



UNIVERSIDAD  
**NACIONAL**  
DE COLOMBIA

# **¿Somos todas Mary Papanicoloau? Una vuelta a la citología desde los haceres cuidadosos de las enfermeras**

**Mariana Calderón Jaramillo**

Universidad Nacional de Colombia  
Facultad de Ciencias Humanas, Departamento de Sociología  
Maestría en Estudios Sociales de la Ciencia  
Bogotá D.C, Colombia  
2018



# **¿Somos todas Mary Papanicoloau? Una vuelta a la citología desde los haceres cuidadosos de las enfermeras**

**Mariana Calderón Jaramillo**

Tesis presentada como requisito parcial para optar al título de:  
**Magíster en Estudios Sociales de la Ciencia**

Directora  
Ph. D Tania Pérez-Bustos

Líneas de Investigación  
Estudios Sociales de la Ciencia; Medicina, Salud y Sociedad; Ciencia, Cuerpo y Género

Universidad Nacional de Colombia  
Facultad de Ciencias Humanas, Departamento de Sociología  
Maestría en Estudios Sociales de la Ciencia  
Bogotá, Colombia

2018



*Así como Cristóbal Colón descubrió América en 1492, el doctor Ernst Grafenberg descubrió durante el siglo pasado el punto G, que lleva este nombre en honor a su apellido. Este trabajo es para todas las mujeres que resistimos a estos “descubrimientos”.*



## **Agradecimientos**

En primer lugar agradezco a las enfermeras que participaron del trabajo de campo, a quienes tuve la oportunidad de entrevistar y observar: Alejandra, Sandra, Marcela, Marina, Isabela, Lina, Ana María, Lucía, Gloria María, Sofía, Jimena, María, Rosa, Cindy y Daniela -cuyos verdaderos nombres sólo yo conozco - por darme su tiempo y paciencia, por enseñarme tantas cosas.

A mi familia por todas las oportunidades, los esfuerzos y cariños: A mi mamá Claudia, por hacerme ver que la crítica no sólo puede ser destructiva, que debe ser sensible, situada y cuidadosa. A mi papá Mauricio, por transmitirme su interés por la historia de la medicina y haber puesto en mis manos el libro que me hizo preocuparme por la citología. A mi hermano Juan Felipe, por asumir conmigo preocupaciones feministas, por cuidarme, cocinarme, oírme y animarme, por ser una cajita de música.

A mis profesoras de la maestría en Estudios Sociales de la Ciencia por transmitirme sus reflexiones y preocupaciones, también por crear espacios reflexivos en los que aprendí otras maneras de discutir y dialogar. A Olga Restrepo Forero, por impulsarme a seguir pensando sobre los problemas que llamaron mi atención durante mi formación como socióloga. A Yuri Jack Gómez, por invitarme a pensar críticamente la ciencia y la tecnología en América Latina, y específicamente la citología en el contexto colombiano. También agradezco a las juradas del trabajo: Santiago Martínez Medina y Mara Viveros Vigoya, por sus lecturas cuidadosas, enriquecedoras y comprometidas.

A mis compañeros y compañeras de la maestría Rafael Eduardo Mendivelso Gómez, Miller Oswaldo Díaz Valderrama, Diana Jimena Ordoñez Castillo, Zulma Alejandra Giraldo López, William Sánchez Ortiz, Sandra Viviana Belalcazar Murillo, Giana María Henríquez Mendoza, Christian Camilo Garibello Zorrilla y Camilo Andrés Garzón Martínez: por sus enseñanzas, las discusiones, las preguntas y las risas.

A la Escuela de Estudios de Género, sus maestras, personal y estudiantes, por permitirme participar de espacios en los que la academia y la política se encuentran de manera provechosa. Gracias a Mara Viveros Vigoya por el tiempo y los proyectos que compartimos; y agradecimientos especiales a Luz Gabriela Arango Gaviria, cuya pronta partida dejó largos silencios y tristezas, por encargarse de que la pregunta por el cuidado siempre me rondara.

Es difícil expresar en palabras la gratitud que siento hacia mi directora de tesis Tania Pérez-Bustos a quién le debo innumerables cosas. Además de orientarme, escucharme, hablar y pensar conmigo, fue una compañía estimulante, exigente y cuidadosa que pudo ver este proyecto como una apuesta no por desarrollar lo que yo ya decía sino lo que podía decir, incluso cuando yo misma no sabía cómo hacerlo. Gracias por los cariños y los esfuerzos.

A las personas de la IPS Universitaria de Caldas en Manizales, especialmente a su gerente Jimena Aristizabal López y a su Comité de ética por permitirme hacer esta investigación. También agradezco a su personal y sus pacientes por darme la oportunidad de compartir con ellas espacios de intimidad y cercanía.

Finalmente, pero no por ello menos importantes, gracias a las personas que pensaron y piensan conmigo, siempre en conversación: Juliana Robles Gómez, Santiago Garcés Correa, Paula Gempeler Rojas, Santiago López Zuluaga, Yete Trejos Sánchez, Juan Sebastián Florez Herrera, Carolina Mosquera Vera, Julián Ernesto Ávila Mejía, Angie Vanessa Álvarez Cepeda y Sebastián Isidro Espinosa Martínez: Por oírme y animarme, una y otra vez. Por invitarme a cuestionar el mundo y por compartir conmigo sus días, sus proyectos y sus vidas.



## Resumen

La citología se constituyó a lo largo del siglo XX como la técnica de diagnóstico privilegiada para la detección del cáncer de cuello uterino. La historia de la citología y su práctica contemporánea entretiene las experiencias de muy diferentes mujeres, la de Andrómaca (Mary) Papanicolaou, quien fue la primera mujer en hacerse la citología; la de las enfermeras que la toman y a quienes también se la toman en algún momento de sus vidas, y la mía como paciente e investigadora. A partir de estas experiencias este trabajo reflexiona sobre la multiplicidad ontológica de la citología; para ello propone una vuelta a tres de los haceres cuidadosos de las enfermeras a la hora de tomar el examen.

Por medio de una metodología cualitativa que combina el análisis de documentos, las entrevistas y las observaciones etnográficas, analiza la forma en que en las prácticas cuidadosas de las enfermeras la citología, los instrumentos, y los cuerpos son enactuados de formas específicas. De esta manera, plantea diferentes reflexiones sobre los haceres cuidadosos en la producción de conocimiento, sus efectos en nuestra relación con las materialidades humanas y más-que-humanas, los límites del cuidado y sus consecuencias en los cuerpos, así como las implicaciones del cuidado en los procesos de investigación.

**Palabras clave: Citología, Cuidado, Aperturas ontológicas, Análisis cualitativo, Estudios Sociales de la Ciencia**

## Abstract

During the 20<sup>th</sup> century the Pap smear was established as the privileged diagnostic technique for the detection of cervical cancer. The history of the Pap test and its contemporary practice interweaves the experiences of very different women, that of Andromache (Mary) Papanicolaou, who was the first woman to have a cytology; that of the nurses who do pap smears and who also take it at some point of their lives, and mine as patient and researcher. From these experiences, this work reflects on the ontological multiplicity of the pap smear; in order to do this, it proposes a travel around three nurses' doings of care when they take pap smears.

Through a qualitative methodology that combines document analysis, interviews and ethnographic observations, it analyzes the way in which the careful practices of nurses, pap smears, instruments, and bodies are enacted in specific ways. By doing that it raises different reflections on doings of care in production of knowledge, its effects on our relationship with human and more-than-human materialities, the limits of care and its consequences in bodies, as well as the implications of care in research processes.

