que se desempeñan en contextos precarios y peligrosos y/o personas que viven en lugares donde las instalaciones de cocina y/o calefacción no cuentan con las medidas de seguridad necesarias. Los accidentes domésticos afectan principalmente a niños/as. Por su parte, las situaciones de violencia de género impactan principalmente en la salud de mujeres cis y trans.

Los programas de formación analizados suponen el aprendizaje del “manejo del quemado”. En efecto, buena parte de las prácticas de formación se vinculan con la atención de accidentes y quemaduras de distinto nivel de gravedad. Sin embargo, a partir de lo que puede apreciarse en las páginas webs de las asociaciones profesionales como SACPER y

SCPBA como de las entrevistas, la atención de quemados/as ocupa un lugar marginal en los quehaceres de la Cirugía Plástica, Estética y Reconstructiva en tanto especialidad.

Las páginas webs de inicio de las dos asociaciones mencionadas tienen fotos, frases e información que remiten a intervenciones estéticas que tienen como destinatarias a mujeres cis, blancas y jóvenes. La información referida a la atención de pacientes que han sufrido quemaduras está asociada principalmente a la descripción de la especialidad en abstracto y a cursos específicos. Eso contrasta con la facilidad con la que se encuentra la descripción de los procedimientos quirúrgicos y no quirúrgicos englobados como “estéticos”. En las entrevistas, médicos/as señalan que son pocos/as los/as profesionales y las instituciones que se dedican a la atención de pacientes quemados/as.

Son muy pocos los que hacen quemados en el país, porque es una subespecialidad realmente compleja en la que necesitas mucha infraestructura, mucha especialización, mucho trabajo multidisciplinario y, además, está muy mal pago. [...] La mayoría de los pacientes quemados sufren mucho, esa es la verdad, son personas a las que le cambia la vida en un segundo y pasan de ser una persona activa, vital, joven, a ser un inválido, desagregado por la sociedad, porque lo miran como un bicho raro. Desde nuestra parte, lo que se prioriza es salvarlo y, después, darle calidad de vida, o sea, devolverle la función y, si se puede, la estética (Cirujano 4).

Médicos/as describen el procedimiento de atención de pacientes quemados/as agudos en etapas progresivas: lo primero es salvarle la vida, lo segundo es intentar devolver la función de los miembros afectados y “si se puede” la estética. Sin embargo, como se ve en la entrevista citada abajo, cuando describen el trabajo concreto en el quirófano los límites entre salvar la vida, restablecer la función e intervenir en lo estético se vuelven más difusos tanto en términos técnicos como terapéuticos:

La consigna es primero la vida, después la función y por último la estética. Es así. O sea, me quemo la mano, lo primero es que la mano funcione, que pueda escribir y

moverla. Y después la estética. Pero en general se trabaja con todo al mismo tiempo. No es que uno hace sólo una cosa... si haces un injerto lo haces con fin estético, aparte darle funcionalidad a la mano. Vos le salvas la vida, lógico, pero mientras tanto el mismo equipo médico va haciendo un injerto delicado, suturado para que estas comisuras se puedan articular después porque la persona... uno tiene que ayudarla a que se reinserte en la sociedad de la misma forma en la que estaba o mejor (Cirujana 3).

En el abordaje quirúrgico de los/as pacientes quemados/as, la distinción que ubica a lo estético en un lugar de exterioridad, como algo accesorio no funciona de manera acabada. Una buena intervención médica es la que logra resultados positivos en términos de vitalidad, funcionalidad y estética. En el caso de las quemaduras, las intervenciones estéticas buscan *recomponer* el aspecto de quien ha sufrido un accidente. La distinción reconstructivo/estético opera de manera taxativa cuando se trata de arbitrar respecto de la financiación de las intervenciones posteriores a las cirugías que tuvieron lugar luego del accidente, enfocadas en la sobrevivencia y preservación de la funcionalidad corporal en términos estrictos. Para las intervenciones que podrían tener lugar con posterioridad, focalizadas en complementar y mejorar lo realizado en cirugías previas, los sistemas de financiamiento de las prestaciones de salud establecen de antemano que se trata de intervenciones de menor relevancia médica respecto de las que se enfocaban en restablecer una función. La arbitrariedad de la distinción deja a estos/as pacientes frente a la única posibilidad de costear las intervenciones “estéticas” de manera particular, independientemente de las circunstancias en las que tuvo lugar la quemadura. Esto, tal como se señala en la entrevista que cito abajo, tiene efectos perjudiciales evidentes para quienes han sufrido quemaduras:

El paciente quemado es muy particular. En su mayoría es gente común y corriente, trabajadora, que tuvo la desgracia de sufrir ese episodio... Hay que ayudarlo como se pueda y la triste verdad es que el sistema no le va a dar nada. Algunos juntan plata y

se pueden hacer algún láser, pero la parte estética queda abandonada... Vos sabés que contra la obra social no van a poder (Cirujano 4).

