

# La paradoja de la participación: un análisis de la relación médico-paciente en el mercado argentino de cirugía estética

The paradox of participation: An analysis of the physician-patient relationship in the Argentinian market of cosmetic surgery

O paradoxo da participação: uma análise da relação médico-paciente no mercado argentino de cirurgia estética

 Joaquin Molina

Universidad Nacional de San Martín, San Martín, Buenos Aires, Argentina

joaquinmolina079@gmail.com

**Resumen:** Este artículo se propone realizar un análisis sociológico de la relación médico-paciente en el mercado argentino de cirugía estética, procurando mostrar el modo en que los cirujanos plásticos atraen y gestionan las demandas estéticas de los candidatos. El estudio se basa en entrevistas en profundidad realizadas a especialistas y a pacientes en 2018-2019, y en el análisis de algunas publicaciones médicas. En la primera parte, examina la centralidad que tiene la construcción de redes de recomendaciones en la consolidación de las carreras médicas, cuya alimentación depende de la obtención de resultados satisfactorios. En la segunda, identifica los criterios utilizados por los profesionales médicos para distinguir los “buenos” de los “malos” candidatos. Finalmente, indaga sobre las prácticas desplegadas en la consulta para consensuar el resultado en las cirugías de aumento mamario, mostrando que la participación de las pacientes constituye una instancia clave en la imposición de la autoridad experta.

**Palabras clave:** cirugía estética; relación médico-paciente; carrera médica; categorización; trabajo de coordinación.

**Abstract:** This article aims to conduct a sociological analysis of the doctor-patient relationship in the Argentine market for cosmetic surgery, seeking to show how plastic surgeons attract and manage the aesthetic demands

of candidates. The study is based on in-depth interviews conducted with plastic surgeons and patients in 2018-2019 and on the analysis of some medical publications. The first part examines the centrality of the construction of recommendation networks in the consolidation of the medical careers, whose nourishment depends on obtaining satisfactory results. In the second section, it identifies the criteria used by medical professionals to distinguish “good” from “bad” candidates. In closing, it investigates the practices deployed in the consultation to reach a consensus on the result of breast augmentation surgeries, showing that the participation of patients is a key instance in the imposition of expert authority.

**Keywords:** cosmetic surgery; doctor-patient relationship; medical career; categorization; coordination work.

**Resumo:** Este artigo tem como objetivo realizar uma análise sociológica da relação médico-paciente no mercado argentino de cirurgia estética, buscando mostrar como os cirurgiões plásticos atraem e gerenciam as demandas estéticas dos candidatos. O estudo se baseia em entrevistas em profundidade realizadas com cirurgiões plásticos e pacientes em 2018-2019 e na análise de algumas publicações médicas. Na primeira parte, examina a centralidade da construção de redes de recomendação na consolidação das carreiras médicas, cuja alimentação depende da obtenção de resultados satisfatórios. Na segunda seção, identifica os critérios utilizados pelos profissionais médicos para distinguir os “bons” dos “maus” candidatos. Por fim, explora as práticas utilizadas na sala de consulta para chegar a um consenso sobre o resultado em cirurgias de aumento de mama, mostrando que a participação do paciente é uma instância fundamental na imposição de autoridade especializada.

**Palavras-chave:** cirurgia estética; relação médico-paciente; carreira médica; categorização; trabalho de coordenação.

Submetido em: 19 de agosto de 2024

Aceito em: 27 de setembro de 2024

## Introducción

Analía es una psicóloga de 65 años de la Ciudad de Buenos Aires. Casada, tuvo su primer hijo a los 30 años y el segundo a los 32. Dos años después, un aspecto de su físico empezó a incomodarle: sus senos habían perdido lozanía luego de haber dado de amamantar. En los años subsiguientes, barajaría la posibilidad de corregirlos quirúrgicamente. A los 42, cuando se sintió un poco más liberada “de la maternidad” y empezó a “pensar más como mujer”, decidió que había llegado el momento de operarse. En realidad, más que una decisión, fue un impulso que tuvo al ver el cuerpo de otra mujer en un partido de pádel: “Una amiga de otra amiga estaba muy proporcionada y yo le dije, ‘Qué lindo cuerpo’, y ella me dijo, ‘No, pero yo me hice la cirugía’. Entonces ahí le pregunté con quién te la hiciste. Entonces ahí directamente, no averigüé más”. Ver el resultado de esta conocida fue, por lo tanto, clave para reinstalar el postergado deseo de operarse y para elegir a un cirujano que efectuara aumentos mamarios acordes con su criterio estético. En línea con ello, consultada acerca de los motivos por los cuales eligió a este cirujano, la entrevistada respondió: “Que la persona que yo vi que se había hecho la cirugía, era dentro de las personas, los senos más naturales, más proporcionados. Porque generalmente yo veía a la gente con globos”.

A partir del relato de esta entrevistada, podemos dejar sentadas dos características centrales del mercado argentino de cirugía estética que serán analizados en este trabajo. La primera, es que los cirujanos son contactados a través de redes informales tejidas entre las pacientes. La segunda, es que en estas redes circula información acerca de las características de los profesionales médicos, ya sea bajo una forma discursiva o incorporada en los resultados estéticos accesibles a la vista. Esto introduce, de entrada, una tensión en el ejercicio cotidiano de los especialistas en cirugía plástica: necesitan tener pacientes satisfechos para poder alimentar la red de recomendaciones y así ganar su sustento material, pero requieren hacerlo siguiendo los

dictados que impone el *ethos* de la comunidad médica y las reglas del arte quirúrgico. En otras palabras, lo que se pone en juego en la dinámica del mercado de cirugía estética es la autonomía de los profesionales entendida desde dos puntos de vista: por un lado, la autonomía del campo de los productores (Bourdieu, 2008); y por el otro, la capacidad de controlar las condiciones de trabajo de los expertos ante las demandas de los pacientes (Freidson, 1978).

En línea con ello, el presente artículo se propone analizar la relación médico-paciente en el marco del mercado argentino de cirugía estética, procurando mostrar el modo en que los cirujanos plásticos atraen y gestionan las demandas estéticas de los candidatos a la operación. Para ello, me apoyo en el análisis de 41 entrevistas en profundidad realizadas entre 2018-2019, 25 de las cuales fueron realizadas a cirujanos plásticos y 16 a mujeres que se realizaron una cirugía estética de aumento mamario en las ciudades de Buenos Aires y Santa Fe. En cuanto a las entrevistas realizadas a los profesionales médicos, cabe destacar que el promedio etario de la muestra fue de 64 años y todos ellos contaban con título habilitante en la especialidad. En cuanto a las pacientes, la mayoría se concentraron en los segmentos etarios "30-40 años" y "mayores de 60 años", y pertenecían a sectores medios. Todas estas características, contribuyen a señalar que los testimonios recogidos en las entrevistas son "parciales", en la medida en que hubiera sido necesario recolectar información de una población más heterogénea para tener un panorama completo acerca de la problemática abordada. Complementariamente, el trabajo utiliza algunas publicaciones médicas internacionales vinculadas a prácticas y dispositivos ideados para consensuar, proyectar y evaluar el resultado de las intervenciones de aumento de mamas junto a las pacientes.

El artículo está organizado en tres partes que identifican distintos momentos claves en el establecimiento del vínculo médico-paciente. En el primero, analizo las entrevistas realizadas a cirujanos plásticos argentinos a efectos de identificar las jerarquías simbólicas de estos especialistas, que asumen la

forma de una oposición generacional en las estrategias utilizadas para conseguir pacientes. A continuación, ingreso de lleno en el análisis de la relación médico-paciente, con la pretensión de identificar los criterios de clasificación y selección utilizados por estos profesionales para distinguir a los “buenos” de los “malos” candidatos a la cirugía estética (Roth, 1972). Tanto en uno como en otro caso, la autonomía aparecerá entrecruzada con el análisis de las carreras médicas (Hall, 1948). Por un lado, porque las carreras constituyen un prisma a partir del cual observar un cambio histórico en las instituciones y actores claves en la consolidación de la actividad profesional. Por el otro, porque el afianzamiento de las carreras profesionales se traduce en una mayor capacidad de selección de los candidatos a la cirugía.