**Keywords: Pap smear, Care, Ontological openings, Qualitative analysis, Social Studies of Science**

# Contenido

	Pág.
<b>Resumen</b> .....	<b>IX</b>
<b>Abstract</b> .....	<b>X</b>
<b>Introducción</b> .....	<b>1</b>
Algunas particularidades de la citología en Colombia.....	5
Herramientas teóricas y conceptuales.....	9
Aperturas ontológicas.....	10
Materialismos, llamado a actuar y realismo agencial.....	13
Haciendo cuidadosamente a la citología y al mundo material .....	19
Metodología y posicionamiento: Pensando con cuidado .....	23
Análisis de los documentos.....	25
Entrevistas .....	26
Observaciones etnográficas .....	30
La vuelta a la citología en tres haceres .....	32
<b>Capítulo 1: ¿Qué es/hace la citología?</b> .....	<b>35</b>
1.1 Una herramienta, un protocolo, una lista de pasos... un hacer.....	37
1.2 De las prácticas al protocolo y del protocolo a las prácticas .....	42
1.2.1 “Mira, te voy a tomar una muestra” .....	49
<b>Capítulo 2: Los instrumentos (con los) que (se) hacen (a) las citologías</b> .....	<b>59</b>
2.1 Objetos e instrumentos que se hacen cuidadosos.....	63
2.1.1 Los instrumentos para tomar muestras de células cervicales .....	64
2.1.2 Los instrumentos con/en los que se hace la muestra .....	74
2.2 A algunas cosas les dejamos de prestar atención: sobre los límites del cuidado.....	78
<b>Capítulo 3: Las pacientes se hacen la citología y la citología hace a las pacientes</b> .....	<b>83</b>
3.1 La citología hace los cuerpos de las pacientes.....	86
3.1.1 La citología hace sexuales los cuerpos de las pacientes.....	87
3.2 La interacción cuidadosa entre enfermeras y pacientes .....	93
3.2.1 Interactuando con las partes privadas o íntimas.....	96
3.2.2 Interactuando con todo el cuerpo de la paciente .....	102
<b>Reflexiones Finales</b> .....	<b>107</b>
<b>A. Anexo: Rejilla de análisis de documentos</b> .....	<b>115</b>
<b>B. Anexo: Instrumento de entrevistas semiestructuradas a enfermeras</b> .....	<b>116</b>

<b>C. Anexo: Formato consentimiento informado para entrevistas semiestructuradas a enfermeras .....</b>	<b>118</b>
<b>D. Anexo: Formato de consentimiento informado de observaciones etnográficas para pacientes.....</b>	<b>120</b>
<b>E. Anexo: Formato de consentimiento informado de observaciones etnográficas para enfermeras.....</b>	<b>122</b>
<b>F. Anexo: Plan de capítulos .....</b>	<b>124</b>
<b>Referencias bibliográficas .....</b>	<b>125</b>

## Introducción

Recostada en el laboratorio con las piernas separadas y esperando atentamente los movimientos de su esposo, Andrómaca (Mary) Papanicolaou sería la primera mujer en tomarse la citología. A pesar del frío que sentía y de la incomodidad que le generaba el espéculo de metal que ahora George introducía en su vagina, ella esperaría pacientemente a que el procedimiento terminara; retomaría esta misma posición en muchas otras ocasiones, tantas que perdería la cuenta. Una vez su esposo finalizara el procedimiento, Andrómaca se levantaría, recogería su bata del laboratorio y empezaría a trabajar sobre la muestra que el Doctor Papanicolaou acababa de hacer, la observaría bajo el microscopio, buscaría estrategias para fijarla y teñirla.

En ocasiones se sentiría como las conejillas de indias que antes habían servido a George para realizar las primeras citologías, introduciendo un espéculo nasal en ellas y tomando una muestra que le permitiría detectar el momento del ciclo menstrual en el que se encontraban estos pequeños mamíferos, que a diferencia de los humanos no menstrúan. Por su parte Andrómaca entendía más o menos su ciclo, y no requería hacerse ninguna citología, así que el sentimiento de conejilla de indias se disipaba rápidamente cuando en el laboratorio de Cornell Medical College estudiaba sus propias células cervicales, y junto con su esposo indagaba por los usos posibles de la citología.

Pasarían largos años antes de que la citología - también conocida como el raspado de Pap o la prueba Papanicolaou - se estabilizara en su práctica, proceso que implicaría el perfeccionamiento de la técnica por parte de la pareja, tanto para la toma y fijación de la muestra como para la definición de los usos de su análisis bajo el microscopio. Durante la primera mitad del siglo XX la citología pasaría de ser una técnica de definición del momento

del ciclo menstrual en el que se encontraban las mujeres, algo relativamente poco importante aunque orientado por las investigaciones científicas de entonces para la creación de anticonceptivos modernos, a una técnica de detección de células precancerígenas y cancerígenas en el cuello uterino, una prueba de diagnóstico temprano del cáncer cervical.

La historia del doctor Papanicolaou para muchos heroica por su contribución a la lucha contra el cáncer, y en particular contra el cáncer de cuello uterino, ha sido contada y exaltada en muchas ocasiones y desde múltiples perspectivas. Sin embargo, muy poco se ha hablado del lugar que ocupó su esposa y de su importante participación en la consolidación de la citología tal como la conocemos hoy en día. Andrómaca no fue necesariamente la esposa abnegada y pasiva de un gran hombre, la mujer que encarnó a la perfección la figura mariana - tal como parece sugerir el trabajo reciente de Chantziantoniou (2014) que busca rescatar su participación en el campo de la citopatología ginecológica - su labor fue más allá de la asistencia y la compañía en el matrimonio. Su papel en el desarrollo de la citología fue fundamental e incluyó su participación activa: en el laboratorio Andromaca usaría su cuerpo, sería voluntaria para ser objeto de estudio, ser a quien le tomarían las primeras muestras, a la vez que acompañaría el proceso de perfeccionamiento de las técnicas mediante las cuales serían fijadas, tratadas y analizadas estas muestras de sus células cervicales que ella había ayudado a producir.

Andrómaca, se movía constantemente en una triple dimensión del hacer la citología: ser quien la hace en el consultorio, ser quién usa los instrumentos que la hacen, y ser también la paciente a quien se la hacen. En un contexto en el que las mujeres mantenían un pudor especial respecto a sus órganos genitales, las posibilidades de obtener muestras de células cervicales para su análisis en el laboratorio eran reducidas. Así, durante varios años el cuerpo, la vagina y el cuello uterino de Andrómaca fueron el lugar del que se tomaron las muestras necesarias para que la citología fuera lo que es ahora; solo el conocimiento profundo de sus células cervicales le permitiría más tarde a ella y a su esposo identificar claramente las particularidades de las células cancerígenas tomadas de otros cuerpos.

Este lugar múltiple ocupado por Andrómaca, como arte y parte en el laboratorio de su esposo me llevó a preguntarme por mi propio lugar cuando me hago una citología, pero también por el lugar de las enfermeras cuando hacen y se hacen una citología. En cierta medida se trata de una complejización de nuestros lugares como mujeres cuyos cuerpos son el “objeto” del que se toma la muestra, al ser también nosotras sujetas de producción de conocimiento e investigación en el hacer de la citología. Esta tensión creativa se encuentra en el corazón de esta investigación, hizo que a lo largo de ésta pasara del lugar de observadora al de paciente; a la vez que me permitió pensar en cómo las enfermeras, de forma similar a como lo hacía Andrómaca, se movían constantemente en una triple dimensión del hacer la citología.