La falta de reconocimiento de la relevancia de lo estético en caso de quemaduras por parte de los sistemas de financiamiento de las prestaciones en salud resulta contrastante respecto de lo que sucede en el abordaje de mujeres cis a quienes les practicaron distintos tipos de mastectomías, es decir, la extirpación quirúrgica total o parcial de la mama como parte de un tratamiento oncológico. Tal como se señala en la entrevista que cito a continuación, en esos casos los sistemas de financiamiento garantizan los costos de la reconstrucción de la mama e, incluso, paga bien por ese tipo de intervenciones:

Cuando se trata de cirugías reconstructivas vinculadas a causas oncológicas, como el cáncer de mama, la cobertura es del 100%. La obra social o la prepaga la verdad que cubre todo. Algunas cosas son más complejas, quizás no es tan fácil que se reconozca la compra de la prótesis o que se compre la mejor. A eso a veces hay que pelearlo, pero generalmente sale. La parte de la cirugía reconstructiva la cubre perfectamente (Cirujano 6).

Resulta paradójico pensar que una mujer que sufrió una quemadura grave, sea por un accidente o por una situación de violencia, no contará con la cobertura de las intervenciones estéticas que le permitan restaurar al menos en parte su aspecto corporal. Por el contrario, una mujer que perdió las mamas como parte del tratamiento contra el cáncer sí podrá acceder a la reconstrucción de las mismas. Tal como señalan Coll-Planas et al. (2013), el tratamiento oncológico supone la extirpación del tejido mamario. La reconstrucción no se vincula al tratamiento de una patología, sino con bienestar psíquico y emocional de esa persona, dando cuenta que el aspecto estético, al menos en este caso, no es tan accesorio ni banal. No parece aventurado pensar que en la arbitrariedad de estas distinciones operan aspectos normativos vinculados al género y la clase (Martin, 2006; Mines Cuenya, 2021; Rohden, 2003). ¿Acaso lo estético no tiene que ver con la salud? ¿Cómo determinar cuáles

son las intervenciones estéticas que deben ser garantizadas y cuáles no? Según lo que señalan los/as médicos/as entrevistados/as, las mamas serían algo constitutivo de las mujeres cis, o sea, parte de lo que las hace tales. Siguiendo la lógica de estas distinciones, las mujeres cis pueden vivir con las huellas de las quemaduras, sin importar lo profundas que sean, no sin mamas. La arbitrariedad de estas definiciones menosprecia la relevancia de la estética corporal en relación con la calidad de vida. A su vez, coarta la posibilidad de que las herramientas que podrían mejorar las condiciones de vida de las que dispone la cirugía plástica sean aprovechadas por las personas de menor poder adquisitivo, que vienen en situaciones de precariedad de distinto tipo y/o que atraviesan situaciones de violencia de género.

La cirugía estética y búsqueda de bienestar por parte de las mujeres cis.

Como vimos, la cirugía estética es la rama que se focaliza en la *modificación* de distintos aspectos del contorno de los cuerpos y que “tiene como finalidad *mejorar* la imagen corporal del paciente y obtener embellecimiento” (Hospital Alemán, s.f. destacado agregado). Las encuestas de la ISAPS (2018 y 2021), la bibliografía (Bonell et al., 2021; Camargo Arias et al., 2015; Rohden, 2017) y los/as médicos/as entrevistados/as coinciden en que las mujeres cis son, por lejos, quienes más solicitan este tipo de intervenciones.

En la última encuesta de la ISAPS (2023) se afirma que los procedimientos estéticos han aumentado a nivel global en un 19,3% respecto de 2020. Eso quiere decir que en 2021 se han llevado adelante más de 12,8 millones de procedimientos quirúrgicos y 17,5 millones de procedimientos no quirúrgicos. Desde hace una década, Argentina se encuentra entre los diez países en los que más se realizan procedimientos de cirugía estética (ISAPS, 2018). Entre las intervenciones quirúrgicas más solicitadas se encuentran la liposucción, el aumento de busto y el levantamiento y aumento de glúteos, las rinoplastias, las cirugías de párpados y la abdominoplastia, es decir, la reconstrucción de la pared abdominal. Entre los no quirúrgicos encabezan la lista el modelamiento del cuerpo y el tratamiento de los llamados

surcos del rostro mediante uso de toxina botulínica –conocida como botox–, el uso de ácido hialurónico, la depilación definitiva, el estiramiento de la piel y la reducción de grasa (ISAPS, 2023).

En las entrevistas, médicos/as han destacado que, a partir de las restricciones en la presencialidad debidas a la pandemia de Covid-19, aumentaron de manera considerable el uso de redes sociales. Como se señala en la entrevista que cito abajo, en las redes sociales es posible encontrar información específica respecto del tipo de médico/a, su estilo e impronta profesional:

Las pacientes vienen con conocimiento de lo que una transmite a través de las redes. Yo trato de mostrarme cómo soy, desacartonada. Trato de mostrar eso. La paciente ya sabe lo que va a encontrar, no va a encontrar una toda emperifollada, pero sí a alguien que adentro del quirófano le va a agarrar la mano o a hacerle un mimito en la cara antes de que la duerman. Entonces son esos gestos, que me parecen tan importantes como la cirugía en sí, los que trato de dar a conocer en las redes (Cirujana 7).