En el cierre, exploro el segundo mecanismo puesto en juego por los especialistas para gestionar la demanda, como es la educación de las pacientes en materia de cirugía estética. Solo que, en lugar de centrarme exclusivamente en la faceta discursiva de estas prácticas, el énfasis estará puesto en los dispositivos (Eyal, 2013) destinados a gestionar prospectiva y retrospectivamente el resultado de las cirugías de aumento mamario. A partir de ello, veremos que la participación de las candidatas en el proceso de planificación quirúrgica constituye una manera de ganar el asentimiento en decisiones que, en última instancia, están en línea con el criterio del experto. Asimismo, más allá de su eficacia en la planificación quirúrgica, constituyen dispositivos que permiten estabilizar la percepción sobre los resultados y operar como mecanismos de atribución de responsabilidad (Holstein y Miller, 1990).

Este trabajo aspira a realizar una contribución al estudio sociológico de la relación médico-paciente, abrevando en dos líneas de trabajo. Por un lado, las producciones que abordan la categorización de pacientes en distintos contextos de la actividad médica. Aunque la mayoría de ellos, toman como foco de análisis el trabajo de gestión de la demanda efectuado en los servicios de emergencia (Roth, 1972; Jeffery, 1979; Dingwall y Topsy,

1983; Green y Dale, 1992; Lars, 2018), también hay una serie de producciones sociológicas que se ocupan de la categorización “psiquiátrica” y por género llevada a cabo por los cirujanos plásticos (Pitts-Taylor, 2007; Le Hénaff, 2013; Parker, 2009; Carpigo, 2016). Por otro lado, dialoga con la larga tradición de científicos sociales que se interrogaron en torno a la autoridad experta en el marco de la relación médico-paciente. De la exploración de esta literatura, emergen tres modelos de análisis: el modelo paternalista (Parsons, 1951), el modelo del paciente-consumidor (Lupton et. al., 1997; Light, 2000; Henwood et. al, 2003) y el modelo de la cooperación o coproducción (Cathy, Gafni y Whelan, 1999; Shutzberg, 2021). En esta publicación, propongo un modelo alternativo que trasciende la oposición entre autoridad experta y la participación del paciente, procurando mostrar que la implicancia de estos últimos contribuye a consolidar la posición de dominio de los cirujanos plásticos.

Finalmente, sin la pretensión de dar cuenta de manera exhaustiva de un universo heterogéneo de prácticas, el presente trabajo tiene por objetivo presentar una imagen matizada del ejercicio cotidiano de los especialistas en cirugía estética. Según algunas producciones académicas en la materia, estas prácticas constituirían la expresión más elocuente de la penetración del comercialismo en la medicina, en el que los cirujanos plásticos generan una demanda por estos procedimientos a través de la publicidad (Conrad y Leiter, 2004) y ceden su autonomía experta en un contexto caracterizado por una competencia exacerbada en el mercado de cirugía estética (Sullivan, 2004). En contraste, en las páginas que siguen, podremos constatar el carácter problemático que tiene la publicidad como medio para conseguir pacientes y los medios instrumentados por estos profesionales para preservar la autonomía con respecto a las demandas de los candidatos a la cirugía estética.

## ¿Cómo conseguir pacientes?

“Los hospitales están vacíos de gente intermedia. Vas a encontrar gente muy joven, o gente muy vieja. Los viejos se están



retirando, y jubilándose, y muriendo. Y los jóvenes siguen yendo para formarse. Pero tenés un vacío de la gente intermedia, que ya no se está renovando”. Con estas palabras, un ex jefe de servicio porteño de 72 años, describe el cambio histórico en las trayectorias de formación de los cirujanos plásticos argentinos. Esta postura, aparece replicada en otras entrevistas a cirujanos de avanzada edad, que describen el declive del compromiso con la actividad pública como el síntoma de la disolución de carreras fundadas en la “lenta” acumulación del reconocimiento inter-pares (Hall, 1948) y de la primacía adquirida por las estrategias destinadas a obtener un “rápido” reconocimiento profano que apuntale la actividad en el sector privado. Este contraste en las trayectorias aparece sintetizado en el contrapunto entre “cirujanos prestigiosos” y “cirujanos de los famosos”, que expresa una jerarquía en lo concerniente a los medios instrumentados para consolidarse en el ejercicio profesional (Bourdieu, 2008).

En línea con ello, las trayectorias laborales de la mayoría de los cirujanos plásticos entrevistados, consistió en la alternancia entre la actividad hospitalaria y la actividad en el sector privado. En sus relatos, el trabajo en el sector público aparece definido como un momento de la jornada laboral no redituable desde el punto de vista económico, pero sumamente importante como espacio de formación permanente. Según afirman, dos factores confieren esta centralidad a los servicios hospitalarios desde un punto de vista pedagógico. En primer lugar, la afluencia continua de casos heterogéneos y complejos, cuya resolución fomenta la reflexión, el aprendizaje y la ruptura con el trabajo rutinario. En segundo lugar, el carácter de organizaciones complejas que tienen estas instituciones, que redundan en un contacto y una evaluación constante entre colegas situados en distintos puntos de la jerarquía. Estos aspectos encuentran su realización por excelencia en los ateneos hospitalarios, momento del organigrama semanal destinado al encuentro entre los distintos integrantes del servicio en el que se presentan y discuten casos cuyas particularidades ameritan una revisión conjunta.

El sector público, además de constituir un lugar de reconocimiento inter-pares a través del intercambio académico, en algunos relatos asume un valor afectivo en tanto espacio de socialización en el que se forja la pertenencia a un grupo que comparte determinados valores y rituales. De su etapa formativa, uno de los entrevistados recuerda particularmente los códigos de vestimenta, como el uso de ambo y de guardapolvo en óptimas condiciones. Lo interesante es que, a pesar del tiempo transcurrido y de su inserción netamente privada, este especialista continuaba utilizando el “uniforme” como una marca de pertenencia a un colectivo: “Al día de hoy, yo sigo siendo residente. Yo salí de mi casa hoy a la mañana, así como estoy. Es un ritual, pero también es un sentido. O sea, yo creo que el tipo que labura, tiene que estar vestido con ropa de laburo. (...) El médico no puede tener otra ropa. El médico no debe tener otra ropa” (Cirujano plástico, 59 años).

Hasta aquí, hemos podido constatar la centralidad asumida por el sector público como espacio de formación, socialización y reconocimiento entre los cirujanos plásticos entrevistados. A ello deberíamos añadir, que la pertenencia a instituciones públicas parece haber operado como un factor de relevancia para atraer pacientes en el marco del ejercicio privado de la especialidad. En este sentido, el cirujano recién citado afirma que “antes los médicos en su recetario ponían ‘Médico del Hospital Tal’, y eso tenía un valor para el paciente, que hoy no lo tiene”. Esta constatación es reforzada por otro ex Jefe de Servicio de 70 años, que menciona una referencia pública en la que el nombre del cirujano aparece asociado a una institución hospitalaria: “Cuando yo empiezo en los setenta, vos ibas al Hospital Rawson a las seis de la mañana. A las dos de la tarde, vos llegabas al barrio, ponías una chapa de bronce que decía Dr. Fulano, cirujano del Hospital Rawson. La gente venía, y era la cola de supermercado. Entonces vos estabas en un lugar, vos eras del Rawson y tenías todos los pacientes privados”.

Desde la perspectiva de este último cirujano, este criterio de consagración parece haberse diluido con el tiempo, principalmente



debido a la pérdida de la “mística hospitalaria” y a un cambio en las generaciones más jóvenes que buscan una realización más inmediata a través de la publicidad. La mayoría de los entrevistados, se mostraron reacios a la realización de este tipo de prácticas. Como es posible conjeturar a esta altura de la exposición, la oposición a la “publicidad” constituye una manera de situarse como una generación cuya consagración se asentó en carreras caracterizadas por la lenta acumulación de “prestigio” entre los pares y la paulatina consolidación de la recomendación entre pacientes (“boca a boca”) alimentada por los buenos resultados estéticos. En términos negativos, podríamos decir que dicha postura se orienta a desmarcarse de un perfil y una generación de cirujanos cuyas trayectorias se apoyan en la rápida acumulación de pacientes a través de estrategias que nada dicen del mérito, sino de la capacidad de movilizar medios y lenguajes propios del “comercio”. Quizás, quien mejor sintetiza esta escisión, es un ex jefe de servicio porteño de 72 años:

9

Vos necesitas crear una clientela, necesitas crear una masa de pacientes que te recomienden. Por lo cual, vos tenes que tener buenos resultados y eso lleva un tiempo. La otra alternativa es hacer propaganda, y poner avisos. Por ejemplo, propagandas encubiertas, como reportajes en revistas que son pagos, operar a alguien de la farándula, operar a una vedette por nada de plata a cambio de que te popularice. (...) Una cosa es ser famoso y otra cosa es ser prestigioso. (...) La fama viene por lo general por el dinero, por quién vos te vinculaste. Pero el prestigio viene por otro lado. Viene por lo académico, viene por lo que vos generas a través de muchísimos años. Yo ahora estoy cosechando lo que sembré durante tanto tiempo.