Desde el principio mi pregunta estuvo ligada a la reflexión sobre el proceso de co-construcción de los cuerpos de las mujeres y la citología, es decir, el proceso bidireccional a través del cual se hace la citología y las maneras en que ésta hace los cuerpos de las pacientes, en consonancia con la idea de la co-producción planteada por los Estudios Sociales de la Ciencia<sup>1</sup>. Si bien esta preocupación se mantiene a lo largo del proceso investigativo, la reflexión teórica así como el trabajo de campo me hicieron entender las limitaciones de pensar a las pacientes y a la citología solo en términos bidireccionales, a la vez que prestar más atención a ciertos detalles del hacer de la citología, ligados de manera especial con quién hace la citología y cuáles son las implicaciones particulares de quién la hace. De cierta manera ese lugar múltiple ocupado por Andrómaca, las enfermeras y por mí, hablaba de una multiplicidad importante de analizar.

Al concentrar mi trabajo en las citologías realizadas por las enfermeras, y prestarle atención a las maneras en que ellas me contaban que hacían la citología y la hacían frente a mis ojos, encontré algunas pistas para mostrar que una particularidad de la forma en que ellas hacían el procedimiento tiene que ver con una relación cuidadosa que mantienen

---

<sup>1</sup> Al respecto es de gran importancia el trabajo de Shelia Jasanoff (2004) quien recoge cómo ha sido usado el concepto de co-producción dentro del campo.

hacia y con el mundo. Esta relación aparece en dos sentidos, en primer lugar en el hecho de que los trabajos de las enfermeras son entendidos como trabajos de cuidado dentro de la división sexual y social del trabajo, y en segundo lugar en las maneras en que la citología implica unos haceres cuidadosos (Martin, Myers, & Viseu, 2015; Puig de la Bellacasa, 2011; Puig de la Bellacasa, 2017; Pérez-Bustos, Olerte, & Díaz del Castillo, 2014) que atraviesan la producción de las muestras y de los conocimientos que son resultado de la citología.

Así la pregunta de investigación se refiere a cómo la citología es hecha por las enfermeras, prestando especial atención a las relaciones, prácticas y haceres cuidadosos orientados hacia el mundo material, tanto de lo humano como de lo más-que-humano. Al plantearme esta pregunta busco dialogar con la perspectiva ontológica que desde los Estudios Sociales de la Ciencia ha llamado la atención acerca de la necesidad de volver sobre las prácticas y los haceres - y ya no centrarse tanto en las textualidades y los discursos; pero además me permite referirme a la pregunta de cómo aparece lo cuidadoso en los procesos de producción de conocimiento y en nuestras relaciones con la ciencia, la medicina y la tecnología.

En esta introducción trataré de forma detallada varios de los elementos que he señalado hasta ahora refiriéndome a tres aspectos que orientan la investigación: en primer lugar, propongo una breve contextualización de la citología en el caso colombiano, que me permite señalar algunas de sus particularidades contemporáneas, dentro de las cuales se destaca que ésta sea principalmente realizada por enfermeras; después me refiero a las herramientas teóricas y conceptuales a través de las cuales fue construido el problema de investigación y realizado el análisis; en tercer lugar, describo la metodología utilizada señalando sus potencialidades y limitaciones. Estos elementos buscan aclarar los supuestos que orientan la investigación y explicar el significado de cada uno de los tres capítulos en los que de forma detallada analizo algunos de los haceres cuidadosos de las enfermeras cuando toman citologías.



## **Algunas particularidades de la citología en Colombia**

Aunque el proceso de estabilización de la citología aún no ha concluido - como probablemente sucede con cualquier tecnología o procedimiento - podríamos decir que como técnica de diagnóstico del cáncer ha mantenido ciertas continuidades en el espacio y el tiempo; es muy similar la forma en que se hace en Colombia y en otros lugares del mundo, a la vez que su hacer se ha transformado muy poco en las últimas siete décadas. A pesar de esto, es importante tener en cuenta que muchas de las particularidades de hacer la citología en diferentes contextos se encuentran relacionadas no tanto con su técnica - la manera en que se hace - sino con las redes sociales, técnicas e institucionales en el marco de las cuales la citología es hecha.

La llegada de la citología a Colombia fue el resultado de un fenómeno similar a lo que Kreimer (2013) ha nombrado para el caso argentino como “la internacionalización liberal de la ciencia en su primera fase”. Esta fase se caracteriza por procesos de negociación entre investigadores, generados por la visita de investigadores latinoamericanos a los países desarrollados; dichos procesos están atravesados de manera importante por las relaciones de poder y las jerarquías coloniales entre los centros y las periferias. Según Kreimer las negociaciones en este momento giraban en torno a tres elementos: el área de trabajo del científico durante su estadía en el país al que migraba; las técnicas aprendidas por el joven investigador; y la financiación. El tipo de relación que mantuvo el Doctor Guillermo López Escobar con el Doctor Papanicolau cuando viajó a Estados Unidos para aprender de él la técnica de la citología probablemente estuvo marcada por estos elementos

Este médico colombiano sería uno de los especialistas más reconocidos en el campo de la ginecología, particularmente por su trabajo en investigación y prevención del cáncer de cuello uterino en el país. El Doctor López, como Jefe de ginecología del Instituto Nacional de Cancerología – INC- , promovió la creación de programas de prevención de este cáncer concentrándose en la realización de la citología, técnica que el mismo se encargó de introducir en nuestro contexto hacia 1948 (Cortés García, 2007).

Si el Doctor Guillermo López no hubiera llegado a los Estados Unidos, sino por ejemplo a Alemania, es probable que durante la segunda mitad del siglo XX la discusión y los recursos médicos en Colombia no se concentraran tanto en la popularización de la toma de la citología sino de la colposcopia<sup>2</sup>. Así, su relación y trabajo al lado del Doctor Papanicolaou definieron de manera importante el rumbo de la citología en el país, y su relación con los programas e instituciones de salud pública y de prevención del cáncer.

Aquí, estos programas estuvieron profundamente relacionados con la práctica de la citología como forma de prevención y diagnóstico del cáncer de cuello uterino. Siguiendo el trabajo de Claudia Cortés García (2007), podemos identificar dos grandes programas de control del cáncer de cuello uterino en nuestro contexto: el primero hizo parte del Programa Nacional de Cáncer (PNC) y su subprograma de cáncer de cuello uterino que se llevó a cabo entre 1975 y 1986; el segundo tenía el nombre de *Programa de Detección del Cáncer de Cuello Uterino* (PDCCU), el cual tuvo vigencia entre finales de la década de los ochenta y mediados de la década de los noventa.

Las particularidades de cada uno de los programas, sus antecedentes, articulaciones institucionales, apuestas y recursos son descritos de forma detallada por el trabajo de Cortés García, quien nos señala que la citología cérvico-uterina ha sido una práctica común de la medicina colombiana desde hace varias décadas, y que como técnica de diagnóstico ha sido empleada en el marco de diferentes redes sociotécnicas. A pesar de esta amplia trayectoria que ha garantizado que la citología sea la técnica privilegiada de diagnóstico del cáncer de cuello uterino, así como la existencia de programas de tamizaje que buscan llegar a la totalidad de las mujeres colombianas, este tipo de cáncer sigue

---

<sup>2</sup> La colposcopia es un procedimiento que consiste en el análisis de las células del cuello uterino a través de la observación de las mismas por medio de un aparato óptico de ampliación de las imágenes; los usos de este procedimiento varían según el contexto, en Colombia ésta es usada como el paso siguiente a una citología con resultados positivos; por el contrario en el caso de Brasil, contexto en el cual existían estrechas relaciones entre los médicos y las técnicas del ginecólogo alemán Hans Hinselmann, durante el siglo XX hubo una abierta competencia entre la toma de la citología y la colposcopia como prácticas de diagnóstico del cáncer (Teixeira & Löwy, 2011).

siendo una amenaza, lo cuál ha generado discusiones respecto a los programas y el uso de la técnica, sin que por ello ésta haya dejado de ser usada.

