

# Actuaciones ginecológicas y urológicas en las redes sociotécnicas de abordaje del cáncer cervicouterino y prostático. El ejercicio de definir, prevenir, diagnosticar y tratar estas enfermedades en la Ciudad de Buenos Aires, Argentina\*

Mines Cuenya, A. (2024). Actuaciones ginecológicas y urológicas en las redes sociotécnicas de abordaje del cáncer cervicouterino y prostático. El ejercicio de definir, prevenir, diagnosticar y tratar estas enfermedades en la Ciudad de Buenos Aires, Argentina. *Revista Cultura y Droga*, 29(37), 67-93. <https://doi.org/10.17151/culdr.2024.29.37.4>

Ana Mines Cuenya\*\*

Recibido: 25 de febrero de 2023  
Aprobado: 7 de abril de 2023


## Resumen

El objetivo del artículo consiste en describir y analizar las actuaciones ginecológicas y urológicas en las redes sociotécnicas que se despliegan en el abordaje del cáncer cervicouterino (CC) y prostático (CP) en Buenos Aires, Argentina. Se trata de dos enfermedades oncológicas de alta incidencia en la población nacional. Se entiende por redes sociotécnicas a las distintas asociaciones que se ponen en juego para abordar estas patologías. Las mismas están conformadas por diversas instituciones como ministerios y servicios de salud y también por pacientes, programas de prevención, médicos/as, guías de prácticas clínicas, cuerpos, recomendaciones, espéculos, guantes, camillas, colposcopios, muestras citológicas, laboratorios, consultorios, diagnósticos, regulaciones cisheteronormativas, entre otros. La estrategia teórico-metodológica recupera los aportes de los estudios sobre ciencia y tecnología. Se analiza un conjunto de materiales heterogéneos conformado por once entrevistas en profundidad a ginecólogos/as y urólogos/as, registros de conferencias médicas sobre

---

\*Agradezco a los/as editores/as del dossier "Fármacos, diagnósticos y ciencias sociales: teorías e investigaciones en América Latina" por la invitación y a los/as evaluadores/as anónimos cuyos comentarios contribuyeron con la mejora de este artículo.

\*\* Doctora en Ciencias Sociales, Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Buenos Aires, CONICET. Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina. E-mail: [anamines@gmail.com](mailto:anamines@gmail.com)

 [orcid.org/0000-0001-7491-4698](https://orcid.org/0000-0001-7491-4698). [Google Scholar](#)



*Cultura y Droga*, 29, (37), enero-junio 2024, 67-93  
ISSN: 0122-8455 (Impreso) ISSN: 2590-7840 (En línea)

CC y CP, materiales elaborados por el Ministerio de Salud de la Nación, especialmente por el Instituto Nacional del Cáncer y programas específicos, materiales difundidos por asociaciones profesionales como la Federación Argentina de Sociedades de Ginecología y Obstetricia (FASGO) y la Sociedad Argentina de Urología (SAU). Como conclusiones se destacan las diferencias en la amplitud y multiplicidad de actores institucionales, el peso diferencial que tienen las prácticas preventivas y diagnósticas y las maneras en las que esto se articula con el funcionamiento de regulaciones sexo-genéricas en el abordaje del CC y CP. Respecto del último punto, se hizo hincapié en los modos en los que se distribuyen y operan las prácticas de cuidado, autocuidado y control, en el reconocimiento o no de identidades no cisheteronormativas como parte del universo de pacientes y en las formas en las que se abordan los cuerpos, en relación con su penetrabilidad.

**Palabras clave:** medicina preventiva, redes sociotécnicas, regulaciones cisheterosexuales, cáncer cervicouterino, cáncer prostático, ginecología, urología.

## **Gynecological and urological actions in the socio-technical networks for cervical and prostate cancer. The exercise of defining, preventing, diagnosing and treating these diseases in Buenos Aires City, Argentina**

### **Abstract**

The aim of this article is to describe and analyze the gynecological and urological actions in the socio-technical networks that are deployed in the approach to cervical cancer (CC) and prostate cancer (PC) in Buenos Aires, Argentina. These are two oncological diseases of high incidence in the national population. Socio-technical networks are understood as the different associations that come into play to address these pathologies. These are made up of various institutions such as ministries and health services, as well as patients, prevention programs, physicians, clinical practice guidelines, bodies, recommendations, specula, gloves, stretchers, colposcopes, cytological samples, laboratories, clinics, diagnoses, cisheteronormative regulations, among other issues. The theoretical-methodological strategy recovers the contributions of science and technology studies. A heterogeneous set of materials is analyzed, consisting of eleven in-depth interviews with gynecologists and urologists, records of medical conferences on CC and PC, materials produced by the

National Ministry of Health, especially by the National Cancer Institute and specific programs, materials disseminated by professional associations such as the Argentine Federation of Gynecology and Obstetrics Societies (FASGO for its acronym in Spanish) and the Argentine Society of Urology (SAU for its acronym in Spanish). As conclusions, the differences in the breadth and multiplicity of institutional actors, the differential weight of preventive and diagnostic practices and the ways in which this is articulated with the functioning of sex-gender regulations in the approach to CC and PC are highlighted. Regarding the last point, emphasis was placed on the ways in which care, self-care and control practices are distributed and operate, on the recognition or not of non cisheteronormative identities as part of the universe of patients and on the ways in which bodies, are approached in relation to their penetrability.

**Key words:** preventive medicine, socio-technical networks, cisheterosexual regulations, cervical cancer, prostate cancer, gynecologist, urology.

## Introducción

El objetivo general del presente artículo consiste en describir, analizar y comparar las actuaciones de ginecólogos/as y urólogos/as en las redes sociotécnicas que se ponen en marcha en el abordaje del cáncer cervicouterino (CC) y prostático (CP) en la Ciudad de Buenos Aires, Argentina. El CC es el tercer cáncer que más afecta a mujeres cis, mientras que el CP es el que más lo hace a hombres cis tratándose de enfermedades oncológicas de alta incidencia nacional. Su abordaje médico-sanitario conlleva distintas estrategias en las que intervienen numerosos actores tales como el Ministerio de Salud de la Nación (MSN) y el Instituto Nacional del Cáncer (INC), cuellos de útero, sociedades profesionales como la Federación Argentina de Sociedades de Ginecología y Obstetricia (FASGO) y la Sociedad Argentina de Urología (SAU), médicos/as, pacientes, próstatas, el virus del papiloma humano (VPH), vacunas, instrumentos como camillas, espéculos, colposcopios, quirófanos, análisis de laboratorios como la prueba del antígeno prostático específico (PSA) o exámenes citológicos.

Recuperando la propuesta de Latour (2008, 2013), entendemos por redes sociotécnicas a las asociaciones entre actores heterogéneos, humanos y no humanos,

de distintas escalas y características. Estas asociaciones pueden ser más o menos estables e incluso circunstanciales. Su conformación no es algo que se defina *a priori*, sino resulta de las características de los actores que las componen, así como de las maneras en las que éstos se relacionan, o sea, de las singularidades de la propia red.

A lo largo del trabajo vamos a describir el funcionamiento de las redes que tienen lugar en el abordaje del CC y CP. Estas se identificaron a partir del seguimiento de los “cursos de acción” (Latour, 2013) más frecuentes en los consultorios médicos, es decir, del rastreo de aquellas prácticas que ginecólogos/as y urólogos/as realizan con mayor asiduidad en su labor asistencial. Veremos que en el ámbito ginecológico se destaca la realización del llamado “control anual”, mientras que en el urológico lo hace la atención de hombres cis que cursan síntomas asociados a dolencias prostáticas. Ambas situaciones oficiaron como las puntas que nos permitieron adentrarnos a los ovillos que conforman las redes de abordaje de los tipos de cáncer en cuestión. Específicamente, vamos a indagar en las formas en las que la ginecología y la urología participan y dan forma a esas redes (Rohden, 2014) focalizando en su capacidad de hacer de sus consultorios médicos “puntos de paso obligados” para el abordaje de estas enfermedades, así como en sus efectos (Law, 1998).