Las redes, especialmente Instagram, funcionan como una especie de vidriera desde las que los/as profesionales editan y muestran detalles de los procedimientos estéticos que ofrecen a través de textos, fotos y videos cortos. No he identificado la difusión de procedimientos reconstructivos en redes sociales. Lo que abundan son las imágenes de personas antes y después de las intervenciones estéticas, sean de rostro, mamas, abdomen o glúteos, materiales que refieren a la bioseguridad de las intervenciones y a las implicancias y cuidados necesarios en la etapa postquirúrgica. O sea, se difunde información concisa y detallada respecto de lo que conllevan los procedimientos más solicitados.

Como se señaló anteriormente, los procedimientos estéticos quirúrgicos suelen ser más simples que los reconstructivos. Además, al no ser reconocidos por parte de los sistemas de financiamiento (salvo en algunos planes muy caros de medicina prepaga), los escenarios

en los que tienen lugar las intervenciones estéticas se simplifican. Las intervenciones no quirúrgicas se realizan en consultorios y las quirúrgicas en los quirófanos de hospitales o clínicas privadas en las que los/as profesionales trabajan o que alquilan para operar. En estos casos, el equipo que acompaña al/a la cirujano/a plástico se reduce al instrumental quirúrgico, los elementos y sustancias necesarias para llevar adelante la intervención, el equipo profesional que participa del quirófano cuyo involucramiento con la paciente se limita a la cirugía. Buena parte de los procedimientos más comunes no requieren de internación posterior. Cuando es necesaria, la permanencia en las instituciones hospitalarias se limita al mínimo posible.

Como veremos en la entrevista que se cita abajo, las intervenciones estéticas son buscadas por las pacientes y la opción por su realización se asocia a elecciones aparentemente simples y livianas, que están al alcance de la mano, que suponen un camino despejado en pos de la mejora del bienestar. Un aspecto que distingue a este tipo de demandas es que se financian prácticamente en su totalidad de manera particular, es decir, las interesadas deben abonar por su cuenta los costos de instrumentos, prótesis, uso de quirófano y honorarios profesionales. El moldeamiento corporal para adecuar el cuerpo con el deseo, supone un proceso clave en la producción de ese bienestar (Rohden, 2017; Rose, 2012), es decir, se trata de un bienestar enraizado en la materialidad corporal, un bienestar somático. Asimismo, supone una intervención que tiene lugar en un contexto caracterizado como exigente respecto del aspecto de las mujeres cis (Bordo, 2001; Córdoba, 2019; Latham, 2008).

La cirugía estética modifica cosas que se pueden modificar. Es como que uno quiera que esa puerta sea rectangular, entonces tengo que hacer de la puerta redonda una puerta rectangular. ¿Y está mal la puerta redonda? No, no está mal, pero a mí me gusta rectangular. Y eso se puede lograr. ¿Es una enfermedad? No, pero va a satisfacer una necesidad de la paciente, que no quiere la puerta redonda. ¿La vejez

es una enfermedad? No, pero la gente no se quiere ver vieja. La mujer se concibe con mamas, siempre quiso tener mamas más grandes. Hoy en día se tiene la posibilidad de elegir. A las mujeres la sociedad les exige mucho y hoy tienen la posibilidad de transformar su cuerpo como lo sienten. No es una patología. Puede ser una necesidad que querés satisfacer, un gusto que te querés dar o ser una forma de adaptarte. Nuestra sociedad tiene muchas cargas sociales. Entonces, si querés vivir acá y te querés sentir pleno, tenés la posibilidad de cambiar cosas estéticas que te hagan sentirte mejor. No es una cuestión estética, es una cuestión de calidad de vida, de sentirte bien en el medio en el que vos querés sentirte bien. Yo creo que eso sienten la mayoría de las mujeres a las que he atendido (Cirujano 8).

Las intervenciones estéticas no remiten a las ideas de desafío técnico y reconocimiento con las que médicos/as caracterizan la atención de pacientes en el marco de cirugías reconstructivas. Remiten más bien a la idea de elección personal y de mejora en la calidad de vida. El moldeamiento estético del cuerpo en relación con el deseo es experimentado por médicos/as como un proceso de afirmación por parte de sus pacientes. Se trata de una opción afirmativa que mejora el bienestar, la autoestima y la seguridad en sí mismas. De esta manera, el bienestar se presenta como un proceso o búsqueda individual que no es independiente de las “expectativas sociales” del medio en el que viven.

El cambio de una chica que se puso prótesis es impresionante, después de la operación vuelven totalmente distintas. Vienen con más seguridad. También las que se operan las narices. Yo hago muchas narices y la verdad que los mensajes de alegría que me llegan después son divinos. [...] Las pacientes llegan al consultorio planteando lo que quieren, sin rollos. Además, antes de las consultas hay un contacto previo a través de las redes sociales, eso ayuda (Cirujano 6).

Esta mañana vi a una paciente que le diagnosticaron Parkinson, 65 años, maestra de escuela. ¿Qué dijo? "Lo que me quede, lo voy a invertir en mí". Se hizo un lifting, se

hizo un levantamiento mamario, se puso prótesis, está muy contenta, feliz, ¿eh? Pudiendo disfrutar del día a día. Y su Parkinson sigue evolucionando. Yo veo que cada vez le cuesta más desprenderse la blusa, pero se nota que las intervenciones le dieron ganas de vivir y a eso no se lo quita nadie (Cirujana 1).