Sin embargo, debe reconocerse que varias de sus condiciones se han transformado: en primer lugar desde los primeros años del siglo XXI el cáncer de cuello uterino, también conocido como el *cáncer del tercer mundo* o el *cáncer de la pobreza*, empezó a ser objeto directo de la política en salud sexual y reproductiva (Cortés García, 2007, p. 159) en consonancia con la adopción de una noción amplia de de la misma, posicionada desde la Conferencia de Población y Desarrollo del Cairo, que ha señalado a las mujeres del tercer mundo como personas en situación de un riesgo especial frente al embarazo no deseado, el cáncer y las enfermedades de transmisión sexual (Calderón Jaramillo, 2017). En segundo lugar, la aparición reciente de la vacuna del virus del papiloma humano (VPH) ha implicado que la citología ya no mantenga su lugar privilegiado en la lucha contra el cáncer, sino que sea pensada como parte de una estrategia en la que la vacuna juega un lugar protagónico en la prevención y la citología la acompaña en el proceso de detección temprana (Lowy, 2011).

Ambas transformaciones han generado diferentes conclusiones respecto a la importancia de la citología. A grandes rasgos las instituciones internacionales de salud como la OMS y la OPS han sugerido que la reducción del cáncer de cuello uterino en los países del primer mundo ha sido el resultado de la efectiva realización de programas de tamizaje centrados en la citología, y que lo mismo podría ocurrir en el tercer mundo si se logran programas similares (OPS, 2014); otros han hablado de las dimensiones culturales que han impedido que programas de este tipo sean efectivamente implementados en estos contextos (Amstrong & Murphy, 2008; Angulo-Olaiz, 2009; Chavez, McMullin, Mishra, & Hubbell, 2001; Cortés García, 2016); y algunos de manera marginal se han referido a los pocos resultados de los programas de tamizaje a través de la citología, cuestionando la utilidad no solo de las políticas elaboradas al respecto, sino del examen mismo (Bryder, 2008).

Entre estas tres posturas, el sector salud en Colombia se ha mantenido en una tensión entre la primera y la segunda, es decir que la capacidad de la citología como herramienta

para prevenir el cáncer no ha sido cuestionada, y se ha abogado, siguiendo las recomendaciones de la OMS y la OPS, por mantenerla como el punto de partida de una estrategia de tamizaje para la detección y el tratamiento del cáncer de cuello uterino (OPS, 2014). Esta estrategia ha adoptado el esquema 1:1:3<sup>3</sup> respecto a la periodicidad con que una mujer debe realizarse la citología, y ha impulsado la administración eficiente de recursos a través de estrategias que conjugan la realización de la citología por oferta y por demanda, con lo cual se busca cubrir a toda la población objetivo; a la vez que ha reducido los costos del procedimiento al encargárselo mayoritariamente a las enfermeras y ya no exclusivamente a los ginecólogos y ginecólogas, como ocurría en el pasado.

Aunque en años recientes se ha discutido específicamente qué tipo de enfermeras, ya sean enfermeras profesionales o auxiliares, deben tomar la citología, la regulación colombiana en el *Plan Nacional para el Control del Cáncer en Colombia 2010-2019* ha definido que dadas las especificidades técnicas del procedimiento, el mismo debe ser realizado por enfermeras profesionales certificadas. Esto no quiere decir que las enfermeras sean las únicas que realizan citologías en Colombia, es bien sabido que en muchas de las consultas ginecológicas se realizan citologías por parte de los y las ginecólogos, sin embargo, para la mayoría de mujeres del común, ya sea en el régimen contributivo o subsidiado, son las enfermeras profesionales quienes les realizan el procedimiento.

Esto da cuenta de las diferencias sociales y de privilegios entre las pacientes, pero también de los contextos específicos en los que la citología es hecha, a pesar de que puede ser considerada como un procedimiento sencillo para las y los ginecólogas, razón por la cual puede ser delegado a las enfermeras, las pacientes mantienen una relación con la citología

---

<sup>3</sup> El esquema 1:1:3 hace referencia a la propuesta de la OMS sobre la manera en que deben organizarse los programas de tamizaje para de cáncer de cuello uterino. Este esquema propone que las mujeres sexualmente activas ya no deben realizarse una citología anual, sino que deben realizarse la primera y la segunda, y en caso de que los resultados sean negativos de forma consecutiva se deben realizar la siguiente tres años después.

que hace que en la medida de sus posibilidades prefieran que esta sea realizada por médicas o médicos y no por enfermeras.

En este contexto se inscribe el trabajo de las enfermeras que realizan citologías. Aun cuando la vacuna del VPH ha tenido efectos en el protagonismo de esta técnica, la citología realizada por enfermeras a la mayoría de las mujeres del país, se mantiene como una herramienta privilegiada de detección temprana del cáncer de cuello uterino. Para ello la citología requiere del establecimiento de una relación particular entre las enfermeras y las pacientes, que es configurada de forma importante por los recursos médicos de cada uno de los centros de salud en donde se hace y sus efectos en el trabajo de las enfermeras, especialmente en los tipos y la calidad de los instrumentos a los que tienen acceso, los tiempos con los cuentan para la realización del procedimiento, y el tipo de pacientes que acuden a los centros de salud. Todos estos elementos tienen implicaciones interesantes en la manera en que las enfermeras hacen la citología, así como en las formas de cuidado que la atraviesan.

La manera en que me pregunto y analizo la citología se encuentra enmarcada por este contexto, en el cual el lugar de las enfermeras que hacen la citología tiene una importancia específica, no sólo por el tipo de relaciones que se generan en términos del cuidado, sino también por las potencialidades de ver en el detalle de los haceres de las enfermeras formas cuidadosas de realizar un examen, en las cuales la citología deja de ser una, se multiplica. En este sentido mi apuesta es mostrar la complejidad del presente de una técnica como la citología (Mol, 2002, p.43) al preguntarme por las particularidades en que es hecha.

## **Herramientas teóricas y conceptuales**

Dado que el análisis que planteo se concentra en los haceres de las enfermeras, las herramientas teóricas y conceptuales que se mantienen a lo largo de la investigación se refieren principalmente a tres problemáticas interconectadas entre sí. La primera reflexiona sobre el concepto de multiplicidad ontológica, la segunda sobre cómo se entienden en términos materiales las prácticas y los haceres desde una perspectiva ontológica, y la

tercera aborda la noción de cuidado como una forma particular de producir conocimiento y de hacer el mundo. Estas herramientas teóricas me permiten conceptualizar la citología de una forma particular, siempre como algo que se hace y que en ello hace otras materialidades, a la vez que busca describir detalladamente las particularidades de los haceres cuidadosos en los cuales la citología es realizada por enfermeras. A partir de estas referencias conceptuales busco producir una imagen de la citología centrada en las sutilezas de los haceres de las enfermeras en el consultorio.

## **Aperturas ontológicas**

De manera reciente se ha posicionado dentro de las ciencias sociales la apuesta por pensar el mundo desde perspectivas ontológicas, las cuales buscan entenderlo más allá del análisis discursivo y textual del que se ocupó durante buena parte de la segunda mitad del siglo XX el llamado “Giro lingüístico”. La riqueza de estas aperturas ontológicas (De la Cadena, 2014) tiene que ver con su apuesta de volcar el análisis hacia las prácticas, los haceres y las materialidades; en este sentido no es que lo discursivo deje de ser importante, sino que es limitado si en su análisis no se refiere a los efectos de las prácticas y los haceres en el mundo material.