En las redes de abordaje del CC los consultorios ginecológicos comparten protagonismo con otros actores de peso, capaces de gravitar y dar forma a la red, tales como el Programa Nacional de Prevención de CC y otras especialidades médicas y no médicas. A su vez, pruebas citológicas como el papanicolaou, cuya potestad se arrogan ginecólogos/as, conviven con el test de VPH y la colposcopia. Estas técnicas de *screening* se yuxtaponen con acciones de prevención primaria como la incorporación de la vacuna contra algunas cepas del VPH al calendario oficial de vacunación en 2011.

Por el contrario, en el abordaje del CP, la urología ocupa un lugar central y gravitante. Las intervenciones orientadas a la prevención primaria y secundaria, es decir, a evitar la aparición de la enfermedad y a realizar diagnósticos tempranos, son mínimas. La realización del diagnóstico tiene lugar a partir de demandas provocadas por pacientes que cursan síntomas, a veces agudos. El abordaje se centra en intervenciones terapéuticas generalmente complejas, muchas veces quirúrgicas, *expertise* de la urología.

De manera transversal, vamos a comparar las características y el funcionamiento de estas redes y de los quehaceres de ginecólogos/as y urólogos/as, prestando especial atención a su dimensión sexo-genérica (Butler, 2006, 2007). Por regulaciones sexo-genéricas nos referimos al establecimiento de parámetros normativos que definen lo que son los sexos y los cuerpos de hombres y mujeres, las formas en las que se administran las responsabilidades respecto de la prevención, el cuidado y autocuidado (Lehner *et al.*, 2017; Pecheny *et al.*, 2007), así como los supuestos heterosexistas sobre la sexualidad y, particularmente, sobre la penetrabilidad o no de los cuerpos (Amthauer, 2016; Brown *et al.*, 2013, 2014). Como señala Rohden (2014), el género es “constantemente performado a partir de una matriz heterosexista que traza jerarquías entre hombres y mujeres por medio de la biologización de la diferencia sexual y de la insistencia en la reproducción como algo inevitable” (p. 203). En términos de Butler (2006, 2007), podemos afirmar que las redes analizadas se modelan por el funcionamiento de regulaciones sexo-genéricas al mismo tiempo que producen marcas de género de manera normativa. Siguiendo estas ideas, vamos a indagar en las maneras en que el género da forma a las redes que intervienen en el abordaje del CC y el CP en tanto dispositivos, es decir, en tanto disposiciones de manera diferencial según el funcionamiento de parámetros conformadas por actores heterogéneos capaces de hacer actuar, ver, hablar (Deleuze, 1990) cisheteronormativos (Almeida *et al.*, 2020; Mines Cuenya, 2021; Rohden, 2014).

Partimos del supuesto de que tanto el CC, el CP, como las enfermedades en general no conforman realidades unívocas y trascendentales (Canguilhem, 2004, 2011; Foucault, 2008; Macherey, 2011). Sostenemos que las mismas resultan de procesos complejos y que adquieren sus características de manera situada a partir de los distintos tipos de actores que intervienen dándole forma (Martin *et al.*, 2018; Mol, 2002; Mol & Law, 2004). Las maneras como las enfermedades se definen, materializan y encarnan se relacionan de forma consustancial con las estrategias de abordaje, el énfasis o no en lo preventivo, las características del proceso diagnóstico y de las posibilidades terapéuticas (Mines Cuenya, 2019; Mol & Law, 2004). Parafraseando a Law (1998), la estabilización de esas definiciones resulta de la capacidad diferencial de los actores en danza para abigarrarlas de manera exitosa, es decir, para hacer prevalecer ciertas definiciones, y sus tratamientos aparejados, sobre otras.

Al sostener que las enfermedades no conforman realidades regulares y homogéneas, asumimos que las categorías diagnósticas no guardan una relación inocua con las mismas. En tanto resultados contingentes de determinadas posibilidades técnicas

y epistemológicas, de procesos biológicos y sociales y de consensos médicos y científicos históricamente situados (Canguilhem, 2011; Conrad, 2008; Conrad y Schneider, 1992), podemos pensar a los diagnósticos como actores capaces de llevar adelante mediaciones, es decir, de dar forma a los procesos en los que interviene (Latour 2001, 2008). Un mediador solo existe en términos relacionales, es decir, en el marco de articulaciones sucesivas. Analizar a los mediadores y su funcionamiento significa, por lo tanto, reconocer a los distintos actores asociados y describir los movimientos y regímenes de acción vinculados a la emergencia de una determinada red (Latour, 2008).

Recuperando los aportes de Rosenberg (2003), señalamos al menos cuatro maneras en las que los diagnósticos de CC y CP ofician como mediadores. La primera remite a los modos en los que las autoridades sanitarias definen a estas enfermedades, así como a las estrategias para su cobertura y abordaje. La segunda tiene lugar específicamente en los consultorios médicos (Rosenberg, 2003). Los diagnósticos operan como unidades de inteligibilidad favoreciendo la comunicación entre pacientes y médicos/as en situaciones concretas. La tercera refiere a los efectos de las categorías diagnósticas en las prácticas médico-clínicas, es decir, en su actuación como hoja de ruta de los quehaceres del personal de salud. La cuarta mediación remite a la traducción que producen los diagnósticos de CC y de CP para los/as pacientes. Estos efectos pueden aparecer como alarmas, miedos, pudores, ser entendidos como prácticas asociadas al cuidado/descuido, al envejecimiento, entre otras cuestiones. A lo largo del trabajo, analizaremos de manera transversal el funcionamiento de estas mediaciones diagnósticas.

## Métodos

La estrategia teórico-metodológica en la que se sustenta este trabajo hace propios aportes de los estudios sobre ciencia y tecnología (STS por sus siglas en inglés). Las decisiones metodológicas partieron del supuesto de que la realidad de los procesos sanitarios, médicos y corporales no está dada *a priori*. Por el contrario, se asume que su realidad, plural, semiótica y material, se moldea de manera localizada en entramados específicos conformados por agentes humanos y no-humanos, artefactos epistemológicos, prácticas socio-materiales y la proliferación de ontologías múltiples (Ariza, 2016a; Mines Cuenya, 2021; Mol, 2002).

Al seguir algunas contribuciones de la teoría del actor-red desarrollada por Latour (2008, 2013), entendemos a las redes, su duración e institucionalidad como efectos y no como puntos de partida. Lo mismo respecto de las entidades que conforman la red. Tanto humanos como no humanos se conforman como agentes capaces de intervenir, modelar, traducir los fenómenos en los que intervienen en el marco de redes específicas. Por ello, el esfuerzo metodológico estuvo orientado a rastrear a los principales agentes en danza, sin trazar criterios de inclusión y exclusión de manera apriorística.

El trabajo de campo fue guiado por un ejercicio de “atención etnográfica” (Ariza, 2016a; Hidalgo y Stagnaro, 2016), o sea, agudizando la sensibilidad para detectar a los agentes que gravitan con mayor intensidad en la conformación de las redes de abordaje del CC y CP. Ese ejercicio nos llevó a la detección, elaboración y selección de una serie de materiales heterogéneos: 11 entrevistas en profundidad realizadas a seis ginecólogos/as y cinco urólogos/as entre 2017 y 2021, registros de conferencias médicas sobre CC y CP organizadas por la FASGO y la SAU de manera virtual durante la pandemia de Covid-19, materiales elaborados por el MSN, especialmente por el INC y el Programa Nacional de Prevención de Cáncer Cérvicouterino (PNPCC), piezas audiovisuales y gráficas de divulgación, guías de prácticas clínicas y artículos académicos elaborados o difundidos por FASGO y SAU. El detalle de los documentos citados en el trabajo se encuentra al final del artículo.

Los/as médicos/as entrevistados/as se desempeñaban en servicios ubicados en la Ciudad de Buenos Aires. Salvo un caso, cuya labor se desarrollaba exclusivamente en el ámbito privado, todos/as dividían su trabajo entre el sector público y privado. El contacto se realizó a través de la técnica “bola de nieve”. En las entrevistas se buscó que médicos/as describiesen con el mayor detalle posible su quehacer cotidiano en los consultorios. Las entrevistas se grabaron, transcribieron y enviaron a entrevistados/as para su revisión y consentimiento respecto de su uso investigativo. La totalidad estuvo de acuerdo sin realizar cambios en la transcripción.