Este fragmento, además de referir a la mentada demarcación moral respecto a los cirujanos que publicitan, nos introduce de lleno en el mecanismo de coordinación de mercado de preferencia entre los entrevistados: el “boca a boca”. Esta expresión de uso corriente,

da cuenta de un mercado enraizado en “redes referenciales profanas” (Freidson, 1960), a través de las cuales circula información acerca de la calidad técnica, moral y estética de los profesionales. Dicha información circula a través de la oralidad, pero también a través del cuerpo de las propias pacientes cuyos resultados estéticos son la expresión incorporada de las cualidades recién mencionadas. En este marco, construir dichas redes referenciales y alimentarlas a través de resultados satisfactorios, constituyen el principal desafío de aquellos cirujanos estéticos que pretendan una inserción exitosa en el ejercicio liberal de la especialidad. Un cirujano plástico de 80 años contribuye a especificar aún más este aspecto, poniendo de relieve la centralidad que asume la visibilidad de los resultados en la estructuración de este mercado de servicios médicos: “Entonces, ¿cómo se obtiene el paciente en privado? Mucho de boca a boca. El paciente ve uno, ve otro, y dice: ‘Ah, qué bien’. Porque encima lo que hacemos nosotros... Lo que hace el cirujano general, y le va mal, lo tapa con tierra. Pero lo que hace el cirujano plástico, lo ve todo el mundo”.

Como veremos en el resto del trabajo, la satisfacción con los resultados sitúa la categorización de pacientes y la gestión de las expectativas estéticas como un eje central del funcionamiento del mercado de cirugía estética. Sin embargo, antes de pasar a explorar dicho punto, veamos un poco más de cerca los relatos acerca de la consolidación de los entrevistados en la actividad privada. La primera dificultad con que tropieza quien inicia una carrera liberal es conseguir los primeros pacientes, para así poder dar inicio al círculo virtuoso de las recomendaciones. Buena parte de los entrevistados, señalan que sus inicios estuvieron marcados por la movilización de vínculos cercanos y la afluencia de pacientes de condición socioeconómica humilde. Con bastante cautela, dos de los entrevistados describen estos comienzos, apelando a una sigla que probablemente tenga un uso extendido entre los cirujanos plásticos: “la triple P”. Para averiguar el sentido pleno de esta sigla,

invito al lector a echar una mirada al siguiente pasaje extraído de una de las entrevistas realizadas:

Y los primeros pacientes son parientes. O son gente humilde que no se puede operar y que vos le decís 'Te opero igual, vení que te opero'. Había un médico que decía las 'tres P': 'Pobres, putas y parientes'. Y bueno... Decía así: 'Yo opero prostitutas'. Y cuando preguntan, 'Che, qué linda que estás, que bárbara que estás, y qué bien que estás', va a decir: 'Me operó Fulano de Tal'. Y hay médicos que tuvieron un gran éxito con eso, ¿viste? (Cirujano plástico, 58 años).

Aunque no dispongo de suficientes elementos empíricos para reconstruir los cambios en estas trayectorias de inserción, parecería posible sugerir que existe una jerarquía de pacientes cuyas características dan cuenta de una progresión en la carrera de los cirujanos liberales. De esta manera, a criterio del cirujano antedicho los "pobres" predominan al comienzo, pero la buena atención y la paulatina consolidación en el tiempo hacen que concurren al consultorio "pacientes cada vez de mejor nivel económico social, es como una evolución". Un desplazamiento similar acontece en el terreno del reconocimiento simbólico. Así, si en las primeras etapas los vínculos de conocimiento interpersonal asumen primacía en el proceso de construcción de la clientela (conocidos, amigos, familiares), la derivación de colegas expresa posteriormente el reconocimiento de los pares y la consolidación de las carreras. Esta fina jerarquía donde el criterio experto desplaza los vínculos afectivos, adquiere una nueva vuelta de tuerca cuando los expertos ponen en manos de los cirujanos a sus más preciados afectos: "[P: En general, tus derivadores son otros pacientes, o son médicos...] R: Son médicos. Eso habla de buen nivel. Porque los médicos, primero te mandan pacientes, y ya cuando sos muy bueno, extremadamente bueno, te mandan a la esposa. Y la tenes que operar gratis. Y cuando sos absolutamente magnífico, por ahí

alguna hija. Entonces, esa es la secuencia” (Cirujano plástico, 59 años).

Además de estar marcada por una creciente selectividad en términos socioeconómicos, el afianzamiento en las carreras de estos cirujanos se traduce en una mayor capacidad de selección “psicológica” de los candidatos a la cirugía estética. A identificar estos criterios de clasificación y selección de los “buenos” y los “malos” candidatos dedico la próxima parte, dejando para el cierre el análisis de las prácticas y dispositivos puestos en juego para generar conformidad con los resultados estéticos.

## ¿A quién operar?

“El ‘boca a boca’ es lo mejor que hay y es lo peor que hay”, afirma uno de los cirujanos plásticos entrevistados. Es lo mejor, continúa argumentando, porque el paciente que queda conforme con el resultado le cuenta “a tres amigas suyas”. Es lo peor, porque la disconformidad parecería ir acompañada de una ira que trasciende el estrecho círculo de amistades y genera un efecto de difamación multiplicado: “Si estás disconforme se lo contás al taxista, se lo contás al tipo que le fuiste a comprar una lamparita de luz. ‘¿Usted tiene el negocio acá? En la otra cuadra hay un hijo de puta que me operó a mí’” (Cirujano plástico, 57 años). De aquí se deriva que, para instalar un círculo virtuoso de recomendaciones y evitar el descrédito, los cirujanos plásticos despliegan un conjunto de criterios, dispositivos y prácticas destinadas a generar conformidad con los resultados y eludir potenciales fuentes de conflicto con los pacientes. En línea con ello, en esta parte exploro los criterios de categorización y selección puestos en juego por los cirujanos estéticos entrevistados para diferenciar a los “buenos” de los “malos” candidatos a estas cirugías (Roth, 1972; Jeffery, 1979; Dingwall y Topsy, 1983).

Para comenzar a desglosar este tema cabe destacar que, de la misma manera en que los pacientes clasifican y seleccionan a sus especialistas, los cirujanos hacen lo propio con respecto a

sus pacientes. Dicha clasificación, aprendida informalmente en el marco de instituciones de educación médica y también fundada en la propia experiencia, se apoya en una serie de informaciones y características de los pacientes que permiten establecer un pronóstico. Más precisamente, se orienta a distinguir y seleccionar entre los “buenos” y los “malos” candidatos a la cirugía estética. Los primeros, son aquellos pacientes que tienen mayores posibilidades de obtener una mejoría estética sin excesivos riesgos para su salud y de mostrarse lo suficientemente conformes con el resultado como para alimentar el “boca en boca”. Los segundos, son los candidatos con factores de riesgo, pocas posibilidades de obtener una mejoría estética sustancial, poco propensos a valorar positivamente el resultado estético obtenido y fuertemente inclinados a formular reclamos como consecuencia de esto último.

A partir de las entrevistas, no es posible conocer la frecuencia con que la selección de pacientes efectivamente acontece. No obstante, lo que puedo afirmar es que los cirujanos plásticos se tornan más selectivos a medida que avanzan en la consolidación de su carrera. Para demostrar este punto, resulta pertinente analizar el relato de un especialista de 44 años. Lo interesante de este caso, es que muestra que incluso aquellos criterios de selección aparentemente más inflexibles como son los factores de riesgo, pueden ser más o menos tenidos en cuenta dependiendo de la etapa de la trayectoria en que se encuentre el cirujano. En línea con ello, comenta que una de las principales dificultades al inicio de su actividad privada, fue conseguir los primeros pacientes. Según afirma, sus días como joven cirujano plástico transcurrían de manera relativamente ociosa, cuando le llegó la invitación a participar de un programa de televisión de escasa difusión. Como resultado de la nota que le realizaron, lo contactó su primera paciente, una persona que presentaba numerosos problemas de salud a la que decidió operar: “Vos querés que el primer paciente te caiga y sea sano, un caso fácil. Esta era obesa, era hipertensa, era diabética, era hipotiroidea, tenía todos los problemas. Bueno, la hice ver por todo el mundo, hasta que más o menos...”.