Según médicos/as, las pacientes que se ponen en contacto buscando algún tipo de intervención estética son decididas y están informadas. Se trata de pacientes capaces de manifestar lo que quieren y cómo lo quieren. Pagar de manera directa por el servicio, sumado a las posibilidades exploración y contacto previo, pone a las pacientes en posición de negociación, les da margen para elegir, para pedir y también para optar por continuar o no con ese/a profesional luego de la primera entrevista (Latham, 2008). Además, los márgenes de negociación y elección por parte de las pacientes pone a médicos/as frente a la necesidad de ser más rigurosos, empáticos y sensibles a la hora de ofrecer y definir qué es lo adecuado en relación con cada paciente, de afinar y adecuar la información y el trato brindado.

Lo artesanal del quehacer médico frente a las demandas *borderline* que realizan mujeres cis

En este último apartado analizo las estrategias de abordaje que médicos/as se dan frente a las consultas de mujeres cis que presentan situaciones entendidas como *borderline*. *Borderline* es una categoría que utilizan los/as médicos/as para referirse de manera coloquial a los casos en los que las fronteras entre lo reconstructivo y lo estético es opaca. Como se presenta en la entrevista que cito abajo, se trata de consultas motivadas por un malestar, disgusto, ganas de estar mejor cuya posible solución se vincula con la modificación del aspecto corporal:

Hay muchas consultas que son *borderline*. Por ejemplo, la atención a una paciente post-bariátrica que perdió 60 kilos que tiene piel sobrante por todos lados, ¿es estético o reconstructivo? Una mujer con mamas muy grandes que le generan dolor de espalda, cervicalgias severas o que todos los días para poder vestirse tiene que usar

corpiños que le marcan la espalda y los hombros por el peso que tienen, ¿es estético o reconstructivo? O chicas que nacen con mamas distintas, una mucho más grande que la otra. Son situaciones muy desafiantes (Cirujano 6).

Se trata de consultas en las que la distinción apriorística entre sano y patológico, funcional y disfuncional estético y reconstructivo no resulta evidente para médicos/as ni pacientes. Sin embargo, que la demanda se defina de una manera u otra va a determinar su cobertura por parte de los distintos sistemas de financiamiento de las prestaciones en salud. Por ello, esta zona de grises dispone a la contienda entre pacientes y sistemas de financiamiento, en la que médicos/as pueden jugar de diferentes formas. En efecto, frente a estas demandas los/as médicos/as no disponen de recetas que estipulen procedimientos de manera taxativa. Como se señala en la entrevista que se cita abajo, las pacientes pondrán en juego distintas herramientas, entre ellas la patologización, es decir, la insistencia en encuadrar lo que las afecta como una patología o dolencia apostando así a la presentación de demandas que resulten legítimas para exigir la cobertura.

Cuando se quieren operar y por algún motivo la obra social no se lo cubre entonces ellas tratan de plantearte que hay un trauma, que no es una cuestión estética, entonces se magnifican los síntomas que a veces puede ser, pero muchas veces no es así (Cirujano 5).

Como se señala en la entrevista cito abajo, este escenario abierto convoca a médicos/as a actuar como gestores/as, como agentes médico-administrativos que tienen poder, aunque limitado, para inclinar la balanza respecto de lo que obras sociales y prepagas reconocen o no. El desempeño de ese rol quedará a merced de la voluntad del/de la profesional, de las características y requerimientos técnicos de la intervención y de la capacidad de las pacientes para persuadirlos/as.

Hay situaciones, sobre todo después de la pandemia, en las cuales las prepagas no quieren reconocer cosas que sí tendrían que reconocer, que muchas veces

reconocían. Son cuestiones administrativas con las que tenemos que lidiar de manera permanente. En muchos casos de eso depende que se realice una cirugía (Cirujana 7).

Una vez que se salda la contienda entre cobertura sí o no, resta ver cuáles son las condiciones en las que se realiza esa cobertura. Allí se abre otro espectro de negociaciones posibles. Por ejemplo, una cirugía de levantamiento de párpados, puede justificarse en que el párpado caído dificulta la visión. En el caso en el que la paciente quiera avanzar para, por ejemplo, “corregir las bolsas”, puede acordar un pago complementario con el/la profesional. Otro ejemplo son las demandas de mujeres que tienen mamas muy grandes cuyo peso provoca distintos tipos de malestares. La reducción de las mamas, según manifiestan cirujanos/as, supone una intervención compleja y riesgosa, que implica un tiempo prolongado en quirófano y, además, un intenso proceso postquirúrgico. En esos casos, la cobertura suele ser reconocida por los sistemas de financiamiento, el problema es cómo se la reconoce. Según manifiestan médicos/as, los honorarios asignados son tan magros que la mayoría se rehúsa a operar dejando a las pacientes por su cuenta.

Un caso en el que es delicado el equilibrio entre lo que se cubre y lo que no es la gigantomastia, o sea, la mama muy grande. Que lo cubra o no va a depender de la voluntad de la cobertura que tenga. Muchas veces pasa que la obra social lo autoriza, pero el médico no acepta porque los honorarios son muy bajos y es una cirugía importante, grande, de alto costo, de alto riesgo. Entonces la paciente viene contenta queriendo operarse, que la obra social le dijo que sí, que la cubre, pero no consigue cirujano. Hay cirujanos que no hacen esa cirugía, que dicen “prefiero poner dos prótesis y no achicar una mama” (Cirujana 1).