La estrategia de análisis se configuró con base en los antecedentes bibliográficos, al trabajo de campo y, específicamente, a las particularidades y formas de agencia específicas de los distintos materiales producidos y recolectados. El análisis buscó mapear las maneras en las que cada objeto o actor de las redes que abordan el CC y el CP se dan forma entre sí (Law, 2015). Asimismo, el análisis de los materiales seleccionados estuvo orientado por el funcionamiento de los pares salud/enfermedad,

hombre/mujer, cis/trans, heterosexual/LGBT, así como por las ideas de prevención, diagnóstico, tratamiento, cuidado, autocuidado y vulnerabilidad.

### **Hallazgos: mapeando redes**

Al explorar la página web del Ministerio de Salud de la Nación (MSN), encontramos que tiene bajo su órbita una serie de instituciones descentralizadas encargadas de implementar distintas líneas programáticas orientadas a la prevención y abordaje de cuestiones definidas como prioritarias. Allí se encuentra el Instituto Nacional del Cáncer (INC), encargado de coordinar políticas específicas para prevenir y abordar este tipo de patología. En su página web de inicio se presentan tres entradas principales: “Cáncer: prevención y detección temprana”, “El cáncer en números”, “Mapa de acceso al tratamiento oncológico” (MSN, s. f.-a).

Respecto de los números del año 2020, el CC fue el tercer tipo de cáncer que más afectó a mujeres cis y el séptimo de mayor incidencia en la población general, mientras que el CP fue el cuarto de mayor incidencia en la población general y el que más afectó a hombres cis (MSN, s. f.-c). Estas magnitudes coinciden con el énfasis en la retórica preventiva que puede observarse en la página del MSN, donde se reconoce que estas enfermedades suponen un problema relevante para la salud pública. Sin embargo, su traducción programática y asistencial no sólo no es lineal, sino que además es disímil.

En lo que sigue, vamos a mostrar las características principales de las redes de abordaje del CC y el CP. Indagaremos en los tipos de demandas que tienen lugar en los consultorios ginecológicos y urológicos, en la presencia o no del INC, en las actividades orientadas a la prevención primaria y secundaria, entre otras cuestiones. En términos generales, veremos que la red de abordaje del CC es tumultuosa, de varios caminos posibles y que allí conviven diversas prácticas preventivas, diagnósticas y terapéuticas, además del VPH. La red asociada al CP, en cambio, se organiza en un camino principal dado por el consultorio urológico y se caracteriza por una impronta quirúrgica e intervencionista.



## A) El abordaje del CC: una red preventiva de varios puntos de paso posibles

Los procesos de salud y enfermedad que atañen a los cuerpos con cuellos de útero conllevan el movimiento y la articulación de numerosos actores que, si bien se organizan de manera heterogénea y a veces contradictoria, lo hacen a partir de una premisa común: la prevención. El foco de la actuación sanitaria y médica está puesto, por un lado, en las personas con cuerpos gestantes, principalmente mujeres cis, que no presentan síntomas. Por otro, en las estrategias médicas y sanitarias cuyo éxito, como veremos, se mide en relación con la capacidad de llegada a las personas pre-sintomáticas.

La relevancia de lo preventivo supone un asunto medular en la organización de los consultorios ginecológicos. Según las entrevistas analizadas, el motivo de consulta más frecuente es la demanda espontánea de mujeres cis que asisten para realizarse el llamado “control anual”. No se trata de servicios médicos que hacen búsqueda de pacientes y seguimientos personalizados, sino de la atención de mujeres que administran su propia agenda asistiendo de manera voluntaria y asintomática a la consulta médica.

Tal como se señala en la entrevista citada, el control anual tiene como práctica ineludible la realización de un estudio llamado papanicolaou. Sin embargo, la realización de este estudio es su piso, ya que bajo ese paraguas abstracto la consulta puede involucrar otras cuestiones vinculadas a la ginecología y a la medicina clínica:

La consulta más común es la del control ginecológico. Es la mujer que viene a hacerse su control anual que básicamente es el papanicolaou. Otro motivo de consulta es anticoncepción, que muchas veces viene dentro del control anual, o consultas por flujo, picazón, a veces por dolor mamario, también consultan por irregularidades menstruales. A veces en el control el ginecólogo puede actuar como médico de cabecera y atender inquietudes clínicas más generales. (Médica ginecóloga)

Recuperando las definiciones ofrecidas por la *Guía programática abreviada para el tamizaje de cáncer cervicouterino* del PNPCC, el papanicolaou supone “un método sencillo de tamizaje que permite detectar anomalías celulares en el cuello del útero”, mientras que “tamizaje” refiere a un “*método de prevención* que consiste en

detectar dentro de una población sin síntomas, lesiones precancerosas” (MSN, 2014 destacados en el original).

La realización del papanicolaou en el marco del control anual que tiene lugar en los consultorios ginecológicos forma parte de una estrategia clínica que excede el tamizaje de las células del cuello del útero, articulándose con otras prácticas identificadas con salud, cuidado y autocuidado, así como con responsabilidades anticonceptivas y (no) reproductivas (Brown *et al.*, 2013). El concepto amplio, abstracto y globalizante de “control ginecológico”, a veces identificado con “la salud de la mujer”, se conforma como mediador capaz de organizar y dar forma a las prácticas clínicas que caracterizan a la ginecología en tanto disciplina.

A partir de lo indicado en la entrevista citada a continuación, podemos afirmar que los consultorios ginecológicos operan como dispositivos específicos en los que el papanicolaou se asocia, junto con otras demandas y exámenes, a las ideas de salud y cuidado, asuntos que asumen las mujeres cis (Lehner *et al.*, 2017), especialmente las jóvenes, después de recepcionados y que son administrados por el/la ginecólogo/a de manera anual:

La consulta más frecuente es el chequeo en salud, o sea, la consulta de pacientes sanas que vienen anualmente a controlarse. Eso habla bien, significa que hay buena llegada. El estudio clásico para las jóvenes es el papanicolaou y la colposcopia. Yo hago la toma en el consultorio y la envío al laboratorio. A veces se puede pedir una ecografía transvaginal para corroborar que todo anda bien. A partir de los 40, se agregan mamografía y ecografía mamaria. Yo tengo la ventaja de tener un ecógrafo en mi consultorio, así que puedo hacer ecografías en el momento. (Médico ginecólogo).

La realización del papanicolaou requiere de una camilla, idealmente con pedales, donde quien consulta pueda recostarse y apoyar sus pies de tal manera que su vulva quede expuesta a la mirada de quien realiza el procedimiento. Se necesita además un espéculo, instrumento utilizado para abrir las paredes vaginales y permitir la visualización del cuello del útero. La muestra de papanicolaou se toma con un cepillo endocervical que roza las paredes del cuello extrayendo muestra de tejido. Esta muestra se coloca en un portaobjetos y se envía al laboratorio encargado del análisis.

En los consultorios ginecológicos, el papanicolaou suele hacerse de manera simultánea con otro estudio llamado colposcopia. Se trata de un estudio ocular realizado a través de un aparato llamado colposcopio que permite visualizar el cuello del útero a una escala mayor. La realización simultánea de ambos no solo agrega el requerimiento de un nuevo artefacto, sino también la necesidad de que el/la profesional cuente con el entrenamiento adecuado para interpretar la observación del cuello del útero. Lo que se intenta detectar a través de estos estudios son lesiones pre-cancerosas producidas por algunas cepas del VPH. Existen varias cepas de este virus, muchas de las cuales causan alteraciones que se curan sin la necesidad de intervenciones médicas. En ese sentido, el uso regular del colposcopio hace del cuello de útero un tejido mosaico, cuyas irregularidades, modeladas a través de una especie de zoom, se traducen en alertas clínicas que refuerzan la supuesta necesidad de controles periódicos (Mines Cuenya, 2021). Si a esto le agregamos la realización de distintos tipos de ecografías, así como la disponibilidad de un ecógrafo en el consultorio, arribamos a un tipo de red sociotécnica compleja que hace del/de la médico/a ginecólogo/a un actor ineludible.