Posteriormente, en el transcurso de la entrevista, el profesional volvería sobre este caso, pero para poner de relieve cuál sería su proceder actual ante una paciente de similares características:

Yo te conté, hice trece años de formación para llegar a esto acá. Entonces eso te lleva a vos valorar qué es lo que yo tengo para apostar y qué es lo que yo tengo para perder, y hacia dónde quiero ir. Por eso, yo busco más tranquilidad hoy en día. Cuando arranqué y me llegó esta paciente, dije: 'Uy, mirá...'. Hoy me viene quizás esa paciente, y le digo 'Mire, evalúelo, evalúe si se va a operar. Porque tiene esto, esto, esto, y estos riesgos'.

Pero no es sólo en referencia al estado de salud de los candidatos a la cirugía estética que la selectividad de este cirujano parece haberse ido refinando con el paso de los años. En este sentido, inquirido acerca de los factores más recurrentes de conflicto con los pacientes, el profesional contestó lisa y llanamente: "No, ya no, porque los evitas... Antes podía venir una paciente que quería esto, lo otro y lo otro, que acá, allá. Vino el anestesiólogo y me dijo 'Qué loca que está esta mujer', y yo decía 'No', y me terminó metiendo una demanda legal después". En este pasaje, se describe una situación en la que un cirujano joven se ve confrontado con una paciente demandante que, a criterio de un colega, estaba "loca". Por necesidad o falta de experiencia, este profesional ignoró las señales de alerta, operó y se vio envuelto en un litigio. A pesar del mal trago, estos episodios constituyeron una fuente de enseñanzas, cuyos principios aplica en esta etapa de su carrera:

Hago cada vez más lo que me gusta (...) Operar pacientes que sé que van a andar bien, operar pacientes que son coherentes con los resultados. Tenés mucha gente que se sienta donde vos estás sentado, que están literalmente descerebrados. Entonces vos tenes que agarrar y ni les doy bolilla, no los opero. 'No, mirá, esto no me interesa, esto



no lo hago'. O lo que sale diez, se lo cobro ochocientos. Entonces hay mucha gente que se sienta acá, que tiene que ir al psicólogo, no tiene que venir a verme a mí.

La pregunta que surge a partir de esta última transcripción es la siguiente: ¿cuáles son los indicios a partir de los cuales los cirujanos plásticos identifican a los “malos pacientes”? Para responder a esta pregunta, lo primero que me gustaría destacar es que los cirujanos no son, ni pretenden ser psicólogos. Más concretamente, aunque denominen la consulta con sus pacientes como entrevistas “psicológicas” y movilicen algunas categorías propias de este campo disciplinar, lo que en definitiva los lleva a rechazar a determinados pacientes es un conocimiento práctico muchas veces difícil de definir operativamente (Carpigo, 2016). En línea con ello, uno de los entrevistados afirmó que los cirujanos no están capacitados para definir a ciencia cierta el perfil psíquico de los pacientes, sino que más bien movilizan el “olfato psicológico” y los aprendizajes adquiridos en la “universidad de la calle” para definir si el “paciente es normal o está medio chiflado” (Cirujano plástico, 64 años). No obstante, ello no significa que estos criterios de selección sean estrictamente arbitrarios e idiosincráticos. Por el contrario, a partir de la lectura de las entrevistas, resulta posible establecer una tipología de pacientes problemáticos con los respectivos indicios a partir de los cuales son identificados.

La figura más frecuentemente mencionada es el paciente que tienen una visión distorsionada y “viven eternamente disconformes” con sus cuerpos. Para designar a estos últimos, los especialistas apelan con mucha frecuencia a una noción tomada del campo de la psicología y que goza de amplia popularidad entre los cirujanos plásticos a nivel internacional (Pitss-Taylor, 2007): la “dismorfofobia”<sup>1</sup>. Los cirujanos reconocen este perfil de pacientes en función del balance entre defecto “objetivo” y percepción “subjetiva” de aquel último, historial de intervenciones previas y evaluación de resultados. En ese sentido, un cirujano de 57 años

<sup>1</sup> La dismorfofobia o trastorno dismórfico corporal (TDC) refiere a “la preocupación excesiva y desmesurada por un defecto mínimo o imaginario en la apariencia física de un paciente, lo que le provoca un deterioro en su calidad de vida que le insta a demanda distintos tratamientos médicos o quirúrgicos” (Sandoval; García Huidobro y Pérez Cotapos, 2009, 244).

comenta el caso de una paciente que arribó a su consultorio para solicitarle una cirugía de los párpados. El problema con esta mujer es que presentaba un largo historial de cirugías y expresaba disconformidad con todas ellas: "Me nombró trece médicos que la habían operado mal". El profesional, dice haber rechazado de plano a esta paciente ("Mirá, no te lo voy a hacer..."), argumentando que era imposible que tantos cirujanos la hayan "operado mal" y atribuyendo la responsabilidad por la insatisfacción con los resultados a la lectura subjetiva de la paciente.

En otras ocasiones, las palabras parecen no ser necesarias para percibir la distorsión en la autopercepción corporal de los candidatos a la cirugía. Sobre todo, en aquellos pacientes en los que el historial de operaciones quedó impreso de manera ostensible sobre sus cuerpos y que llegan a la consulta solicitando más intervenciones sobre rasgos ya de por sí "grotescos". La figura más frecuentemente traída a colación por los entrevistados fue la de Michael Jackson, en tanto sería la encarnación de un "adicto al bisturí" cuya búsqueda incesante de corregir defectos que sólo estaban "en su cabeza" lo condujeron a un raid quirúrgico que lo transformó en un "monstruo" (Cirujano Plástico, 62 años). Descendiendo del universo de las controversias públicas en torno a las transformaciones estéticas de una celebridad mundial a la experiencia cotidiana de los entrevistados, es interesante traer a colación la descripción que un cirujano porteño de 62 años realizó acerca de la fotografía de un paciente al que decidió no operar:

Este paciente se hizo veinte cosas. Y se quiere seguir haciendo cosas. Veinte, ¿eh? Nariz, párpado, lifting, la frente... ¿Ves algo raro ahí o no? ¿Ves algo raro? ¿Es una facie relajada, lógica? Debe tener más de cincuenta años y... Cuando viene un paciente así, totalmente, de alguna manera artificial, vos ya tenes una alerta. Decís: 'Bueno, ok. Se operó la nariz tres o cuatro veces, los párpados, las orejas, se hizo un lifting...', ¿me entendés? Vos lo ves raro, es una facie extraña.

Seguidamente, me señaló que tenía otra fotografía para mostrarme en su computadora. Aunque por cuestiones evidentes no dispongo de una copia de la original, recurriendo a mi memoria visual puedo decir lo siguiente: se trataba de la foto de una mujer que aparentaba unos sesenta años sosteniendo junto a su rostro la página de una revista en la que se veía el primer plano de una joven modelo de piel tersa. El relato de este caso, en boca del especialista, fue breve pero contundente: "Me dice: 'Doctor, yo quiero que me deje así'. 'No, escuchame, vos estás en pedo'". Este relato nos introduce en la segunda categoría de pacientes problemáticos, que son aquellos que disponen de expectativas estéticas inadecuadas o inalcanzables quirúrgicamente.

En cierto modo, según explican los cirujanos, todo paciente llega al consultorio con determinada aspiración estética, y es el especialista el que debe hacerle entender si aquello que solicita le traerá una mejoría notable y estará en concordancia "armónica" con el resto de sus rasgos. En todo caso, las señales de alarma se encienden cuando la solicitud es demasiado específica y está muy alejada de las características físicas "objetivas" del candidato, colocando a la cirugía estética en el lugar de una técnica "mágica" capaz de transmutar el cuerpo a capricho del paciente y sin dejar cicatrices. Otro de los entrevistados ejemplifica este punto al señalar que el "peor paciente" es el que "viene con una fotito y te dice: "Yo quiero esto", transparentando unas expectativas imposibles de cubrir ("hagas lo que hagas no le va a quedar esa nariz") y un terreno fértil para potenciales descontentos en caso de ser operados (Cirujano Plástico, 65 años).