Aparece de nuevo la paradoja respecto de los modos en los que la cirugía plástica y los sistemas de financiamiento reconocen y gestionan las intervenciones vinculadas a las mamas. Según médicos/as, la reducción mamaria supone una cirugía compleja, no sólo por

sus requerimientos técnicos, sino porque su financiamiento ha de ser tema de disputa. Mientras que la reconstrucción de mamas extirpadas por cuestiones de salud es rápidamente reconocida y bien remunerada. Pues bien, podemos decir que algunas decisiones respecto del propio cuerpo, particularmente respecto de las mamas, se toman en contextos “desigualmente pavimentados”, que hacen que algunas decisiones sean más cuesta arriba que otras (Butler, 2020b).

Por último, voy a analizar un tipo de demanda que desafía de otra manera las definiciones apriorísticas respecto del bienestar y el malestar, de lo médicamente necesario, lo legítimo y lo superfluo que modelan lo que sucede en el campo de la cirugía plástica. Me refiero a la atención de pacientes que, según médicos/as “tienen problemas psicológicos”, son “excesivamente perfeccionistas” y/o “vienen con un trauma”. Se trata de pacientes que generalmente financian este tipo de intervenciones de manera particular, que se han sometido a numerosas operaciones y que requieren de nuevas intervenciones para mejorar algún aspecto que entienden como mejorable.

Te das cuenta si la paciente viene con algún tipo de problema psicológico, con un trauma psicológico importante. O pacientes que han sido operadas múltiples veces. [...]. Si vos me decís “¿cómo las detectás?” No sé cómo, pero las detecto. Cuando tenés experiencia te das cuenta. Y tratás de no avanzar. Cuando vienen con expectativas desmedidas o exceso de perfeccionismo. Son pacientes complicadas. Trato de no aceptarlas. ¿Cómo hago para no aceptarlas? Es muy difícil decirle que no. Entonces, la manera que tengo de no involucrarme es pasarle honorarios altísimos (Cirujano 5).

En las entrevistas, médicos/as afirman de manera general que se trata de pacientes que atraviesan algún tipo de malestar o dolencia, pero que esta posiblemente no se solucionaría con una nueva intervención estética. Frente a estos casos, en los que el malestar resulta evidente para los/as profesionales, la alternativa más estratégica es no involucrarse.

Pues, nada parece haber comprometido a ese/a profesional con esa paciente que saldrá del consultorio sin mucho más que una negativa frente a su demanda.

Como vimos, los consultorios privados de cirugía plástica cuentan con un dispositivo de atención acotado, orientado para sostener el contrato económico y de confianza a partir del cual se llevarán adelante las modificaciones en los cuerpos de las pacientes. Las situaciones como las arriba descritas en las que aparecen “traumas”, por más importante que parezcan, no serán traducidas como algo de la competencia de la cirugía plástica. Por más que ese malestar aparezca en esos consultorios, las estrategias médicas tienden a la evasión. La práctica de la cirugía plástica estética en ámbitos privados no cuenta con herramientas clínicas ni recursos interdisciplinarios que les permitan, si quiera, pensar este tipo de consulta como algo distinto a un inconveniente.

Conclusiones

A lo largo del trabajo se analizaron las maneras en las que los procesos identificados con salud, enfermedad y bienestar, claves en la organización de la medicina occidental, se ponen en juego en el ejercicio concreto de la cirugía plástica frente a las demandas realizadas por mujeres cis en la Ciudad de Buenos Aires, Argentina. Para ello, se analizaron tanto las características generales de esta especialidad, sus principales competencias, situaciones de injerencia y objetivos, así como las estrategias clínicas y quirúrgicas concretas que se ponen en juego en los distintos tipos de requerimientos y consultas que realizan las mujeres cis.

El artículo estuvo atravesado por el especial interés respecto de los “grises”, las incongruencias y ambivalencias que atraviesan a las definiciones apriorísticas sobre lo sano y lo patológico, lo médicamente necesario y lo superfluo tienen lugar tanto en las consultas identificadas como reconstructivas, en las estéticas, como en aquellas que se entienden como *borderline*. Se describieron distintos tipos de dispositivos clínicos, la variedad de las prácticas médicas que se ponen en juego frente las diversas consultas y demandas haciendo foco en las zonas de ambigüedad en las fronteras entre lo reconstructivo y lo estético. Concretamente,

se indagó en el abordaje de las personas que sufren quemaduras graves, en las mujeres cis que demandan por cirugías estéticas y en los casos entendidos como *borderline* por médicos/as, pacientes y obras sociales y prepagas.

A modo de conclusiones podemos afirmar, primero, que el sistema de financiamiento de las prestaciones de salud gravita intensamente en la configuración de dispositivos clínico-quirúrgicos, en las respuestas terapéuticas y en las maneras en las que se definen las necesidades y demandas de las mujeres cis. La forma en la que gravita está atravesada por cuestiones de clase y género. Por ejemplo, no reconocen la relevancia de lo estético en la recuperación de personas que han sufrido quemaduras graves. Frente a esa negativa, médicos/as intentar intervenir, administrando las pequeñas posibilidades que se abren en la práctica para maximizar los efectos estéticos. Pues, en la atención concreta de estos casos, las fronteras entre lo reconstructivo y lo estético flaquea.