La popularización del estudio de las ontologías dentro de la antropología contemporánea fue el resultado de su exposición mediática en la reunión anual de la American Anthropology Association celebrada en 2013 en la ciudad de Chicago. Sin embargo, como señala González Varela (2015), esto no significa que se trate de una perspectiva nueva o reciente, puesto que es un movimiento teórico y metodológico que se ha venido gestando desde la década de 1990. En este sentido, su propuesta no ha sido definida de una única manera dado que no se circunscribe exclusivamente a la antropología; así hablo de aperturas porque quiero señalar que se trata de una apuesta compleja y múltiple con diferentes elaboraciones en la antropología, la filosofía, la sociología, los estudios culturales y los estudios sociales de la ciencia, por mencionar algunas de las disciplinas a las que ha influenciado.

Existen pues muy diferentes “principios” que definen esta apertura y la tarea de puntualizar lo que la caracteriza es compleja. Sin ánimos de hacer una lista exhaustiva o agotar el debate quisiera señalar algunos aspectos que rescato de las perspectivas ontológicas para reflexionar sobre la citología, me refiero a tres en particular. En primer lugar, la manera en que aborda y diluye la tensión entre naturaleza y cultura, posicionando una idea de interdependencia entre ambas. Esta interdependencia también denotada por el término naturacultura, nos lleva al segundo elemento, que refiere a un replanteamiento de las maneras en que entendemos las relaciones entre lo humano y lo-más-que-humano. La separación entre lo humano y lo no humano fue tempranamente problematizada en los Estudios Sociales de la Ciencia por el trabajo de Latour, quien mostró los problemas de pensar las relaciones entre ciencia, tecnología y sociedad en el marco de esta diferencia. Al referirse a redes sociotécnicas y tratar de cartografiar estas redes sin privilegiar la agencia humana, el mundo material no humano empezó a ser complejizado, ya no como algo inerte y expectante de la voluntad del hombre, sino como un mundo que mantenía relaciones complejas con lo humano.

Esta reflexión se mantiene y se profundiza en las aperturas ontológicas, al punto que de manera reciente la categoría de lo no-humano ha empezado a ser reemplazada por la noción de lo-más-que-humano - *more-than-human* - con el fin de desplazar cierto antropocentrismo de la separación entre lo humano y lo no-humano (Papadopoulos, 2018). A lo largo de mi análisis sobre la citología esta perspectiva me ha permitido darle centralidad a cosas que serían invisibles o marginales para una mirada centrada en lo humano o en una definición limitada de lo humano; por ejemplo, el consultorio y su indumentaria, los instrumentos y las muestras, pero también las células cervicales y las células cancerígenas. Mi interés no es entonces trazar la frontera entre lo que es humano y lo que es más-que-humano sino más bien mostrar las formas en que durante la interacción, se genera un continuo entre todas estas materialidades y otras que se me pueden haber escapado de este análisis.

El tercer elemento, es que las aperturas ontológicas desplazan una idea esencialista del mundo, la cual a menudo ha tenido efectos negativos en las configuraciones de las cosas y las personas como esencial o únicamente marcadas por una cualidad, ya sea la raza, la

clase, el sexo, lo humano, lo no-humano, su naturaleza o artificialidad. Más que fijar o definir las cosas de una sola manera, como una lista de atributos, las aperturas ontológicas le agregan movimiento a la forma en que pensamos la realidad. Al volver sobre las prácticas y los haceres buscan dar cuenta de lo que sucede y lo que se hace cuando en un momento y lugar específico diferentes materialidades entran en contacto; si bien es cierto que esta noción subyace a la mayoría de los enfoques que dialogan con la perspectiva ontológica, para este trabajo es fundamental la noción de multiplicidad ontológica.

- **Multiplicidad ontológica**

Dentro de los Estudios Sociales de la Ciencia, las aperturas ontológicas han tenido elaboraciones muy interesantes. Woolgar y Lezaun (2013) han destacado el interés creciente de los y las investigadoras por adoptar esta perspectiva que ha funcionado como una invitación a transitar un camino contrario al de la filosofía moderna, cuestionando el paso de lo ontológico a lo epistémico que la ha caracterizado. Si bien es cierto que muchos trabajos han adoptado de forma explícita o implícita un compromiso con los enfoques ontológicos, la investigación de Annemarie Mol (2002) ha sido pionera al respecto al plantearnos una comprensión radicalmente diferente del cuerpo y la enfermedad.

Aunque a lo largo de esta investigación he tomado muchos elementos de este trabajo, el concepto de multiplicidad ontológica me parece fundamental para desplazar una noción esencialista, unívoca o monolítica de la citología. En su trabajo sobre el diagnóstico de la arterosclerosis en el hospital Z, Mol nos señala las diferentes formas en que esta enfermedad es hecha según los lugares en los que circula, las personas que la hacen circular, las relaciones que la tejen, y las formas en que interactúa con las materialidades humanas y más-que-humanas. La conclusión elaborada por Mol es entonces contundente: no existe una única arterosclerosis así como no existe un único cuerpo, el cuerpo y la arterosclerosis son multiplicidades ontológicas, que se presentan como únicas a través de procesos de coordinación y traducción de las múltiples formas de hacerla:

Si las prácticas son puestas en primer plano ya no existe más un objeto pasivo en la mitad, esperando a ser observado desde el punto de vista de aparentemente interminables series de perspectivas. Por el contrario, los



objetos aparecen – y desaparecen- con las prácticas en las que son manipulados. Y dado que el objeto de manipulación tiende a cambiar de una práctica a otra, la realidad se multiplica. El cuerpo, el paciente, la enfermedad, el doctor, el técnico, la tecnología: todos estos son más que una cosa. Más que algo singular. (Mol, 2002, p.5 La traducción es mía)

Para el caso que yo analizo, esta multiplicidad ontológica se manifiesta en muchas cosas y momentos específicos del hacer, algunos de los cuales llaman especialmente mi atención: la citología, los instrumentos, y los cuerpos de las pacientes y de las enfermeras. Este trabajo se encuentra atravesado por la idea de que la citología no existe de una única manera, sino que se hace en su práctica de muchas formas. Aunque como multiplicidad podríamos analizar elementos que van desde cómo la citología se hace por la enfermera en el consultorio durante la anamnesis, la toma de la muestra, a cómo se hace por el patólogo en el laboratorio, nuevamente por la enfermera en la entrega de los resultados, o por el ginecólogo que hace una colposcopia con base a una citología; la multiplicidad que analizaré se refiere sobre todo al momento específico de la toma de la muestra en el que he identificado que la multiplicidad está particularmente ligada a las materialidades que interactúan durante la citología y que se hacen durante la misma. Al referirme a esta multiplicidad estoy tratando de valorar específicamente el trabajo y los haceres de quienes hacen la citología, en este caso las enfermeras, y mostrar la complejidad de las formas cuidadosas de hacerla que ellas movilizan.

### **Materialismos, llamado a actuar y realismo agencial**

Las aperturas ontológicas, en concordancia con los tres elementos que rescato de ellas, mantienen una preocupación por el mundo material, los objetos y la naturaleza, en las que tratan de desplazar la primacía de lo humano sobre la configuración de las cosas; de esta manera se refieren a la interacción de lo humano y lo más-que-humano como una en la que la agencia no solo se encuentra del lado de lo humano y en la que el devenir es el resultado de su mutuo y complejo contacto. Esta postura le critica al constructivismo su noción voluntarista de la relación que se teje entre lo humano y lo no-humano. Dentro de los Estudios Sociales de la Ciencia la perspectiva constructivista mantuvo por largo tiempo una idea de las personas como agentes constructores del mundo material, en particular de la ciencia y la tecnología, bajo metáforas discursivas, textuales o semióticas (Oudshoorn

& Pinch, 2003) en las que se establecieron grandes jerarquías entre lo que las personas podían hacer con/de las cosas y lo que las cosas podían hacer de/con ellos.