Una tercera categoría de "malos" pacientes involucra a aquellos que esperan demasiado de la cirugía, pero ya no en términos estrictamente estéticos, sino más bien en cuanto a los beneficios económicos, sociales y afectivos. Así, según un cirujano de 70 años de la ciudad de Buenos Aires, muchos pacientes recurren a la cirugía estética en busca de "fama", "prestigio" o un cambio en su situación sentimental. El problema reside en que, cuando esas aspiraciones no son satisfechas ("conseguir un nuevo

trabajo, cambiar de pareja”), aparece una insatisfacción “que se proyecta hacia el médico que la operó” y “aparece la demanda en el plano judicial que muchas veces no está justificada”. El ejemplo más frecuentemente mencionado por los entrevistados refiere a pacientes (generalmente de género femenino) que pretenden resolver sus “crisis sentimentales” a partir de la cirugía, ya sea porque tienen problemas de pareja o porque se separaron recientemente.

Aunque las preguntas formuladas por el cirujano están a la orden del día para vislumbrar esta situación (“¿por qué quiere operarse?”), hay casos en que los indicios ya pueden identificarse desde el inicio con solo conocer la edad y el tipo de procedimiento demandado por la paciente. Más concretamente, según uno de los entrevistados “hay edades para cada requerimiento operatorio”, regularidad que expresa la presencia de determinadas problemáticas asociadas a determinadas etapas del ciclo vital. El desfase entre estos factores expresa, en consecuencia, la irrupción temprana o tardía de problemáticas que difícilmente pueden ser subsanables quirúrgicamente. Así lo expresa el mentado cirujano al referirse a las mujeres de avanzada edad que solicitan cirugías estéticas:

Te llegan pacientes por arriba de los ochenta años para hacerse un lifting o ponerse prótesis de mama porque el marido es impotente. Y no tiene nada que ver una cosa con la otra. Son casos muy típicos. La edad de operación de una nariz o de una deformidad nasal, es de los dieciocho o veinte años. Cuando te llega una mujer de treinta y cinco, cuarenta, para hacer la nariz, vos le preguntas y estoy seguro de que se divorció, o está buscando nueva pareja. O cuando quiere ponerse tetas fuera de la edad habitual. (...) Están buscando cambiar su vida a través de la cirugía, en vez de buscar el cambio de otra manera. Es una fantasía en realidad. Un pensamiento mágico (Cirujano plástico, CABA, 50 años).

Además de consideraciones de orden “psicológico”, el género, la clase social y el entorno inmediato de los pacientes pueden constituirse en indicios para llevar adelante el proceso de selección. Así, un cirujano porteño de 59 años afirma lisa y llanamente que “los hombres son malos pacientes”. Esta discriminación por género, identificada por Le Hénaff (2013) para el caso francés, tiene como epicentro el temor y la vergüenza. Sobre todo, porque desde la perspectiva de este y algunos otros entrevistados, los candidatos de género masculino experimentan y exteriorizan más miedo al quirófano que las mujeres. Con relación a este punto, el especialista recuerda un evento en particular que marcó su postura ante la demanda masculina: “El anestesista hace así y le da un sedante que libera los controles. Y el flaco empezó a tirar trompadas para todos lados y me comí un derechazo en el medio de la cara. Suspendí la operación, chau. No flaco, tenés demasiados nervios, demasiada tensión, demasiado miedo”. El temor se conjuga con la vergüenza, en tanto los hombres parecen ser más exigentes en los resultados que las mujeres, fundamentalmente en lo que concierne a la obtención de un resultado “natural” que no delate el consumo de una práctica cargada de connotaciones femeninas<sup>2</sup>. Miedo y vergüenza equivalen, desde la perspectiva del médico recién citado, a mayor cantidad de consultas previas y a un sinnúmero de reprogramaciones de las fechas pautadas para la cirugía.

La clase social, en el sentido lato del término, constituye otra de las características que entran en la consideración de los cirujanos plásticos. La comparación que uno de los entrevistados realiza entre pacientes públicos de condición humilde y privados de sectores acomodados ilustra a la perfección este punto: “El paciente pobre es culturalmente distinto y el médico es un dios. Y cuando el paciente tiene mucho dinero, es un contrato el que se está haciendo” (Cirujano plástico, 63 años). Esta “sociología” de la demanda, adquiere mayor complejidad en el análisis que efectúa otro de los especialistas, al introducir el “nivel cultural” como criterio de distinción en el interior del universo de los pacientes de las clases

<sup>2</sup> Según un relevamiento realizado por la International Society of Aesthetic Plastic Surgery (ISAPS), del total de intervenciones quirúrgicas realizadas por los cirujanos plásticos encuestados en 2022, un 86% de las personas operadas eran de género femenino mientras que el 14% restante pertenecían al género masculino.

superiores. Así, mientras que los pacientes “intelectualmente muy altos” entienden el alcance de la cirugía desde “el punto de vista técnico” y son “predecibles”, los de “poder adquisitivo alto” pero sin “nivel intelectual” suelen asumir una actitud prepotente ante las explicaciones del cirujano y presagian un conflicto en puerta. En palabras de este cirujano, “esta gente” viene “atropellando”, “deja el auto estacionado en doble fila” y no muestra ningún respeto hacia las indicaciones básicas del especialista (Cirujano plástico, 70 años).

La cuarta consideración corresponde al entorno, entendiendo por esto último a los vínculos familiares más próximos de los pacientes. Según un profesional de 59 años, resulta primordial evaluar este factor, en la medida en que “los entornos son terribles, son peores que los pacientes”. Uno de los ejemplos que desarrolla con mayor profundidad, es el de las mujeres que desean realizarse una mastoplastia de aumento, cuyas parejas masculinas se oponen a la cirugía por celos. A criterio del cirujano, este tipo de personas operan como “factor detonante”, poniendo escollos a lo largo de todo el proceso y formulando incesantes críticas acerca del resultado de la cirugía estética. Son, en pocas palabras, “un enemigo dentro de la cama” al que es imprescindible incluirlo en las consultas para “ganarlo como aliado” o aguardar hasta que el panorama aclare para indicar la cirugía.

Según pudimos constatar, los cirujanos plásticos entrevistados refirieron a una serie de criterios de clasificación de los pacientes orientados a evitar situaciones de disconformidad y conflicto que repercutan negativamente sobre la red de recomendaciones. A continuación, me aboco a analizar las prácticas y dispositivos puestos en juego por los cirujanos plásticos para generar conformidad con los resultados sin perder la autonomía en la indicación quirúrgica, tomando como ejemplo las cirugías de aumento de mamas en pacientes de género femenino.



## ¿Cómo lograr resultados satisfactorios?

A lo largo de este segmento me propongo indagar en torno al trabajo de coordinación llevado adelante por los cirujanos para consensuar, proyectar y evaluar el resultado de las mastoplastias de aumento frente a la demanda estética de las pacientes. Dicho trabajo tiene lugar principalmente durante las consultas previas a la intervención, en las que aparecen desplegadas un conjunto de prácticas pedagógicas y de dispositivos (Eyal, 2013) tendientes a incluir a las pacientes en el proceso de planificación de las principales decisiones concernientes a este tipo de intervenciones: lugar de realización de las incisiones, plano de colocación del implante y volumen de las prótesis mamarias. Por cuestiones de espacio, me centraré exclusivamente en este último punto.

En la literatura internacional sobre la materia, pueden identificarse dos enfoques orientados a resolver la cuestión del volumen de las prótesis mamarias: el primero, confiere un mayor peso a la preferencia estética del paciente en la determinación del volumen; y el segundo, se funda en la determinación del cirujano de la prótesis adecuada de acuerdo con las medidas objetivas que presenta el candidato a la operación. Las publicaciones que podríamos ubicar dentro del primer enfoque, incorporan a las pacientes en la toma de decisiones a través de dispositivos que les permiten visualizar los distintos resultados pasibles de obtenerse a través de los diferentes volúmenes de prótesis. Para ello, se utilizan desde probadores externos que se colocan debajo del corpiño durante la consulta (Ellenbogen, 1978; Tegmeier, 1979; James 1987; Dionyssiou, Demiri y Davison, 2005; Hidalgo y Spector, 2009) hasta simuladores de resultados 3D (Gladilin, Montemurro y Heydén, 2011; Rooestaien y Adams, 2014). Los trabajos que caen en la segunda categoría, proponen un sistema codificado de prácticas orientadas a mensurar las características objetivas del seno de las pacientes a los efectos de establecer el tipo de prótesis que generará menor incidencia de complicaciones a largo plazo (Tebets y Adams, 2005; Tebbets, 2011).