Segundo, pudimos identificar que las intervenciones reconstructivas, entendidas como médicamente relevantes, presuponen la *recuperación* o el *restablecimiento* de una función. Es decir, se trata de intervenciones que devuelven algo que había, prefigurando un punto cero del cuerpo. Por el contrario, las intervenciones estéticas implican *modificaciones* y *mejoramiento*, o sea, un proceso productivo y creativo que efectivamente transforma a los cuerpos.

En tercer lugar, podemos decir que las intervenciones identificadas como netamente estéticas se gestionan de manera privada y particular entre médicos/as y pacientes. En estas situaciones, las redes sociales juegan un papel clave. Se trata de dispositivos en los que médicos/as ofrecen información sobre intervenciones corporales que, según dicen, mejoran de la calidad de vida de las mujeres que las demandan. Se trata de mujeres decididas, informadas, que tienen el poder adquisitivo para costear por su cuenta estos procedimientos, que buscan a un/a profesional que las satisfaga y que vivencian sus cuerpos individuales como escenarios de realización y bienestar.

En cuarto lugar, podemos señalar que en los consultorios abundan casos que no se encuadran en los términos en los que la cirugía plástica y los sistemas de financiamiento distinguen de manera apriorística las demandas. En ese marco, por un lado, proliferan las instancias de negociación respecto de la cobertura y de los modos en los que se va a definir la consulta (si se encuadra o no como una patología, por ejemplo). Por otro lado, hemos analizado situaciones en las que médicos/as que se desempeñan en consultorios privados identifican algún tipo de problemática, pacientes que tienen “un trauma importante” frente a las que la respuesta es la evasión. En efecto, ni siquiera suponen que ese malestar podría obtener algún tipo de respuesta de su parte. Por el contrario, el malestar es un obstáculo para la realización de algún tipo de intervención corporal, campo de injerencia de esta especialidad.

Las numerosas incongruencias y ambigüedades que tienen lugar en las formas en las que se definen, tratan y financian las demandas vinculadas con la cirugía plástica estética nos invitan a reparar, primero, en los problemas que generan en términos asistenciales las definiciones rígidas y apriorísticas que atraviesan a esta especialidad. Tales definiciones niegan la relevancia de lo estético en la salud de las personas afectando principalmente a quienes no pueden costear tratamientos. Segundo, en la importancia de analizar seriamente los vínculos entre la estética corporal, el bienestar y la salud. Para ello, debemos dejar de lado las premisas que identifican indefectiblemente lo estético con lo banal o superfluo, para dar lugar a análisis situados respecto de las maneras en las que las modificaciones en nuestros cuerpos se relacionan o no con la mejora de nuestra calidad de vida.

Bibliografía

- Aguilar García, T. (2008). *Ontología Cyborg: El cuerpo en la nueva sociedad tecnológica*. Editorial GEDISA.
- Ariza, L. (2016). No pagarás: El Consentimiento Informado como productor de solidaridad en la medicina reproductiva. *Ciencia, docencia y tecnología*, 52, 240-268.

- Azuara Pliego, E. (2009). Breve reseña de la evolución histórica de la cirugía facial; pasado, presente y futuro. *Anales de Otorrinolaringología Mexicana*, 54(4), 175-182.
- Bonell, S., Barlow, F. K., y Griffiths, S. (2021). The cosmetic surgery paradox: Toward a contemporary understanding of cosmetic surgery popularisation and attitudes. *Body Image*, 38, 230-240. <https://doi.org/10.1016/j.bodyim.2021.04.010>
- Bordo, S. (2001). El feminismo, la cultura occidental y el cuerpo. *Revista de Estudios de Género, La Ventana E-ISSN: 2448-7724*, 2(14), Article 14. <https://doi.org/10.32870/lv.v2i14.566>
- Butler, J. (2006). *Deshacer el género*. Paidós.
- Butler, J. (2007). *El género en disputa: El feminismo y la subversión de la identidad*. Paidós.
- Butler, J. (2020a). El cuerpo inorgánico en el joven Marx: Un concepto-límite del antropocentrismo. *Revista Latinoamericana de Estudios Críticos Animales*, 7(1), Article 1. <https://revistaleca.org/index.php/leca/article/view/170>
- Butler, J. (2020b). *The force of non violence: An Ethico-Political Bind*. Verso Books.
- Calquín Donoso, C. (2018). Cirugías plásticas y cosméticas: Cyborgs e interfaces estéticas/tecnológicas de la construcción del cuerpo en el siglo XX. *Revista Punto Género*, 10, Article 10. <https://doi.org/10.5354/0719-0417.2018.52960>
- Canguilhem, G. (2011). *Lo normal y lo patológico*. Siglo XXI.
- Clarke, A. E., Shim, J. K., Mamo, L., Fosket, J. R., y Fishman, J. R. (2003). Biomedicalization: Technoscientific Transformations of Health, Illness, and U.S. Biomedicine. *American Sociological Review*, 68(2), 161-194. <https://doi.org/10.2307/1519765>
- Colebrook, C. (2015). What Is It Like to Be a Human? *TSQ: Transgender Studies Quarterly*, 2(2), 227-243. <https://doi.org/10.1215/23289252-2867472>
- Coll-Planas, G., Alfama, E., y Cruells, M. (2013). *Se nos gener@ mujeres* La construcción

discursiva del pecho femenino en el ámbito médico. *Athenea digital*, 13(3), Article 3.