Esto no significa que el constructivismo deje de ser importante, sino que más allá de los procesos bidireccionales de co-producción sujeto/objeto, la realidad es múltiple y enmarañada, las cosas devienen de forma entretejida al punto de ser indivisibles incluso analíticamente. Se trata pues de una perspectiva materialista que ha llamado la atención sobre la necesidad de hablar del hacer, más que del construir, así como de la agencia del mundo material y sus efectos sobre las personas, más allá de su voluntad. En este sentido las aperturas ontológicas y sus elaboraciones de la relación entre naturaleza y cultura, lo humano y lo más-que-humano, y la centralidad del hacer, están en consonancia con una idea de que el mundo material más-que-humano también tiene agencia.

▪ **Performatividad, enactuación y realismo agencial**

La agencia del mundo material y específicamente de lo más-que-humano ha sido conceptualizada de muy diferentes formas. Aquí me refiero específicamente a tres que dentro de los Estudios Sociales de la Ciencia han sido usadas para referirse a este tipo de agencia: en primer lugar está la noción de performatividad conceptualizada por Pickering (1995), en segundo lugar la noción de *enactment* propuesta por el trabajo de Mol (2002), y por último el concepto de realismo agencial de Barad (2003). El uso de cada uno de estos términos está en consonancia con el caso que analizan las autoras, mientras que Pickering se ocupa de un análisis de las máquinas y los instrumentos, Mol se concentra en el cuerpo y la enfermedad, y Barad hace referencia a lo que sucede en los experimentos de física en los laboratorios.

El trabajo de Pickering planteó la importancia de concentrarse en las relaciones materiales de las personas con las máquinas. Al contrastar las formas representacionales de referirse a las materialidades involucradas en la ciencia y la tecnología con las formas performativas, rescata en su trabajo la importancia de mantener una comprensión performativa de éstas debido a su capacidad para mostrar las diferentes maneras en que

la agencia material, en este caso la agencia de las máquinas, configura a las relaciones sociales (Pickering, 1995, pp. 5-6).

Si bien es cierto que el trabajo de Mol (2002) se encuentra comprometido con esta perspectiva, hace uso de otro concepto, dado que para ella la noción de performatividad tiene algunos problemas:

He encontrado un concepto. E incluso cuando he estado usando el concepto de *performance* en otros lugares en el pasado, cuidadosamente lo he suspendido del presente texto. Usé otro verbo en su lugar, *enact*, para el cual no doy ninguna referencia, precisamente porque me gustaría que lo leyeran de la manera más fresca posible. En la práctica los objetos son enactuados (Mol, 2002, p.41. La traducción es mía, énfasis en el original)

Más que una jugada retórica, la noción de enactuar<sup>4</sup> es usada para evadir las formas históricas y contemporáneas en que se ha hecho uso del concepto de *performance* y de performatividad, las cuales se encuentran profundamente inscritas en las teorías de género. Es por ello que unas páginas antes Mol establece una distancia respecto al concepto de performatividad utilizado por Butler:

Los sujetos humanos pueden ser estudiados de esta manera: por medio de la investigación de las identidades que contrastan cuando son performadas

---

<sup>4</sup> La mayoría de las investigaciones que se refieren a la categoría de *enact* en español señalan las dificultades de su traducción en una nota al pie muy similar a esta. En este sentido cada autor o autora ha definido diferentes traducciones que mantienen a lo largo de sus reflexiones. En algunos casos han traducido *enact* como actuar, ejecutar, realizar o promulgar, esta última en consonancia con el carácter jurídico de la palabra (Castillo-Speulveda et al., 2017), en otro caso ha sido traducido como configurar (Aguilar Torres, 2014) o como actu(aliz)ar (Ibáñez Martín, 2014). Aunque todas son traducciones posibles aquí prefiero alinearme con la traducción de enactuar y enactuado que han usado Santiago Martínez Medina (2016) y María Fernanda Olarte-Sierra et al. (2013).

en una variedad de lugares y situaciones. Pero ¿qué pasa con las entidades del mundo natural, con los objetos? La investigación sobre la identidad de género en términos del performance empieza aminorando la importancia de algunos objetos naturales. Por ejemplo la vagina (Mol, 2002, p.38, la traducción es mía)

Aquí la noción de Butler del género como un acto performativo es criticada debido al carácter representacionista de la mayoría de sus principios, al usar el concepto de enactuar en lugar del de performatividad, la postura de Mol me permite hacer dos cosas: En primer lugar, me permite jugar con la tensión entre lo humano y lo más-que humano, en lugar de resolverla; así no me preguntaré a lo largo del análisis por si los instrumentos usados por las enfermeras son humanos o no-humanos al ser inventados por la ginecología, sino más bien por las formas en que son enactuados o devienen en las manos y los cuerpos de las enfermeras, y en las vaginas, las piernas y los cuerpos de las pacientes, así como por lo que hacen cuando actúan es decir, cómo hacen en la interacción a las enfermeras, las pacientes, y a la citología.

En segundo lugar, me permite referirme a la diferencia sexual de forma materialista y ya no específicamente representacional. Esto no quiere decir que la noción de performatividad del género planteada por Butler carezca de sustento material, sino que dialogo con una noción de cuerpo más cercana a la crítica planteada por Braidotti respecto a las potencialidades de pensar la materialidad del cuerpo desde la noción de la diferencia sexual:

Butler opta por el giro lingüístico; yo tomo la senda nómada de la carne; pienso que la diferencia sexual está inscrita en el cuerpo de mil maneras distintas, incluidas aquellas de las que hay evidencias hormonales y endocrinológicas (Braidotti, 2002, pp. 67-68)

Aquí la autora no sólo se distancia del uso del concepto de género, sino también de la forma en que el cuerpo sexuado ha sido pensado desde el constructivismo radical. En este sentido, nos hace volver sobre la pregunta del cuerpo sexuado como un enigma (Scott, 1999 [1986]) como una pregunta, así como algo que tiene también agencia independientemente, o más allá, de nuestra voluntad: aun cuando no queramos menstruar, nos embarazamos y lactamos; más allá de nuestra voluntad, nuestros cuellos uterinos tienen cáncer, así hayamos decidido tener un cuerpo saludable; y la citología cérvico-uterina puede dolernos o incomodarnos aunque hayamos acudido a hacernos una como parte de nuestro autocuidado.

Ambos elementos hacen parte del análisis de cómo el mundo material es enactuado durante la toma de la citología. Esta perspectiva que vuelve su atención sobre la agencia de las materialidades me permite complejizar las interacciones entre las enfermeras, las pacientes y lo más-que-humano en los consultorios: las particularidades del hacer y de cómo hacen las enfermeras pero también los límites de estos haceres, por ejemplo cuando en la toma de la citología las pacientes no logran relajarse y sus vaginas permanecen cerradas, cuando los espéculos pellizcan a las pacientes, cuando los cuellos uterinos presentan lesiones cancerosas y precancerosas que son asintomáticas para las pacientes, etc.