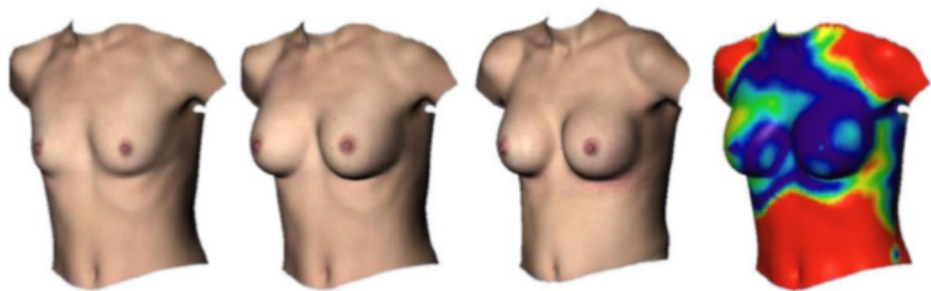
**Figura 1.** Procedimiento de simulación con prótesis mamarias provistas por empresas fabricantes.



Fonte: Bracaglia et al. (2005, p. 407).

22

**Figura 2.** De izquierda a derecha, comparación entre simulación 3D y resultado efectivamente obtenido a los efectos de mostrar fidelidad en la representación visual.



Fonte: Gladilin et al. (2011, p. 497).

Delineado el panorama acerca de los dispositivos de coordinación disponibles internacionalmente en materia de mastoplastias de aumento, resulta pertinente explorar el

posicionamiento que los cirujanos plásticos argentinos asumen frente a ellos y describir las adaptaciones prácticas que realizan para incorporarlos a su práctica cotidiana. De los intercambios que tuve con los cirujanos, surgen algunas resistencias a la exhibición de fotografías de casos previos y un total rechazo a los simuladores 3D. Tanto en uno como en otro caso, el distanciamiento responde al riesgo de acotar excesivamente el horizonte de expectativas, delineando un panorama en el que se plantea un escaso margen para la incertidumbre acerca de los resultados. Así lo expresó un cirujano de la ciudad de Buenos Aires de 59 años, refiriéndose particularmente al uso de los simuladores 3D:

Hay tipos que te sacan una foto, te ponen en la computadora, y te hacen así un poquito de Photoshop y dicen: 'Así vas a quedar' 'Bueno, fantástico. Guardáme la impresión de esa imagen, y cuando termine la cirugía yo voy a comparar'. El tipo que hace eso, es un enfermo mental. No se debe, no se puede. Porque aparte, te estás suicidando.

Descartado el uso de simuladores, queda por indagar la postura de los especialistas ante los sistemas de medidas codificadas y el uso de probadores externos para el establecimiento del volumen de las prótesis. Los entrevistados parecerían asumir un punto intermedio entre estos dos extremos: involucran a la paciente en el proceso de planificación a través de los probadores, pero enmarcan esta participación dentro de los límites que imponen las características físicas de la paciente, el criterio estético del cirujano e incluso la ocupación de la futura operada. Para ser más precisos, es partir de todos estos aspectos, que los cirujanos delimitan un rango de volúmenes adecuados para la paciente en cuestión, procediendo posteriormente a que esta última experimente con estas posibilidades a partir de los probadores externos y seleccione aquel volumen que le sienta mejor al contemplarse frente al espejo. En este punto, se abren dos escenarios posibles: que el proceso se lleve adelante en el consultorio del especialista, o que la paciente vaya a los distribuidores de determinada marca de prótesis con

la orden del médico y realice la prueba en los espacios que estos establecimientos destinan a tal efecto. Tanto en uno como en otro caso, la contemplación frente al espejo con las prótesis externas no se da en solitario, sino que está guiada por el juicio estético y la voz de la experiencia de expertos y legos en la materia.

Comenzando por el segundo escenario, resulta pertinente reponer el proceso de selección llevado adelante por Julia, empleada pública porteña de 26 años. Según comenta, tuvo dos consultas con el cirujano. En la primera, el cirujano le indicó un “rango de los tamaños” (entre 250 y 350 cm<sup>3</sup>), aclarándole a continuación que el volumen máximo constituía un límite infranqueable: “Hasta acá, yo te opero. Si vos querés otra cosa, anda a otro médico. Yo hasta esto cedo. Hay cosas que se pueden hablar, hay cosas que no, pero más no porque es malo para tu salud, o porque te van a quedar mal. O sea, yo hago lo que creo que es mejor para vos”. Según relata, le sugirió un distribuidor donde podía ir a realizarse la prueba de los implantes, lugar al que asistió junto a su madre. Allí, la atendió una vendedora, que la proveyó de “un corpiño deportivo” y “las tetas de prótesis” para probarse. Pero además de brindarle los materiales para la simulación, la vendedora la ayudó a elegir el volumen específico dentro del rango establecido en la orden médica. Para ello, apeló a su propio cuerpo y a su propia experiencia como mujer que ya se había realizado una mastoplastia de aumento. En este sentido, le mostró a Julia cómo lucían sus senos luego de haberse colocado prótesis de 300 cm<sup>3</sup>, señalando que ella podía ser tomada como referencia en tanto había partido de un volumen de mamas similar a los de su clienta (“Yo tenía más o menos como vos”). Finalmente, la entrevistada se inclinó por ese volumen, no sin antes mediar el asentimiento de su madre: “Me parece que trescientos está bien”.

En el consultorio, el procedimiento es esencialmente el mismo, solo que el principal interlocutor de las candidatas es el cirujano propiamente dicho. En el caso de varias de las entrevistadas, sus relatos dejan entrever que, a pesar de haber realizado la prueba de las prótesis, eso no contribuyó a la selección del volumen, en tanto

confiaron pura y exclusivamente en el criterio del especialista. Para otras, el uso de las prótesis externas las proveyó de una pauta de referencia, en tanto les permitió operacionalizar en un lenguaje visual aquello que aparece expresado en términos técnicos. Tal fue el caso de Daniela, empleada pública de 31 años, que dice haberse sentido impactada al ver la variedad de modelos de prótesis distribuidas sobre la mesa de su cirujano y desconcertada al tener que elegir a partir de una unidad de medida que no es la habitual para referirse al tamaño del busto: "Porque aparte está en centímetros cúbicos y yo era como: '¿Cuántos centímetros cúbicos es una teta?'". Esta situación inicial de desborde de posibilidades sobre la mesa, comenzó a estructurarse en un universo más limitado a partir del momento en que el cirujano seleccionó aquellas prótesis que se adecuaban a sus medidas: "Entonces vos vas y estás como: '¿Cuál me pruebo?' O sea, como ir a elegir un jean, no sé. (...) Y obviamente ahí cuando vas, te recomendaba por tu estatura, por tu espalda... Entonces te iba recomendando y era más fácil de ver, te guiaba un montón".

El relato de Lorena, por su parte, permite identificar el modo en el que el cirujano guía sutilmente la mirada de la paciente para que pueda apreciar con mayor nivel de fidelidad visual los cambios experimentados en las variaciones mínimas del volumen de las prótesis. Según afirma esta operada de 30 años, ella se probó el volumen sugerido por el cirujano y acto seguido la medida anterior, pero no lograba identificar la diferencia entre una y otra opción. Ante las dudas de la paciente, el especialista le sugirió que reemplazara la remera negra con la que estaba realizando la simulación por un corpiño de color claro. Según le explicó el profesional, la diferencia entre uno y otro color, es que con el primero "el tamaño no se nota tanto" y con el segundo "se nota mucho el tamaño". Fue a partir de este sencillo recurso que Lorena pudo identificar las diferencias, decidiéndose finalmente por el volumen que le había sugerido el profesional consultado.