Córdoba, M. (2010). La cirugía estética como práctica sociocultural distintiva: Un lacerante encuentro entre corporeidad e imaginario social. *Revista Latinoamericana de Estudios sobre Cuerpos, Emociones y Sociedad*, 2, Article 2.
<http://www.relaces.com.ar/index.php/relaces/article/view/70>

Córdoba, M. (2019). *La cirugía estética como tecnología de género. Trascendiendo el modelo de la "idiota cultural" y el enfoque de la "agente femenina"*.
<https://ri.conicet.gov.ar/handle/11336/104812>

Davis, K. (1997). Cosmetic Surgery as Feminist Utopia? *European Journal of Women's Studies*, 4(1), 23-37. <https://doi.org/10.1177/135050689700400103>

Dellacasa, M. A. (2017). Dimensiones políticas de las tecnologías corporales en personas trans. *Avá*, 31, 73-96.

Edelman, E. A., y Zimman, L. (2014). Boycunts and bonus holes: Trans men's bodies, neoliberalism, and the sexual productivity of genitals. *Journal of Homosexuality*, 61(5), 673-690. <https://doi.org/10.1080/00918369.2014.870438>

Farji Neer, A. (2020). Trayectorias, debates y experiencias clínicas en torno a los tratamientos quirúrgicos solicitados por la población trans. Sentidos profesionales a la luz de los debates feministas. *La ventana. Revista de estudios de género*, 6(52), 132-160.

Fernández Romero, F. (2021). "We can conceive another history": Trans activism around abortion rights in Argentina. *International Journal of Transgender Health*, 22(1-2), 126-140. <https://doi.org/10.1080/26895269.2020.1838391>

Fox Keller, E. (2000). *Lenguaje y vida: Metáforas de la biología en el siglo xx*. Ediciones Manantial.

Frieder, K., y Romero, M. (2014). *Ley de Identidad de Género y acceso al cuidado de la salud de las personas trans en Argentina*. ATTTA y Fundación Huesped.

https://www.huesped.org.ar/wp-content/uploads/2018/03/Aristegui-Zalazar_2014_Ley-de-Identidad-de-Genero-y-acceso-a-la-salud-en-poblacion-trans.pdf

Gibbon, S., y Novas, C. (2008). *Biosocialities, Genetics and the Social Sciences Making Biologies and Identities*. Routledge.

Griffiths, D., y Mullock, A. (2018). Cosmetic Surgery: Regulatory Challenges in a Global Beauty Market. *Health Care Analysis: HCA: Journal of Health Philosophy and Policy*, 26(3), 220-234. <https://doi.org/10.1007/s10728-017-0339-5>

Haraway, D. (1995). *Ciencia, cyborgs y mujeres: La reinención de la naturaleza*. Universitat de València.

Haraway, D. (2018). *Como una hoja. Una conversación con Thyrza N. Goodeve*. Continta me tienes.

Heyes, C. J., y Latham, J. R. (2018). Trans Surgeries and Cosmetic SurgeriesThe Politics of Analogy. *TSQ: Transgender Studies Quarterly*, 5(2), 174-189. <https://doi.org/10.1215/23289252-4348617>

Heyes, C., y Jones, meredith. (2009). Cosmetic surgery in the Age of gender. En *Cosmetic surgery. A Feminist Primer*. Ashgate.

Hidalgo, C., y Stagnaro, A. (2016). Antropología de la Ciencia y la Tecnología. Presentación del Dossier. *Cuadernos de antropología social*, 0(43), 9-11.

Latham, M. (2008). The shape of things to come: Feminism, regulation and cosmetic surgery. *Medical Law Review*, 16(3), 437-457. <https://doi.org/10.1093/medlaw/fwn019>

Latour, B. (2007). Como falar do corpo? A dimensão normativa dos estudos sobre a ciência. En J. A. Nunes y R. Roque (Eds.), *Objetos impuros. Experiências em estudos sociais da ciência* (pp. 40-61). Edições Afrontamento.