Ginecólogos/as, control anual, autocuidado y papanicolaou conforman un “punto de paso” (Law, 1998), relevante en el abordaje del CC para las mujeres cis en general, especialmente para las jóvenes, que son quienes tienen más adherencia a este tipo de prácticas (Arrossi, 2019). Ahora bien, tal como señala Arrossi (2019), la edad en la que se realiza el tamizaje en los consultorios ginecológicos resulta problemática. Pues resulta en “un sobretamizaje de mujeres muy jóvenes, con bajo riesgo de desarrollar CC que coexiste con una gran proporción de mujeres que nunca se realizaron la citología o se la han hecho a una frecuencia mayor a la recomendada” (p. 92). Como analizaremos a partir de la entrevista que se cita abajo, estas controversias también están presentes en los consultorios ginecológicos:

Generalmente no hay indicación de estudios ginecológicos para las mujeres jóvenes y sanas. No existe salvo que, tengan dudas por un no cuidado y quieran hacerse el estudio de ITS o salvo que nunca se hayan hecho un análisis de sangre, que yo se los pido. Pero no existe indicación de ningún tipo para ecografía mamaria ni ginecológica. El papanicolaou se hace recién a los tres años de iniciada la vida sexual. El porqué es clarísimo: porque cuando empiezan su contacto sexual es muy factible que aparezca algún tipo de lesión o la presencia de algún VPH que a lo largo de los tres primeros años desaparece, se cura sola. Lo único que hay que hacer es un

buen interrogatorio, preguntar si se dieron la vacuna contra el VPH, educar a la paciente y estar cuando lo necesiten. (...) El test de VPH aún no está totalmente disponible, depende del servicio y de la zona. Igualmente se indica recién a partir de los 30 años. Si da negativo, el próximo papanicolaou se hace en cinco años. (Médica ginecóloga)

Esta cita corresponde a la entrevista a una ginecóloga dedicada a la atención de jóvenes de hasta 24 años. La articulación de actores que ella propone, en contraposición a lo que generalmente sucede en los consultorios ginecológicos, libera a las adolescentes del paso obligado por el control anual en tanto equivalente al tamizaje de cuello de útero. En efecto, la articulación que esta profesional pone de relieve aparece explícitamente el virus del VPH acompañado de información precisa sobre cómo actúa y cómo detectarlo. Aparecen también los cuerpos de quienes consultan en tanto actores capaces de intervenir y resolver las lesiones que pueden ocasionar algunas cepas del virus, así como la vacuna y el test de VPH.

La vacuna y el test de VPH suponen actores también protagónicos en las redes de abordaje del CC, pero cuyo accionar sucede por fuera de las paredes de los consultorios ginecológicos. En 2011, el MSN amplió el calendario de vacunación obligatoria incorporando la vacuna contra el VPH y, además, dio lugar a la creación del PNPCC bajo la órbita del INC. Ambas medidas tienen en común el énfasis preventivo y un modo específico de entender el problema: se trata de una enfermedad puntual, el CC, que guarda relación directa con la presencia de un virus.

Abajo se cita un fragmento de una intervención de una ginecóloga que forma parte del PNPCC quien comparte información respecto de las estrategias preventivas. A través de la vacuna se intenta evitar la transmisión del virus (o al menos de algunas de sus cepas) y el desarrollo de la infección. Mediante el test de VPH, se busca detectar la presencia del virus y con el papanicolaou se intenta identificar de manera temprana lesiones pre-cancerosas.

El CC consiste en el crecimiento anormal de células producido por el virus del VPH. Tenemos dos grandes estrategias para prevenirlo: una es la prevención primaria por medio de la vacunación. Hoy en día, en la Argentina el calendario de vacunación incluye a niñas y niños de 11 años para aplicarse la vacuna del VPH y contribuir a la prevención de este virus. Por otro lado, está la prevención secundaria, que la hacemos con el test de VPH y el papanicolaou. (PNPCC, 2021)

La vacuna supone una medida de prevención primaria, pues apunta a reducir la posibilidad de desarrollar la infección que eventualmente podría ocasionar el CC. En tanto agente, este medicamento conecta de manera directa algunas cepas del VPH con el CC y, además, pone en escena a niñas, pero también a niños de once años en tanto destinatarios/as del mismo. En la actualidad, buena parte de la promoción de la vacunación está en manos del PNPCC (s. f.-c, s. f.-b). Así la vacuna, mediada por las gestiones vinculadas a la implementación llevadas adelante por el PNPCC, compone otro punto de paso fundamental en el abordaje médico-sanitario del CC.

El PNPCC tiene por objetivo reducir “la incidencia y mortalidad por cáncer de cuello de útero en Argentina”. Para ello, “diseña, implementa y evalúa estrategias para fortalecer a los programas de prevención jurisdiccionales de nuestro país” (MSN, s. f.-d). Su página web se inicia con la siguiente definición:

A pesar de que podría prevenirse casi por completo con las tecnologías actualmente disponibles, el cáncer de cuello de útero es el tercer tipo de tumor más diagnosticado en nuestro país. (...). Este tumor afecta principalmente a mujeres vulnerables y con poco vínculo con los servicios de salud, debido a la existencia de diversas barreras de acceso a la salud. Algunas de esas barreras se encuentran relacionadas a la inequidad en la distribución territorial de las pruebas de tamizaje y del personal de salud para realizar la toma y lectura de las muestras.

Definido de manera específica y puntual, CC es entendido como una enfermedad prevenible “casi por completo” a través de las “tecnologías disponibles”. En la definición se hace hincapié en la relevancia de la disponibilidad y, agregamos, en las maneras como se disponen y articulan recursos y tecnologías. Así, la estrategia de abordaje ya no se organiza por medio de un *control anual* general y globalizante, sino a través del *tamizaje* de una enfermedad que tiene como causa principal la presencia de un virus. Como señalamos al inicio, las maneras entender el problema no son ajenas a las características de las estrategias de abordaje, por el contrario, son consustanciales.

El PNPCC no se refiere a las mujeres cis como un conjunto homogéneo, sino que destaca los efectos de la segmentación por edad, clase social y lugar de residencia. Intenta convocar a mujeres consideradas vulnerables y que tienen poco vínculo con el sistema de salud. Para esto, desarrolla distintas estrategias. En el documento *Lo que piensan las mujeres: conocimientos y percepciones sobre CC y realización de*

*PAP* (PNPCC, 2013) se brindan elementos para identificar las principales barreras que separan a algunas mujeres cis de la realización del papanicolaou. Este examen citológico resulta central en la estrategia prevención del CC, sin embargo, su éxito está condicionado a las maneras como se implementa. En el documento se señala, por un lado, la importancia de promover su realización mediante estrategias de comunicación que hagan propias las singularidades “culturales y sociales” de las distintas mujeres. En esa línea, podemos ubicar el desarrollo de diversos materiales de difusión. A diferencia del esquema técnicamente complejo en el que se implementa el papanicolaou en los consultorios ginecológicos, en los folletos del PNPCC se destaca que se trata de una técnica sencilla susceptible de ser realizada por médicos/as generalistas y profesionales no médicos/as como enfermeros/as. Algunos de los materiales se orientan a mujeres de diferentes edades, a lesbianas y hombres trans (PNPCC, s. f.-a). Por otro lado, en el documento mencionado (PNPCC, 2013) se subraya la relevancia de las estrategias de atención primaria. El papanicolaou no solo puede ser realizado por distintos/as profesionales, sino que requiere de un equipo de salud que realice un seguimiento de mujeres que no llegan por su propia cuenta. Pues de nada sirve la realización de este estudio si luego no se retiran los resultados y se lleva adelante, en caso de ser necesario, el tratamiento correspondiente.

Si bien en los numerosos materiales producidos y divulgados por el PNPCC la prevención del CC y realización del papanicolaou parecen una metonimia, al hilar más fino, los detalles de la implementación resultan fundamentales para la conformación y el funcionamiento de una red que pretende ampliar el alcance de las políticas preventivas.