El sutil despliegue de la autoridad experta en este proceso dialógico también puede constatarse en otro fenómeno: varios



especialistas afirman que procuran inducir a las mujeres a colocarse volúmenes levemente superiores al que ellas seleccionan inicialmente. Fundamentan este proceder, en una larga experiencia de prueba y error. Según afirman, en el proceso de simulación con prótesis externas, las mujeres perciben que el volumen sugerido por el cirujano es “excesivo” y “chocante”, solicitando una medida menor a la planteada. En este punto, hace su ingreso a escena la persuasión del especialista, donde aparecen entremezcladas su propia casuística y la teoría que le da sustento:

A la paciente, de entrada, le parece que es mucho lo que se va a poner. Pero después todas dicen: ‘Me hubiese puesto un poco más’. ¿Por qué? Porque es la cirugía que más rápidamente incorporan como propia, en el esquema corporal. Eso, desde el punto de vista psicológico, ya está estudiado. Las prótesis mamarias a los quince días siempre fueron de ellas, ni se acuerdan de que tienen prótesis mamaria (Cirujano plástico, 58 años).

26

Para guarecerse de los riesgos de insatisfacción que suscita esta suerte de amnesia acerca del cambio corporal experimentado entre las pacientes, los cirujanos no sólo se adelantan al futuro recomendando prótesis más grandes. También apelan al pasado, una vez que la cirugía se ha consumado y los resultados están a la vista. Desde esta perspectiva, la prueba de los implantes no sólo es un dispositivo de coordinación cuya eficacia desconocemos a ciencia cierta. También es un dispositivo de atribución de responsabilidad (Holstein y Miller, 1990) que, junto con el consentimiento informado, pueden ser movilizados para recordar a la paciente que ella tomó una parte activa en el proceso de planificación quirúrgica.

Los rastros del pasado, prestos a ser esgrimidos en caso de diferendo con el resultado, asumen mayor contundencia visual en el caso de las fotografías pre- y pos- operatorias. Estas último operan como una prueba que permite mostrar secuencialmente y por contraste el cambio físico experimentado: “El paciente, cuando vos lo operaste, ya pierde la percepción de lo que tenía. Entonces



siempre hacemos la foto pre y pos. ¿Por qué? Porque cuando viene ese reclamo, vos le decís: '¿Sabes de dónde partimos? Mirá...' '¡No!' '¿Viste que te olvidaste?'. Y ahí, a algunos se les termina..." (Cirujano plástico, 44 años). Menos sutil en el proceder ante la demanda estética de una paciente, un cirujano plástico de 59 años relata el caso de una paciente que lo llamó un "domingo a las ocho de la mañana" señalando que sus pechos presentaban cierta asimetría ("Me estaba mirando al espejo, y veía que una está un centímetro más baja que la otra"). En respuesta a esta inquietud, el entrevistado apeló a la contundencia del registro visual para saldar la disputa en ciernes: "Entonces yo le digo: 'En realidad, disculpame, te voy a contestar con una foto'. Y le mandé una foto del preoperatorio, donde una teta está acá y la otra acá".

En conjunción con este recurso al pasado, los especialistas se apoyan en el carácter intersubjetivo que tiene la evaluación del resultado en cirugía estética. En este marco, cuando las disputas no pueden ser resueltas en el interior del binomio médico-paciente, entran a escena otros actores que fungirán como aliados de la opinión del cirujano. Ese punto, aparece ilustrado por uno de los entrevistados, que trajo a colación el caso de una joven a la que le realizó una mastoplastia de aumento. La paciente arribó al consultorio junto con su madre, que tomó la voz cantante señalando que habían consultado anteriormente con otro cirujano, pero que estaban en desacuerdo con el criterio estético que éste planteaba. Según relata el cirujano, una vez tomadas las medidas de la paciente, realizó la prueba de los implantes y acordó con esta última colocarle prótesis de 300 cm<sup>3</sup>. A criterio del cirujano, la evolución en el posoperatorio fue perfecto y el resultado estético satisfactorio. Sin embargo, la madre de la joven se mostraba disconforme, con el agravante de que el entorno familiar de la paciente reforzaba dicha opinión: "Ante todo, mi hija no está contenta, y por eso doctor, yo no estoy contenta. En primer lugar, no se nota nada. A tal punto que mis otros hijos le preguntaron

en broma si se había operado o no. Mi marido enojado porque gastamos en algo que no se nota”.

Ante la intransigencia de esta mujer, el cirujano le propuso contactar a otros dos especialistas, cuya imparcialidad estaba supuestamente garantizada por el hecho de que no pertenecían a su equipo quirúrgico y por el hecho de que fueron provistos por la Sociedad Argentina de Cirugía Plástica, Estética y Reparadora (SACPER). No obstante, renglón seguido este cirujano señala haber tenido un intercambio telefónico con uno de estos especialistas, que le aseguró que el resultado estaba “entre nueve y diez”. El mismo veredicto sostuvo en el encuentro con la paciente, no sólo ensalzando el resultado, sino también atribuyendo la responsabilidad de la desazón a las veleidades de una mujer demasiado ostentosa y a la timidez de una muchacha apocada: “Lo que pasa señora, es que usted compite con su hija. Y usted quiere que la miren. Y a ella no la miran, porque ella tiene una tendencia a estar sumamente agachada. Si cambiara la postura, mostrando lo que tiene y tuviera ganas de mostrarse en la vida, la cosa sería distinta”.

28

## Conclusión

Este trabajo tuvo por objetivo analizar la relación médico-paciente en el marco del mercado argentino de cirugía estética, tomando como foco de análisis el modo en que los cirujanos plásticos atraen y gestionan la demanda estética de los candidatos a la operación. A partir de entrevistas en profundidad a estos profesionales, pretendí mostrar las jerarquías simbólicas entre los cirujanos plásticos en lo que refiere a los medios instrumentados para atraer a los pacientes. Según expusimos, los entrevistados mostraron una oposición a las jóvenes generaciones que cimientan sus trayectorias en la obtención de un rápido reconocimiento a través de la publicidad, defendiendo criterios de jerarquización endógenos al campo de los cirujanos plásticos. Entre ellos, destacaron la lenta acumulación de reconocimiento inter-pares

a partir del desempeño en la actividad pública y la progresiva acumulación de pacientes a través de redes de recomendaciones asentadas en la obtención de pacientes satisfechos. Asimismo, pudimos constatar que más allá del volumen de operados, el cambio en la calidad social de los pacientes da cuenta del progresivo afianzamiento como cirujanos liberales.

La creciente selectividad ligada a la consolidación de las carreras médicas, también se hizo patente al analizar la categorización de pacientes efectuada por los cirujanos plásticos. Según observamos, estos últimos apelan a un conocimiento práctico para detectar a pacientes potencialmente conflictivos y así evitar que la disconformidad de estos últimos vaya en detrimento de las redes de recomendaciones profanas. Una de las categorías mencionadas con mayor frecuencia por los profesionales es la “dismorfofobia”, etiqueta psicológica utilizada para referir a los pacientes que se mostrarán disconformes con el resultado estético de la operación debido a que poseen una visión distorsionada acerca de sus propios cuerpos. Otra de las categorías mencionados con bastante frecuencia por los médicos refiere a los candidatos que depositan demasiadas expectativas (estéticas, económicas y sentimentales) en el resultado de la operación. Aunque mencionados con menor frecuencia, el género, la clase social y el entorno también surgen como criterios de categorización de los pacientes.

Al cierre del trabajo, me aboqué al análisis de las prácticas y dispositivos puestos en juego por los cirujanos plásticos para gestionar la demanda estética en las operaciones de aumento de senos y generar conformidad con los resultados. Para ello, realicé un breve repaso de las propuestas efectuadas por la literatura internacional en materia de elección del volumen de las prótesis mamarias. En dichas publicaciones, pude identificarse dos enfoques: el primero, confiere un mayor peso a la preferencia estética del paciente a partir de toda una serie de dispositivos de visualización del resultado; y el segundo, se funda en la determinación del cirujano de la prótesis adecuada de acuerdo con las medidas objetivas que presenta la candidata a la operación. El análisis de

las entrevistas en profundidad a cirujanos y a pacientes operadas de las mamas, brindó la oportunidad de explorar la apropiación que los cirujanos plásticos argentinos contemporáneos hacen de dichas prácticas y dispositivos. Según pudimos constatar, aunque la puesta en práctica de estos últimos supone una apertura a la participación de las pacientes en el proceso decisorio y cierto grado de expertización de las consumidoras, lo cierto es que dicha implicación contribuye a que el cirujano eduque la mirada de las pacientes, gane su asentimiento y disponga de la posibilidad de movilizar el consentimiento pretérito para atribuirle la responsabilidad de los resultados. En pocas palabras, la autoridad experta no se impone desde arriba, sino mediante la participación activa y expertización de las pacientes durante el proceso de planificación quirúrgica.