Para entender estas agencias de las materialidades, recorro a la noción de realismo agencial de Barad (2003), quien reformula la tensión que aparece al interior de las perspectivas constructivistas con lo real. La autora articula su propuesta a partir de una relectura del pensamiento de Niels Böhr respecto a la física cuántica, del cual recoge los siguientes elementos:

(...) (i) la naturaleza tiene agencia, pero ésta no habla por sí misma al observador paciente y no intrusivo que escucha sus gritos – existe una asimetría importante respecto a la agencia: nosotros creamos la representación, pero (ii) la naturaleza no es un tablero en blanco y pasivo esperando nuestras inscripciones, y (iii) privilegiar lo material y lo discursivo

es olvidar la inseparabilidad que caracteriza el fenómeno<sup>5</sup> (2003, p. 181, la traducción es mía)

Estos elementos permiten pensar la realidad más allá del pensamiento dicotómico entre la naturaleza y la cultura, lo material y lo discursivo, a la vez que me exige una noción encarnada de la objetividad. La propuesta de Barad me ayuda a organizar más claramente lo que entiendo por enactuar en las citologías. Si bien en mi reflexión la asimetría entre la agencia de lo humano y de lo más-que-humano se mantiene, específicamente al preguntarme por cómo las enfermeras toman la citología y cuáles son las implicaciones que este hacer tiene en el uso particular de los instrumentos y en la interacción de ellos con algunas partes específicas del cuerpo de las pacientes, esta asimetría no muestra una primacía de un tipo de materialidad sobre otro, sino las formas en que en el hacer se hacen estas materialidades y se llega a mantener dicha asimetría.

Al dar cuenta de esta asimetría y sus particularidades durante el análisis trato de mostrar la agencia de lo humano y lo más-que-humano en los haceres. Un análisis de este tipo dotó de carácter político mi pregunta por la citología, pero durante la investigación comprendí que este componente político no podía reducirse a tratar de deshacer en el análisis las jerarquías entre lo humano y lo más-que-humano, ni tampoco a mostrar cómo a menudo estas jerarquías eran sostenidas por los haceres de las enfermeras. Más bien me interesaba la forma específica en que en las manos y los instrumentos utilizados por las enfermeras estas jerarquías me remitían a otras formas posibles de hacer el mundo, ya no desde nociones controladoras, dominadoras y voluntaristas de la agencia humana sobre el mundo material sino desde las formas cuidadosas en las que las enfermeras interactuaban con estas materialidades.

---

<sup>5</sup> Aquí *el fenómeno* debe ser entendido según el pensamiento de Böhrr que señala la profunda relación que existe entre el objeto y las “agencias de observación”, es decir, entre sujeto y objeto, pero también entre instrumentos y objeto.

## Haciendo cuidadosamente a la citología y al mundo material

El cuidado es un tema relativamente reciente dentro de los Estudios Sociales de la Ciencia, sin embargo diferentes trabajos le han abierto un espacio importante como categoría que permite pensar de otras maneras los procesos de producción de conocimiento en la ciencia y la tecnología (Denis & Pontille, 2014; A. Martin et al., 2015; Mol, 2008; Maria Puig de la Bellacasa, 2011; Puig de la Bellacasa, 2017; Pérez-Bustos, 2016; Pérez-Bustos, Olerte, & Díaz del Castillo, 2012). A pesar de su importancia debo reconocer que el cuidado no fue un tema que me ocupó desde el principio de la investigación, sino que se fue haciendo visible durante el trabajo de campo como un adjetivo que configuraba los haceres de las enfermeras cuando tomaban una citología. En este sentido, tanto el enfoque de las aperturas ontológicas como el de los materialismos no solo me permiten comprender a la citología y las materialidades que en ella interactúan como multiplicidades ontológicas, y como el resultado de la interacción entre lo humano y lo más-que-humano, sino que también me permiten ver las formas cuidadosas en que es hecha la citología como una práctica situada en el mundo con diferentes implicaciones en las materialidades que interactúan y el tipo de relaciones que se tejen entre ellas.

Esta pregunta por las formas cuidadosas de los haceres de las enfermeras en la citología, me permitió un desplazamiento importante en las maneras en que quería problematizar la citología. En un primer momento mi interés por la citología quería señalar sus efectos como una tecnología de control de los cuerpos femeninos por medio del funcionamiento de dinámicas de biopoder que hacía de los cuerpos de las mujeres lugares riesgosos que debían ser vigilados; sin embargo durante la investigación la citología empezó a importarme (*care*) en el sentido señalado por Maria Puig de la Bellacasa (2017), por lo cual para mí dejó de ser suficiente con mostrar sus efectos biopolíticos.

De alguna manera esta forma en que empecé a preocuparme por la citología recogió las apuestas por mostrar las conexiones emocionales que muchas investigadoras mantenemos con nuestros objetos de estudio, sin embargo este cambio de orientación estuvo sobre todo ligado a una álgida discusión que tuve con mi mamá, médica y salubrista pública, quien a buena hora me señaló la manera en que mis críticas a la citología desconocían los esfuerzos de quienes hacían estos trabajos, las preocupaciones que los

orientaban y sus efectos en la lucha contra un cáncer que afecta exclusivamente a las mujeres.

Había pues algo más que decir, que yo quería decir, y era mostrar las maneras en que las enfermeras *hacen* a la citología en términos del cuidado que tienen con las materialidades humanas y más-que-humanas que en ella interactúan, así como los efectos que estos cuidados tienen en nuestras vidas y las suyas. Esto implica dos niveles de reflexión sobre los haceres cuidadosos: por un lado, pensar el trabajo de las enfermeras que realizan la citología como un trabajo de cuidado, por el otro rescatar los haceres cuidadosos a través de los cuales las enfermeras toman la citología y en ello hacen al mundo.

Así el análisis tiene en cuenta algunos rasgos específicos de la realización de la citología por parte de las enfermeras, que se reflejan en sus prácticas. Por ejemplo, en la delicadeza con la que usan los instrumentos para no hacer daño ni causar incomodidad a las pacientes; en la atención cuidadosa que recibe la muestra durante todo el procedimiento; en las estrategias que cuidan la interacción con las pacientes a través de la empatía, entre otras cosas.

- **La enfermería es un trabajo de cuidado**

En general dentro de las teorías feministas el cuidado ha sido analizado desde la reflexión sobre la división sexual del trabajo, sus implicaciones en la separación de los mundos productivo y reproductivo, y su relación con la feminización de las labores de cuidado (Arango & Molinier, 2011). El lugar particular que ocupan las enfermeras dentro de la división social y sexual del trabajo se encuentra relacionada con la poca valoración que en nuestra sociedad se le da a este tipo de trabajos, lo cual significa que a diferencia de una relación más claramente jerárquica entre los médicos y las pacientes, aquí me estaría refiriendo a la relación entre enfermeras y pacientes cuyas asimetrías se encuentran atravesadas por jerarquías de raza, clase, capital social y cultural que hacen que la interacción en la toma del examen sea compleja.



De esta manera las relaciones que se tejen dentro del consultorio entre enfermeras y pacientes, y las maneras en que se encuentran o no atravesadas por una ética del cuidado que orienta la práctica, no refieren al cuidado sólo en el marco de una división sexual del trabajo que feminiza y ubica a los trabajos del cuidado en un lugar inferior, tanto en términos materiales como simbólicos, sino que a su vez se enmarca en la distinción entre curar y cuidar (Lupton, 2003 [1994]; Mol, 2008)

La citología al ser una práctica de diagnóstico y no un tratamiento para curar el cáncer, funciona como paso previo a la cura y en este sentido es leída como un trabajo de cuidado, monótono y poco valorizado incluso por las mismas pacientes. Sin embargo, mi análisis no se refiere al cuidado sólo porque la citología sea realizada por enfermeras - trabajadoras del cuidado de la salud de las pacientes. También ve al cuidado como una práctica, que puede aparecer y rodear los procesos de producción del conocimiento y hacer específicos dentro de labores científicas, tecnológicas y médicas, en las que el cuidado puede ser visible como la orientación ulterior del trabajo y como una práctica específica e incluso necesaria para hacer el trabajo. Así, la citología está relacionada con el cuidado en un doble sentido, al ser realizada por enfermeras refiere a los trabajos del cuidado, pero en su hacer mismo implica en muchas ocasiones una serie de haceres cuidadosos.