El último actor de esta red que vamos a caracterizar es el test del VPH. Para ello se citan fragmentos del documento *Manual para la implementación del Test de VPH en contexto programático* (PNPCC, 2016):

El test de VPH posee un alto valor predictivo negativo, lo que permite espaciar el intervalo de tamizaje. Además, la modalidad autotoma que permite esta prueba tiene un potencial para superar algunas barreras de acceso al tamizaje. Estas ventajas comparativas del test de VPH brindan una gran oportunidad a los programas para mejorar su funcionamiento. Sin embargo, les genera nuevos desafíos ya que su efectiva implementación depende de su capacidad organizativa.

El PNPCC recomienda la incorporación de la autotoma como estrategia de tamizaje ya que posee un gran potencial para mejorar la cobertura de los programas de prevención. Especialmente para llegar a aquellas mujeres que, por vergüenza, temor a sentir dolor durante el examen físico, falta de tiempo, lejanía de los centros de salud y largos tiempos de espera para conseguir turnos, no acceden a los servicios de salud.

Al igual que el papanicolaou, la muestra para la realización del test de VPH también se realiza mediante un cepillo endocervical que, en este caso, viene dentro del tubo en el que se guardará cepillo y muestra. El test puede ser realizado por un/a profesional, pero también a través de la autotoma. En esta última, quien se realiza el estudio debe ubicarse en una posición semi-sentada que le permita acceder a su vagina con el cepillo, sin la necesidad de que intervenga de otra persona. El test de VPH se relaciona con la conformación de un punto de paso alternativo al de los consultorios ginecológicos y el control anual. Como se señala en los fragmentos citados, este método tiene una alta aceptabilidad, además de que simplifica notablemente los requerimientos de implementación: ya no se requiere de consultorios, camillas, espéculos, ginecólogos/as, ni mucho menos colposcopios y tomógrafos. Sin embargo, aparecen nuevos desafíos vinculados al contacto y seguimiento de la persona que se realizó el test. Pues no solo hay que acercarle cepillo y tubo, sino que hay que asegurarse de que la muestra llegue a destino para ser analizada, que los resultados lleguen a la persona y que luego, en caso de ser necesario, ésta entre en contacto con un/a médico/a para realizar un tratamiento. O sea, la implementación del test de VPH supone la emergencia y articulación de actores distintos a los que tienen lugar en los consultorios ginecológicos.

## **B) La atención del cáncer prostático (CP): una red de camino principal y de diversas intervenciones**

Como se mencionó, la web de inicio del Instituto Nacional del Cáncer (INC) presenta tres entradas principales: “Cáncer: prevención y detección temprana”, “El cáncer en números”, “Mapa de acceso al tratamiento oncológico” (MSN, s. f.-a). A su vez, la sección de prevención y detección temprana lleva a las siguientes secciones: “Tipos de cáncer”, “Factores de riesgo”, “Prevención”, “Diagnóstico” y “Cuidados paliativos”. Dentro de los tipos de cáncer encontramos la definición del CP:

Afecta principalmente a varones mayores de 65 años. No se puede prevenir dado que ciertos factores de riesgo como edad o antecedentes familiares no se pueden controlar. (...). La decisión de realizar estudios para el diagnóstico temprano debe ser individualizada, teniendo en cuenta valores y preferencias de cada paciente. (MSN, s. f.-b)

A diferencia del CC, para el CP no se ha identificado un agente causal como el virus del VPH, sino que se asocia a factores de riesgos como la edad y antecedentes familiares, los cuales no pueden evitarse. Se trata de una enfermedad frente a la que no es posible diseñar estrategias de prevención primaria, o sea, medidas que apunten a impedir su emergencia (Vignolo *et al.*, 2011). En términos preventivos, las estrategias posibles deben apuntar a la detección temprana, también entendida como prevención secundaria o diagnóstico oportuno, lo mismo que se busca a través del papanicolau en el caso del CC. Sin embargo, a diferencia de lo que sucede con el CC, las estrategias de prevención del CP son escasas y se ponen en práctica a partir de la aparición de síntomas para corroborar o descartar la enfermedad.

Contrastando con la abundancia de materiales gráficos y audiovisuales de prevención del CC, a lo largo de la investigación en la que se sustenta este trabajo ha sido difícil encontrar ejemplos similares respecto de las dolencias prostáticas. Dentro del INC no existen líneas programáticas específicas ni tampoco se han detectado materiales destinados a usuarios/as o equipos de salud. Sólo hemos identificado un documento orientado a profesionales, titulado *Cáncer de próstata: tratamientos de alto costo en enfermedad localizada y avanzada* (Cesaroni, 2015). Como indica el título, el material versa sobre tratamientos posibles para una enfermedad en curso.

De carácter preventivo detectamos sólo tres iniciativas aisladas y discontinuas, ninguna proveniente de la cartera sanitaria. La primera se rastreó a partir de sus vestigios. Se trata de una iniciativa llamada la “Semana de la Próstata” que al parecer supo tener lugar en algunos hospitales de la Ciudad de Buenos Aires. A inicios de 2019 encontramos una entrada de un blog de un hospital público porteño, donde se la anunciaba bajo el objetivo de realizar chequeos a hombres cis, mayores de 50 años y asintomáticos. Fuimos allí el día anunciado, pero no encontramos nada vinculado a la actividad. En el servicio de urología nos informaron que se trataba de algo que se había hecho “hace años”.



Las otras dos iniciativas provienen de la Sociedad Argentina de Urología (SAU). Una de ellas consiste en la imagen de una campaña impulsada por el Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas de Perú, llamada “Noviembre Azul y con bigotes” (INEN Perú, s. f.) compartida en las redes sociales de la SAU. Bajo la consigna “la prevención también es cosa de hombres” y sin particularizar en ningún tipo de examen, la campaña intenta instalar el mes de noviembre como excusa para la realización de controles por parte de hombres cis asintomáticos. La otra iniciativa consiste en un video realizado por la SAU en 2018 y que, a la fecha –inicios de 2023–, se encuentra como publicación fijada en su perfil de Twitter. En el video, se ve un hombre adulto de pie frente a un micrófono dentro de un estudio de grabación.

Desde allí dice:

El cáncer de próstata es el tumor maligno más frecuente en los hombres adultos. A partir de los 50 años es importante que te hagas un chequeo al año como lo hago yo, y dejes el tabú de lado. El tacto rectal no es doloroso, no genera grandes molestias y dura solo unos segundos. A tal punto que mientras grabo este comercial me revisaron, sin que nadie lo notara. (SAU, 2018)

Al terminar la locución, aparece por detrás un médico con guardapolvo blanco quien se retira los guantes. Sin dejar de darle la espalda, el hombre le hace un gesto de agradecimiento. Este fue el único material que encontramos en el que se difunde el tacto rectal de manera específica.

La escasez de prácticas preventivas se superpone con la prácticamente nula información orientada a pacientes respecto de los síntomas asociados a dolencias prostáticas. Tal como señalaron médicos/as en las entrevistas, dentro de las consultas más frecuentes en los consultorios urológicos se encuentran las de hombres cis mayores que cursan síntomas, a veces agudos, asociados a dolencias prostáticas. La consulta periódica asintomática, según dicen, es una rareza.

Los urólogos vemos mucho lo prostático. Son consultas de hombres mayores, de alrededor de 50 años, que vienen cuando tienen dificultades para orinar. A los 40, 45 años la próstata empieza a crecer, a eso se le dice “hiperplasia prostática benigna”. Al crecer, la próstata empieza a tapan el conducto de la uretra. “Me levanto a la noche”, “el chorro finito”, “goteo”. El crecimiento

puede ser benigno o maligno y es importante que lleguen a la consulta antes de hacer retención de orina. (Médico urólogo)

Muchos hombres llegan a la consulta solamente si tienen algún síntoma. Por ejemplo, si dejan de orinar de golpe u orinan muy finito. Recién ahí vienen, cuando ya están muy progresados. El hombre no está acostumbrado a hacerse controles periódicos, a lo sumo con un médico clínico. Si bien de a poco va cambiando, al urólogo vienen con síntomas, no sé, orinando con sangre. (Médico urólogo)

La consulta sintomática se superpone con la falta de instancias de prevención y con el perfil intervencionista y quirúrgico de la urología. Ni la cartera sanitaria ni la urología interpelan de manera consistente a los hombres cis en términos de cuidado y prevención. En efecto, la mayor parte de los quehaceres de urólogos/as que tienen lugar en los consultorios médicos se focalizan en las dolencias en curso, en corroborar si el agrandamiento prostático es benigno o maligno y en administrar un tratamiento.