## Referencias

- BOURDIEU, Pierre. Algunas propiedades de los campos. *In*: BOURDIEU, Pierre. **Cuestiones de sociología**. Madrid: Ed. Akal, 2008. p. 112-119.
- BRACAGLIA, Roberto; FORTUNATO, Regina; GENTILESCHI, Stefano. A simple way to choose the right implant volume in breast augmentation. **Aesthetic plastic surgery**, New York, v. 29, n. 5, p. 407-408, 2005.
- CARPIGO, Eva. À la rencontre du malentendu: stratégies d'approche medicale en chirurgie esthétique. *In*: HINTERMEYER Pascal, LE BRETON David, PROFITA Gabriele (ed.). **Les malentendus culturels dans le domaine de la santé**. Nancy: Presses universitaires de Nancy - Editions Universitaires de Lorraine, 2016, p. 163-176.

CATHY, Charles; GAFNI Amiram; WHELAN Tim. Decision Making in the Physician-patient Encounter: Revisiting the Shared Treatment Decision Making Model. **Social Science & Medicine**, Amsterdam, v. 49, n. 5, p. 651-661, 1999.

CONRAD, Peter; LEITER, Valerie. Medicalization, Markets and Consumers. **Journal of Health and Social Behavior**, California, v. 45, p. 158-176, 2004.

DINGWALL, Robert; TOPSY Murray. Categorisation in accident and emergency departments: "good" patients, "bad" patients and "children". **Sociology of Health and Illness**, California, v. 5, n. 2, p. 127-5, 1983.

DIONYSSIOU, Dimitrios; DEMIRI, Efterpi; DAVISON, John. A simple method for determining the breast implant size in augmentation mammoplasty. **Aesthetic plastic surgery**, New York, v. 29, n. 6, p. 571-573, 2005.

ELLENBOGEN, Richard. A new device to assist in sizing breasts. **Annals of plastic surgery**, Philadelphia, v. 1, n. 3, p. 333-335, 1978.

EYAL, Gil. For a Sociology of Expertise: The Social Origins of the Autism Epidemic. **American Journal of Sociology**, Chicago, v. 118, n. 4, p. 863-907, 2013.

FREIDSON, Eliot. Client control and medical practice. **American Journal of Sociology**, Chicago, v. 65, n. 4, p. 374-382, 1960.

FREIDSON, Eliot. **La profesión médica. Un estudio de sociología del conocimiento aplicado**. Barcelona: Península, 1978.

GLADILIN, Evgeny; GABRIELOVA, Barbora; MONTEMURRO, Paolo; HEDÉN, Per. Customized planning of augmentation mammoplasty with silicon implants using three-dimensional optical body scans and biomechanical modeling of soft tissue outcome. **Aesthetic Plastic Surgery**, New York, v. 35, n. 4, p. 494-501, 2011.

GREEN, Judith; DALE, Jeremy. Primary care in accident and emergency and general practice: A comparison. **Social Science and Medicine**, Amsterdam, v. 35, n. 8, p. 987-995, 1992.

HALL, Oswald. The stages of a medical career. **The American journal of sociology**, Chicago, v. 53, n. 5, p. 327-336, 1948.

HENWOOD, Flis; WYATT, Sally; HART, Angie; Smith, JULIE. "Ignorance Is Bliss Sometimes": Constraints on the Emergence of the "Informed Patient" in the Changing Landscapes of Health Information. **Sociology of Health & Illness**, New Jersey, v. 25, n. 6, p. 589-607, 2003.

HIDALGO, David; SPECTOR, Jason. Preoperative sizing in breast augmentation. **Plastic and reconstructive surgery**, California, v. 125, n. 6, p. 1781-1787, 2010.

HOLSTEIN, James A.; MILLER, Gale. Rethinking Victimization: An Interactional Approach to Victimology. **Symbolic Interaction**, New Jersey, v. 13, n. 1, p. 103-122, 1990.

INTERNATIONAL SOCIETY OF AESTHETIC PLASTIC SURGERY. "ISAPS International Survey on Aesthetic/Cosmetic Procedures performed in 2022", **ISAPS**, p. 1-55, 2023. Disponible en: [https://www.isaps.org/media/a0qfm4h3/isaps-global-survey\\_2022.pdf](https://www.isaps.org/media/a0qfm4h3/isaps-global-survey_2022.pdf). Acceso en: 7 jul. 2024.

JAMES, John H. What size prosthesis for augmentation mammoplasty? **Annals of plastic surgery**, Philadelphia, v. 19, n. 3, p. 294-296, 1987.

JEFFERY, Roger. Normal rubbish: deviant patients in casualty departments. **Sociology of Health and Illness**, New Jersey, v. 1, n. 1, p. 91-107, 1979.



LARS, Johannessen. Narratives and gatekeeping: making sense of triage nurses' practice. **Sociology of Health and Illness**, New Jersey, v. 40, n. 5, p. 892-906, 2018.

LE HENAFF, Yannick. Catégorisations professionnelles des demandes masculines de chirurgie esthétique et transformations politiques de la médecine. **Sciences sociales et santé**, Arcueil, v. 31, n. 3, p. 39-64, 2013.

LIGHT, Donald W. The Medical Profession and Organizational Change: From Professional Dominance to Countervailing Power. In: BIRD, Chloe E.; CONRAD, Peter; FREMONT, Allen (eds.). **Handbook of Medical Sociology**. New Jersey: Prentice Hall, 2000, p. 201-216.

LUPTON, Deborah. Consumerism, reflexivity and the medical encounter. **Social science and medicine**, Amsterdam, v. 45, n. 3, p. 373-381, 1997.

PARKER, Rhian. **Women, Doctors and Cosmetic Surgery: Negotiating the 'Normal' Body**. New York: Palgrave Macmillan, 2010.

PARSONS, Talcott. Illness and the role of the physician: a sociological perspective. **The American journal of orthopsychiatry**, Washington, v. 21, n. 3, p. 452-460, 1951.

PITTS-TAYLOR, Victoria. **Surgery Junkies. Wellness and Pathology in Cosmetic Surgery**. New Jersey: Rutgers University Press, 2007.

ROOSTAEIAN, Jason; ADAMS, William. Three-Dimensional Imaging for Breast Augmentation: Is This Technology Providing Accurate Simulations? **Aesthetic surgery journal**, Oxford, v. 34, n. 6, p. 857-875, 2014.

ROTH, Julius A. Some contingencies of the moral evaluation and control of clientele: the case of the hospital emergency service. **American Journal of Sociology**, Chicago, v. 77, n. 5, p. 839-856, 1972.

SANDOVAL, Mauricio O.; GARCÍA HUIDOBRO, Isidora; PEREZ-COTAPOS, María Luisa. Trastorno dismórfico corporal. **Revista Chilena de Dermatología**, Santiago de Chile, v. 25, n. 3, p. 244-250, 2009.

SHUTZBERG, Mani. The Doctor as Parent, Partner, Provider... or Comrade? Distribution of Power in Past and Present Models of the Doctor-Patient Relationship. **Health care analysis: journal of health philosophy and policy**, New York, v. 29, n. 3, p. 231-248, 2021.

SULLIVAN, Deborah. **Cosmetic Surgery: The Cutting Edge of Commercial Medicine in America**. New Jersey: Rutgers University Press, 2001.

TEBBETTS, John; ADAMS, William P. Five critical decisions in breast augmentation using five measurements in 5 minutes: the high five decision support process. **Plastic and reconstructive surgery**, California, v. 116, n. 7, p. 2005-2016, 2005.

TEBBETTS, John. Bra stuffing for implant sizing? Satisfaction? Who, when, and compared to what? **Plastic and reconstructive surgery**, California, v. 127, n. 2, p. 1001-1002, 2011.

TEGTMEIER, Ronald E. A convenient, effective mammary sizer. **Aesthetic plastic surgery**, New York, v. 3, n. 1, p. 227-231, 1979.