- Law, J. (1998). Del poder y sus tácticas. Un enfoque desde la sociología de la ciencia. En M. Domènech y F. J. Tirado (Eds.), *Sociología simétrica. Ensayos sobre ciencia, tecnología y sociedad*. Gedisa Editorial.
- Law, J. (2015). *STS as Method*.
<http://heterogeneities.net/publications/Law2015STSAsMethod.pdf>
- Lock, M., y Farquhar, J. (2007). Introduction. En *Beyond the body proper*. Duke University Press.
- Lock, M., y Nguyen, V.-K. (2018). *An Anthropology of Biomedicine*. John Wiley y Sons.
- Martin, E. (2006). *A mulher no corpo: Uma análise cultural da reprodução*. Editora Garamond.
- Mines Cuenya, A. (2021). Condensaciones ginecológicas: Relaciones entre prácticas médico-clínicas, políticas sexuales y reproductivas y la materialidad de los cuerpos de las mujeres cis en el campo (toco)ginecológico de la Ciudad de Buenos Aires, Argentina. *Horizontes Antropológicos*, 61. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-71832021000300006>
- Mol, A. (2002). *The Body Multiple: Ontology in Medical Practice*. Duke University Press.
- Mol, A. (2010). Actor-Network Theory: Sensitive terms and enduring tensions. *Kölner Zeitschrift für Soziologie und Sozialpsychologie. Sonderheft*, 50. <https://dare.uva.nl/search?identifier=75bbc661-0a89-475a-9eef-8c8c5a2e9904>
- Mol, A., y Law, J. (2004). Embodied Action, Enacted Bodies. The Example of Hypoglycaemia. *Body y Society*, 10(2-3), 43-62.
- Pecheny, M., y Manzelli, H. (2003). Notas sobre ciencias sociales y salud: El regreso del cuerpo en tiempos de liberalismo. En C. Cáceres y R. Vargas (Eds.), *La salud como derecho ciudadano, Perspectivas y propuestas desde América Latina*. UPCH.
- Poli Neto, P., y Caponi, S. N. C. (2007). The medicalization of beauty. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, 3(SE), 0-0.

- Rabinow, P., y Rose, N. (2006). Biopower Today. *BioSocieties*, 1(2), 195-217.
<https://doi.org/10.1017/S1745855206040014>
- Rohden, F. (2003). A obsessão da Medicina com a questão da diferença entre sexos. En A. Piscitelli, M. F. Gregori, y S. Carrara (Eds.), *Sexualidade e saberes: Convenções e fronteiras*. Garamond Universitaria.
- Rohden, F. (2014). Dualismos de género en la era de los nuevos usos de la tecnociencia y la biología molecular. En A. Cepeda y C. Rustoyburu (Eds.), *De las hormonas sexuadas al Viagra. Ciencia, Medicina y Sexualidad en Argentina y Brasil*. EUEDEM.
- Rohden, F. (2017). Vida saudável versus vida aprimorada: Tecnologias biomédicas, processos de subjetivação e aprimoramento. *Horizontes Antropológicos*, 23(47), 29-60. <https://doi.org/10.1590/s0104-71832017000100002>
- Rose, N. (2012). *Políticas de la vida: Biomedicina, poder y subjetividad en el siglo XXI*. UNIPE: Editorial Universitaria.
- Santana Jubells, G. A. (2019). Fabricando monstruos o cuando el cuerpo no es suficiente De la cirugía estética a las prótesis sexuales en busca del placer. *Anclajes*, 23(3), 85-99.
<https://doi.org/10.19137/anclajes-2019-2337>
- Serano, J. (2016). *Whipping Girl: A Transsexual Woman on Sexism and the Scapegoating of Femininity*. Hachette UK.
- Stryker, S. (1994). My Words to Victor Frankenstein above the Village of Chamounix: Performing Transgender Rage. *GLQ: A Journal of Lesbian and Gay Studies*, 1(3), 237-254. <https://doi.org/10.1215/10642684-1-3-237>
- Suess, A. (2014). Cuestionamiento de dinámicas de patologización y exclusión discursiva desde perspectivas trans e intersex. *Revista de Estudios Sociales*, 49, 128-143.
- Sullivan, N. (2006). Transmogrification: (Un)becoming other(s). En *The transgender studies reader* (pp. 552-564). Routledge, Taylor and Francis Group.

Documentos citados

Hospital Alemán. (s.f.). Programa de Residencia en Cirugía Plástica y Reconstructiva.

<https://www.hospitalaleman.org.ar/wp-content/uploads/2016/06/Cirug%C3%ADa-Plastica-y-reconstructiva.pdf>

Hospital de Clínicas (FMed/UBA). (s.f.). Carrera de Médico Especialista en Cirugía Plástica.

https://www.uba.ar/posgrados/archivos/ME_cirurgioplastica.pdf

Hospital Italiano de Buenos Aires. (2015). Residencia en Cirugía Plástica.

https://www.hospitalitaliano.org.ar/multimedia/archivos/noticias_archivos/93/PROGRAMAS_BECAS_INICIACION/93_ProgramaderesidenciaCirugiaPlastica.pdf

Hospital Nacional Posadas. (2014). Programa de Residencia Cirugía Plástica y Reparadora.

https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/cirurgia_plastica_y_reparadora.pdf

ISAPS. (2021). La última encuesta global de la ISAPS da cuenta de un aumento significativo en el número de cirugías estéticas a nivel mundial.

<https://www.isaps.org/media/fkgnkkr/2021-global-survey-press-release-spanish-latam.pdf>

ISAPS, S. I. de C. P. E. (2018). El último estudio internacional muestra un incremento global en cirugía estética. <https://www.prnewswire.com/news-releases/el-ultimo-estudio-internacional-muestra-que-la-cirurgia-estetica-continua-aumentando-en-todo-el-mundo-852198401.html>

<https://www.prnewswire.com/news-releases/el-ultimo-estudio-internacional-muestra-que-la-cirurgia-estetica-continua-aumentando-en-todo-el-mundo-852198401.html>