El análisis prostático se realiza mediante dos exámenes, uno clínico, el tacto rectal y otro de sangre, el PSA. Eventualmente puede indicarse una ecografía. Cada una de estas pruebas ofrece información distinta y ninguna es suficiente para diagnosticar CP. Frente a determinados parámetros asociados al cáncer, está indicada la realización de una biopsia, o sea, la extracción quirúrgica de una porción de tejido prostático para examinarlo. Este examen requiere de la disponibilidad de un quirófano y del uso de anestesia, además del tiempo de espera de los resultados. Se trata de un examen invasivo, que suele tener efectos iatrogénicos, por lo que las diferentes guías de prácticas clínicas como el *Consenso Nacional Inter-Sociedades para el Diagnóstico y Tratamiento del Cáncer de Próstata* (SAU *et al.*, 2016), así como el ya citado documento *Cáncer de próstata: tratamientos de alto costo en enfermedad localizada y avanzada* (Cesaroni, 2015), difundido desde el INC, insisten en la importancia de llevar adelante estudios previos evitando la realización de biopsias innecesarias.

Ahora bien, como veremos a partir de las citas que siguen, la evaluación de pacientes con sospecha de CP consiste básicamente en la indicación de un PSA (Cesaroni, 2015; SAU *et al.*, 2016; Vitagliano *et al.*, 2016) y, a veces, en la realización del tacto rectal.

En todos los ensayos clínicos y estudios analizados, el PSA se utilizó como elemento primario de detección, considerando el tacto rectal como un elemento secundario de diagnóstico (...). Sin embargo, tanto el PSA como el tacto rectal deben ser considerados primarios para el diagnóstico. La mayor parte de los CP se localizan en la zona periférica y pueden detectarse mediante el tacto rectal (...). Si el **tacto rectal es sospechoso**, cualquiera sea el valor del PSA, es indicación absoluta de biopsia. (SAU *et al.*, 2016 destacados en el original)

¿Cuándo se hace el tacto rectal? Depende del médico. Algunos lo hacen en la primera consulta, otros cuando hay alguna indicación por edad o antecedentes familiares. De todos modos, no siempre se hace, ni siquiera cuando está indicado. Hay médicos que directamente no lo hacen. Si el paciente se niega le piden solamente el PSA. Y eso no está bien, porque el PSA no es un buen indicador en sí mismo. El PSA es un estudio que se pide mucho y no siempre está justificado. En cambio, el tacto nos da información valiosa sobre la consistencia de la próstata. La glándula suele endurecerse cuando su crecimiento es maligno. (Médica uróloga)

La realización del PSA requiere de la emisión de una orden médica y de la intervención de un laboratorio de análisis clínicos. Los resultados de ese examen mostrarán la disponibilidad del antígeno prostático específico en sangre, valores que pueden alterarse por motivos tan variados como el consumo de café, una infección y relaciones sexuales de penetración anal. Estas alternaciones suelen inducir a la realización de biopsias innecesarias y “sobrediagnósticos”, cuestiones sobre las que alertan las guías de prácticas clínicas (Cesaroni, 2015; SAU *et al.*, 2016).

Al contrario, el tacto rectal es un estudio clínico que puede realizarse en el consultorio al momento de la consulta. Para llevarlo a cabo, el/la médico/a debe introducir su dedo índice por el ano y el recto del paciente hasta alcanzar la cara posterior de la próstata y proceder a su palpación. No requiere mayor aparatología que guantes de látex y una camilla, su realización no supone riesgos y el resultado se obtiene en ese mismo momento evitando el estrés asociado a la espera. A diferencia del PSA y la ecografía, en este estudio no hay mediación objetual entre el cuerpo del médico/a y el del paciente, no hay ecógrafo, no hay jeringa, no espéculo, ni hisopo. Se trata de un estudio simple y relevante, pero resistido tanto por médicos/as como por pacientes (Almeida *et al.*, 2020; Amthauer, 2016). Evidentemente, lo técnico no es ajeno a lo moral (Latour y Venn, 2002) y lo moral no es ajeno a los modos en los que la urología aborda, diagnostica y trata a los cuerpos de los hombres cis.

Los anos y rectos de los hombres cis, al igual que las vulvas y vaginas de las mujeres cis, suponen parte de los cuerpos sumamente permeadas y moldeadas por sentidos sexuales, prejuicios, quizás temores y vergüenza. Mientras las vaginas se identifican como órganos sexuales, pero sobre todo reproductivos, son susceptibles de cuidados y controles. Los estudios que requieren penetración como el papanicolaou se realizan de manera frecuente. Al contrario, el ano es una zona del cuerpo masculino cis heterosexual tan clausurada como sexualizada. Su uso se asocia a la homosexualidad y su impenetrabilidad se identifica como prueba de la heterosexualidad (Hocquenghem, 2009). La manera silenciosa como la urología gestiona la relevancia, así como las dificultades para la realización de este examen, naturalizan la no penetrabilidad de los cuerpos de hombres cisheterosexuales. Al decir de Hocquenghem (2009), en la construcción sexual de sus cuerpos, el ano se configura como lo “esencialmente privado” y su clausura se relaciona con la autosuficiencia que supuestamente los caracteriza. La resistencia al tacto rectal pone de manifiesto la productividad de la homofobia en la configuración de los cuerpos de los pacientes, pero también en las prácticas médicas (Amthauer, 2016). A su vez, contrasta con la dimensión pública que parecen adquirir los cuellos de útero, susceptibles a ser controlados inclusive con mayor intensidad que la indicada en la prevención del CC.

Capítulo aparte merecen las alternativas terapéuticas de la urología, es decir, los tratamientos que se ponen en juego una vez confirmado el diagnóstico. Este tipo de intervenciones suponen un punto fuerte de esta especialidad, definida como quirúrgica. En efecto, numerosas patologías prostáticas pasan, tal como podemos ver a partir de la siguiente cita, por el quirófano.

Cuando la próstata ha tenido un crecimiento benigno se retira el exceso de glándula para que el paciente siga orinando bien. Para eso hay dos tipos de cirugía: endoscópica, ingresando por la uretra, o a cielo abierto, a través de un tajito debajo del ombligo. Si detectamos la presencia de un adenocarcinoma, que es el tipo de CP más común, ahí hay tratamientos curativos oncológicos, rayos, radioterapia, etc. Nosotros hacemos la prostatectomía radical que es una cirugía para sacar la próstata. También hay diferentes técnicas, cielo abierto, laparoscópica o por robot. La idea es sacar el órgano o la parte del órgano en la que se genera el cáncer. (Médico urólogo)

Como se mencionó, la manera de confirmar el diagnóstico de CP es mediante una biopsia. Sin embargo, esta confirmación no supone un estado monolítico. Al

contrario, la categoría CP engloba situaciones que varían por su “grado de avance”, “gravedad” y “velocidad de desarrollo” (SAU *et al.*, 2016). En la entrevista citada, se señala que ante la confirmación de cáncer las alternativas terapéuticas pueden ser oncológicas o quirúrgicas. Para las primeras, urólogos/as se apoyan y arman equipos con oncólogos/as. Para las cirugías, requieren del equipo de quirófano, es decir, anestesiólogos/as, ayudantes, además de instrumentos como fuente de luz, lupas, bisturíes, etc.

En un webinar titulado *Cáncer de Próstata*, participaron tres urólogos y un oncólogo. Este último, antes de iniciar su exposición, advirtió: “En esta charla no van a ver si sangre, hago esa aclaración para los que son medio tiburones y se ven atraídos por la sangre. (...). Voy a hablar de drogas básicamente” (SAU, 2021). En efecto, en las tres presentaciones anteriores, todas a cargo de urólogos, se enseñaron pormenores de técnicas quirúrgicas, incluyendo fotos de diferentes momentos de algunas cirugías. Asimismo, llama la atención el énfasis en la importancia de considerar estrategias terapéuticas “no intervencionistas” de la citada la guía de prácticas clínicas (SAU *et al.*, 2016):

No todos los cánceres de bajo riesgo deben ser automáticamente tratados y la vigilancia activa puede ser una opción razonable (...). En la ecuación riesgo-beneficio de la detección temprana del cáncer de próstata, se debe (...) [entre otras consideraciones] 1)- **Desconectar el diagnóstico de cáncer de próstata del tratamiento inmediato** en los casos de bajo riesgo, especialmente en pacientes mayores y/o con comorbilidades significativas. 2)- Considerar la posibilidad de la **observación** en ese grupo. (SAU *et al.*, 2016. Destacadas en el original)

Los consultorios urológicos, el examen de laboratorio, así como los quirófanos se conforman como *el* punto de paso en el abordaje del CP. Esta especialidad conforma un dispositivo clínico en el que se articulan numerosas herramientas para diagnosticar y tratar una enfermedad en curso, pero no así para la prevención secundaria y el tratamiento acorde a las singularidades del paciente. En efecto, tanto desde la oncología, como desde las guías de prácticas clínicas analizadas se intenta menguar el impulso intervencionista de esta especialidad, impulso que, además, participa de la construcción de la enfermedad como un evento grave que afecta o puede afectar a los hombres cis en tanto identidad abstracta y homogénea.

## **Conclusiones: algunos efectos de y en las redes sexo-generizadas**

A lo del artículo se analizaron las actuaciones de ginecólogos/as y urólogos/as en el marco de las redes sociotécnicas que se ponen en marcha en el abordaje del CC y CP en la Ciudad de Buenos Aires. Frente al CC, se moviliza una red amplia, tumultuosa, heterogénea. La ginecología no supone un único punto de paso, sino uno más, junto con el calendario de vacunación contra el VPH y los dispositivos de prevención impulsados desde el PNPCC. En estos últimos, se prioriza el contacto con mujeres que tienen dificultades para acceder a controles periódicos, apuntando a una estrategia de tamizaje, sea a través del papanicolaou o del test de HPV, que permita identificar la presencia del virus o de lesiones precancerosas de manera temprana.

La idea de “control anual” actúa como mediador, dando forma a lo que sucede en los consultorios ginecológicos. Se trata de una estrategia abstracta y globalizante basada en la realización del papanicolaou, pero que abarca otras cuestiones vinculadas, por ejemplo, a la educación sexual, anticoncepción, ciclo menstrual y hasta el chequeo clínico. El control anual apunta al contacto periódico con las mujeres cis que asisten de manera voluntaria, aunque esto suponga la realización de mayor cantidad de estudios de los señalados por los consensos médicos.

A diferencia de lo que sucede en el abordaje del CC, prácticamente no existen instancias que promuevan la prevención primaria y secundaria del CP. No hemos identificado materiales e iniciativas en ese sentido, ni por parte del INC ni de asociaciones profesionales como la SAU. En general, la atención del CP sucede a partir de la consulta de hombres cis que llegan a los consultorios urológicos con dificultades, a veces agudas, para orinar. La atención consiste en la elaboración del diagnóstico para lo que, primero, se indica un estudio de laboratorio, el PSA y, a veces, un examen clínico que es el tacto rectal. El PSA es un estudio inespecífico, cuyo resultado puede inducir a la realización de biopsias innecesarias. El tacto rectal es un estudio simple y que brinda información sustanciosa para conocer el estado de las próstatas. Sin embargo, es resistido por médicos/as y pacientes.

Dependiendo de esas pruebas se realiza una biopsia, es decir, una extracción quirúrgica de tejido prostático para su análisis en laboratorio y posterior confirmación o no del diagnóstico.

Los consultorios urológicos se conforman como el punto de paso obligado en el abordaje del CP. En tanto dispositivos, imprimen a la atención del CP algunas características vinculadas a su énfasis intervencionista. Esta disciplina quirúrgica, pone en primer plano la paleta de exámenes y alternativas terapéuticas, haciendo del CP algo grave que puede tratarse mediante procedimientos invasivos.

Parafraseando a Latour (2001), a través del quehacer de médicos/as en los consultorios ginecológicos y urológicos y de las redes de abordaje del CC y CP de las que estos forman parte, podemos conocer algunos aspectos de procesos políticos de mayor alcance como son las regulaciones sexo-genéricas. En primer lugar, es notable la gravitación diferencial de lo preventivo en las maneras en las que ambas redes interpelan a mujeres y hombres cis. Coincidiendo con lo señalado en otras investigaciones (Brown *et al.*, 2014; Lehner *et al.*, 2017; Vieira, 2002) el desenvolvimiento de las redes de abordaje del CC refuerzan la identificación de las mujeres cisheterosexuales con el cuidado y el auto-cuidado. En paralelo, la pobreza en términos preventivos de las redes de abordaje del CP robustece la idea de que el cuidado, auto-cuidado y prevención son cuestiones ajenas a los hombres cis. Entendemos que se trata de regulaciones ambivalentes, porque si bien las mujeres cis se benefician de las estrategias preventivas, al ser interpeladas desde ahí también son sujetas a regulaciones normativas que refuerzan su rol de cuidado. Algo equivalente, pero en sentido contrario, sucede con los hombres cis. La no disponibilidad de recursos y estrategias que posibiliten la detección temprana del CP los alejan de las prácticas de cuidado y autocuidado favoreciendo el avance y empeoramiento de procesos vinculados a su salud. Esto se yuxtapone con los ideales normativos que regulan la masculinidad en términos de autosuficiencia, resistencia y capacidad para aguantar el malestar.

En segundo lugar, queremos destacar que, aunque ocupan un lugar secundario, en las redes de abordaje del CC, especialmente desde el PNPCC, se reconocen y se interpelan a lesbianas y hombres trans en tanto destinatarias/os de las prácticas de prevención, además de las mujeres cis. No sucede lo mismo en las redes de abordaje del CP. No se han identificado iniciativas en las que se consideren gays, mujeres trans ni travestis. O sea, si bien la primera red es profundamente normativa en términos sexo-genéricos tiene algunas fugas, mientras que la segunda se encuentra mucho más blindada en los términos de la masculinidad cisheterosexual hegemónica.

Por último, queremos destacar las diferentes maneras en las que estas redes construyen y refuerzan una economía diferencial de la penetrabilidad de los cuerpos. La prevención del CC consiste en la toma de muestras de tejido y, a veces, en la visualización del cuello de útero. Para realizar ambas cuestiones es preciso que distintos objetos accedan por la vagina. En la mayor parte de los casos, esas maniobras son realizadas por un/a profesional. En menor proporción, lo realizan los/as propios/as usuarios/as a través de la autotoma. La manera y asiduidad en la que se realizan estos exámenes conforman políticas públicas y consensos sanitarios y médicos haciendo de la salud de los cuellos de útero, y por lo tanto de la penetrabilidad de las vaginas, un asunto público. Lo opuesto sucede con el ano y el recto, principalmente de hombres cis. Como vimos, el tacto rectal es un examen que brinda información valiosa para la detección temprana del CP. En efecto, es el único estudio que no conlleva reparos debido a sus beneficios clínicos en términos preventivos. Sin embargo, se trata de una práctica resistida tanto por médicos/as como por pacientes. En la única iniciativa detectada de promoción de este examen, un video realizado por la SAU, se enfatiza que es algo que puede realizarse “sin que nadie lo note”. Parafraseando a Hocquenghem (2009), la discrecionalidad y el silencio que rodean a esta práctica hacen del ano un orificio de carácter privado.

## Referencias

- Almeida, É. S., Souza, R. y Dos-Santos, E. M. (2020). “Afectados por el tacto”: Sentidos atribuidos por hombres a las prácticas de prevención del cáncer de próstata. *Salud Colectiva*, 16, e2176-e2176. <https://doi.org/10.18294/sc.2020.2176>
- Amthauer, C. (2016). As representações da masculinidade na adesão do toque retal como prevenção contra o câncer prostático Representations of masculinity in adherence of rectal examination as prevention against prostate cancer. *Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental Online*, 8(3), 4733-4737.
- Ariza, L. (2016a). Cuerpos abstractos, riesgos concretos: Dispositivos clínicos y la salud de las donantes de óvulos en la medicina reproductiva argentina. *Salud colectiva*, 12(3), 361-382. <https://doi.org/10.18294/sc.2016.789>
- Ariza, L. (2016b). No pagarás: el consentimiento informado como productor de solidaridad en la medicina reproductiva. *Ciencia, docencia y tecnología*, 52, 240-268.



- Arrossi, S. (2019). *El impacto del Test de VPH en los programas de tamizaje en América Latina: El caso de Argentina*. <https://doi.org/10.21149/9257>
- Brown, J. L., Pecheny, M. M., Gattoni, S. y Tamburrino, C. (2013). Gender, body and sexuality in gynecological care/Género, cuerpo y sexualidad en la atención ginecológica/Genero, corpo e sexualidade em atendimento ginecológico. *Revista Artemis*, 15, 135-149.
- Brown, J. L., Tamburrino, M. C., Pecheny, M., Andia, A. M., Capriati, A., Ibarlucia, I., Conde, L. L., Perrotta, G. V. y Mario, S. (2014). Atención ginecológica de lesbianas y bisexuales: Notas sobre el estado de situación en Argentina. *Interface comun. saúde educ*, 673-684.
- Butler, J. (2006). *Deshacer el género*. Paidós.
- Butler, J. (2007). *El género en disputa: El feminismo y la subversión de la identidad*. Paidós.
- Canguilhem, G. (2004). *Escritos sobre la medicina*. Amorrortu.
- Canguilhem, G. (2011). *Lo normal y lo patológico*. Siglo XXI.
- Cesaroni, S. (2015). *Cáncer de próstata: tratamientos de alto costo en enfermedad localizada y avanzada*. <https://acortar.link/9R9hnR>
- Conrad, P. (2008). *The Medicalization of Society: On the Transformation of Human Conditions into Treatable Disorders*. JHU Press.
- Conrad, P. y Schneider, J. W. (1992). *Deviance and Medicalization: From Badness to Sickness*. Temple University Press. <http://muse.jhu.edu/book/2682>
- Deleuze, G. (1990). ¿Qué es un dispositivo? En *Michel Foucault, filósofo* (pp. 155-163). Gedisa. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=2070581>
- Foucault, M. (2008). *La vida de los hombres infames: Ensayos sobre desviación y dominación*. Caronte Ensayos.
- Hidalgo, C. y Stagnaro, A. (2016). Antropología de la Ciencia y la Tecnología. Presentación del dossier. *Cuadernos de Antropología Social*, 0(43), 9-11.
- Hocquenghem, G. (2009). *El deseo homosexual*. Melusina.
- INEN Perú. (s. f.). *Noviembre Azul*. <https://twitter.com/SauUrologia/status/1590308707547897857/photo/1>
- Latour, B. (2001). *La esperanza de Pandora: Ensayos sobre la realidad de los estudios de la ciencia*. Gedisa Editorial.
- Latour, B. (2008). *Reensamblar lo social: Una introducción a la teoría del actor-red*. Manantial.
- Latour, B. (2013). *Investigación sobre los modos de existencia: Una antropología de los modernos*. Paidós.

- Latour, B. y Venn, C. (2002). Morality and Technology. *Theory, Culture y Society*, 19(5-6), 247-260. <https://doi.org/10.1177/026327602761899246>
- 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>
- Lehner, M. P., Findling, L., Encinas, L. y Champalbert, L. (2017). Cuidados y descuidos Percepciones sobre el auto-cuidado de la salud de dos generaciones de mujeres del gran Buenos Aires. *Symploké Revista Filosófica*, 7. <http://www.revistasymploke.com/revistas/SymplokeN7.pdf>
- Macherey, P. (2011). *De Canguilhem a Foucault: La fuerza de las normas*. Amorrortu.
- Martin, D., Spink, M. J., Pereira, P. P. G. & Mol, A. (2018). Multiple bodies, political ontologies and the logic of care: An interview with Annemarie Mol. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, 22, 295-305. <https://doi.org/10.1590/1807-57622017.0171>
- Mines Cuenya, A. (2019). *Prácticas médico-clínicas y ontologías corporales: sus relaciones entre los campos de la ginecología, la urología y la sexología médica en Buenos Aires*. Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Buenos Aires.
- 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. & Law, J. (2004). Embodied Action, Enacted Bodies. The Example of Hypoglycaemia. *Body y Society*, 10(2-3), 43-62.
- MSN. (s. f.-a). *INC*. <https://www.argentina.gob.ar/salud/inc>
- MSN, I. (s. f.-b). *Cáncer de próstata*. <https://www.argentina.gob.ar/salud/cancer/tipos/cancer-de-prostata>
- MSN, I. (s. f.-c). *Estadísticas—Incidencia*. <https://acortar.link/1gm1>
- MSN, I. (s. f.-d). *Programa Nacional de Prevención de Cáncer Cervicouterino*. <https://acortar.link/rWJ8u8>
- MSN, I. (2014). *Guía Programática Abreviada para el tamizaje de Cáncer Cervicouterino*. <https://acortar.link/n0viQK>

- Pecheny, M., Alonso, J. P., Brown, J. L., Capriati, A., Mantilla, J., Gattoni, S., Gómez, L., Maulen, P., Siccardi, J. P., Tamburrino, C. y Manzelli, H. (2007). La ciudadanía de la salud: Derechos y responsabilidades en salud sexual-reproductiva, enfermedades crónicas y cuidados paliativos. En E. López y E. A. Pantelides (Eds.), *Aportes a la investigación social en salud sexual y reproductiva* (pp. 195-230). CENEP-CEDES-AEPA-UNFPA. <https://acortar.link/U9VrZZ>
- PNPCC. (s. f.-a). “*Hacete un PAP*”, “*Las dos necesitan un PAP*”, “*Hacete un PAP – Wichi*”, “*Hacete un PAP – QOM/Toba*”. <https://acortar.link/zIxFHi>
- PNPCC. (s. f.-b). *Vacuna contra el VPH también para varones*. <https://acortar.link/kcxw01>
- PNPCC. (s. f.-c). *VPH y cáncer de cuello de útero*. <https://bancos.salud.gov.ar/recurso/vph-y-cancer-de-cuello-de-utero>
- PNPCC. (2013). *Lo que piensan las mujeres: Conocimientos y percepciones sobre cáncer de cuello de útero y realización del PAP*. <https://acortar.link/JRv1qb>
- PNPCC. (2016). *Manual para la implementación del Test de VPH en contexto programático*. <https://acortar.link/FS4TEv>
- PNPCC. (Director). (2021). *Charla sobre #CáncerCervicouterino con el Dr. Luis Paul y la Dra. Luciana Prozillo*. <https://acortar.link/3Tq4j7>
- Rohden, F. (2014). A centralidade do sexo nas estratégias recentes de promoção da saúde do homem no Brasil. *Revista de Antropologia*, 57(2), 173-214.
- Rosenberg, C. E. (2003). What is disease? In memory of Owsei Temkin. *Bulletin of the History of Medicine*, 77(3), 491-505. <https://doi.org/10.1353/bhm.2003.0139>
- SAU. (2018). *Para que el cáncer de próstata no mate*. <https://twitter.com/SauUrologia/status/987020675549401088?s=20>
- SAU, ANM, AAOC, y FAU. (2016). *Consenso Nacional Inter-Sociedades para el Diagnóstico y Tratamiento del Cáncer de Próstata*. <https://acortar.link/tHFuVb>
- Vieira, E. M. (2002). *A medicalização do corpo feminino*. Fiocruz.
- Vignolo, J., Vacarezza, M., Álvarez, C. y Sosa, A. (2011). Niveles de atención, de prevención y atención primaria de la salud. *Archivos de Medicina Interna*, 33(1), 7-11.
- Vitagliano, G., Blas, L., Pita, H., Contreras, P., Mazza, O. y Ameri, C. (2016). Informe sobre la encuesta de la Sociedad Argentina de Urología (SAU): Utilización de PSA por parte de la población urológica argentina. *Revista Argentina de Urología*, 81(3), 106-113.