- **Haceres cuidadosos**

Como ya señalé el cuidado es un tema relativamente reciente dentro de los Estudios Sociales de la Ciencia, y su utilización está en buena medida ligada a la manera en que las teorías feministas se han referido al cuidado desde la filosofía. A principios de la década de 1980 el trabajo de Rose (1983) señaló la necesidad de reconciliar en la producción de ciencia y tecnología al trabajo intelectual, manual, y emocional - el cerebro, la mano y el corazón - rescatando la presencia e importancia de las emociones en la producción de conocimientos. Aunque el trabajo de Rose está fechado por el contexto de la guerra fría y la apuesta por construir una ciencia revolucionaria, su llamado tiene resonancia en varias de las epistemologías feministas para las cuales los sentimientos y las emociones no son vistas como limitaciones u obstáculos para la producción de conocimiento, sino que por el contrario son necesarias.

El reciente trabajo de María Puig de la Bellacasa (2017) señala esta dimensión de la producción de conocimiento y habla de la importancia política de abordar nuestros objetos de investigación desde prácticas cuidadosas. Profundizaré sobre las implicaciones que ello tiene para este trabajo en el apartado dedicado a la metodología, por ahora me referiré específicamente a cómo esta forma de entender lo cuidadoso me permite leer los haceres de las enfermeras en el momento de tomar una citología.

Para ello es fundamental aclarar dos elementos: por un lado, que lo cuidadoso es un atributo de las prácticas, y como tal es siempre situado, por lo que no debe entenderse desde una perspectiva normativa; por el otro, que estas formas cuidadosas del hacer están orientadas tanto hacia lo humano como lo más-que-humano. El trabajo de Puig de la Bellacasa conceptualiza las prácticas cuidadosas en la producción de la ciencia y la tecnología como haceres de/con cuidado - *doings of care* - y estos haceres se presentan en diferentes dimensiones de la producción del conocimiento:

Cuidar en este contexto es tanto un hacer como un compromiso ético-político que afecta la manera en que producimos conocimiento sobre las cosas (...) Aquí el cuidado busca significar las necesarias, aunque poco tenidas en cuenta, tareas cotidianas del mantenimiento de la vida, un compromiso ético-político hacia las cosas descuidadas, y un rehacer de las relaciones afectivas con nuestros objetos. (Puig de la Bellacasa, 2011, p. 100, la traducción es mía)

Aunque son pocos los trabajos que se han inscrito en esta línea, los que lo han hecho han trazado importantes puntos de discusión así como rutas posibles de investigación. Entre ellos se destaca la reflexión sobre los haceres de/con cuidado propuesto por el trabajo de Tania Pérez-Bustos, María Fernanda Olarte Sierra y Adriana Díaz del Castillo (2014), que da cuenta de la relación del trabajo de las microbiólogas y las bacteriólogas del Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses en Colombia, con una serie de haceres que se encuentran ligados de muy diferentes formas al cuidado necesario para la

producción del conocimiento científico que llevan a cabo en los laboratorios de medicina legal y forense.

La riqueza de esta investigación radica para mí en la comprensión del cuidado como un hacer, una práctica, necesaria para la producción de un tipo específico de conocimiento. En el caso de la citología, las enfermeras se referían a muchas formas cuidadosas en las que se relacionaban con las pacientes, lo humano, y con lo más-que-humano, que involucraba prestarle una atención específica a ciertas partes del cuerpo, como las vaginas, los cuellos uterinos y los uteros; el uso particular, a través de ciertos movimientos, de los instrumentos para tomar y fijar la muestra, y una énfasis especial en la producción y preservación de la muestra a lo largo de todo el procedimiento. El análisis se concentra de manera transversal en la descripción de estos haceres cuidadosos, señalando y analizando los más significativos.

Durante el trabajo de campo me encontré con una ecología de haceres cuidadosos, algunos de ellos tan sutiles, particulares o situados, que es difícil sistematizarlos totalmente, lograrlo tampoco es la pretensión de este trabajo dado que quiere ejemplificar lo que pasa y puede pasar en lugar de agotarlo. En este sentido, algo que me llamó mucho la atención fue que a pesar de que para las mismas enfermeras la citología era un procedimiento “corto” y “sencillo” para el cual no se contaba con más de veinte minutos, este era realizado de forma tan cuidadosa, paciente y delicada, mostrándome cómo la realidad siempre excede nuestras palabras, y que esa realidad también se burló de mí cuando traté de contenerla en estas páginas (Haraway, 1995, p. 343).

## **Metodología y posicionamiento: Pensando con cuidado**

Para desarrollar el problema de investigación recurrí a una metodología cualitativa que en un principio buscaba analizar las prácticas de las enfermeras cuando hacían la citología, esto suponía dos cosas: en primer lugar que el análisis iba a centrarse en lo que pasaba en el consultorio, y en segundo lugar que las observaciones etnográficas serían lo fundamental del trabajo de campo. Sin embargo, esta propuesta generó algunos dilemas éticos respecto a mi lugar como investigadora en el consultorio, y algunas limitaciones en

el acceso a este tipo de espacios, al ser los consultorios lugares de acceso limitado para las personas que no son pacientes o personal de atención en salud.

Durante algunos meses exploré la posibilidad de hacer un trabajo de campo totalmente orientado hacia las observaciones etnográficas. Para realizar una investigación de este tipo es necesario pasar por un largo proceso dentro de la administración de las instituciones de salud que implica esperar decisiones del Comité de ética y del personal de la institución. El primer intento, adelantado en una reconocida institución de atención de salud dedicada a garantizar los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres colombianas, fue fallido, puesto que el Comité de ética se opuso a que realizara la investigación debido a las preocupaciones que le generaba mi relación con las pacientes en el consultorio así como mi lugar frente al trabajo de las enfermeras. A pesar de las dificultades que generó esta respuesta negativa, me hizo cuestionarme el lugar que yo quería ocupar en el consultorio y mi necesidad de ver lo que sucedía adentro como prueba o evidencia. Además me hizo ser consciente de las dificultades éticas de compartir el consultorio con las pacientes y las enfermeras, me hizo pensar las formas en que mis rutas metodológicas podían ser poco cuidadosas.

A partir de esta reflexión y teniendo en cuenta la apuesta por generar cuidado en la producción de conocimiento (Puig de la Bellacasa, 2011) y en el trabajo de campo (Pérez-Bustos, Tobar-Roa, & Márquez-Gutierrez, 2016) reorienté la metodología. Un punto de partida importante fue reconocer el lugar que yo también había ocupado como paciente que se hace la citología y mis propias sensaciones al respecto, aceptando que si alguien me hubiera pedido observar mi propia citología probablemente me habría negado.

Otro elemento tuvo que ver con definir el lugar que yo ocuparía para las enfermeras, mi intención no era ser vista como alguien que estaba ejerciendo de alguna manera un control específico sobre sus trabajos y haceres, lugar que suelen ocupar los auditores y auditoras de calidad en las clínicas. Para este caso específico investigar cuidadosamente implicó una manera de conocimiento situado que buscaba entender el lugar que ocupaba siempre

en relación con los lugares de las personas con quienes interactuaba, sus cercanías y distancias.

La metodología que construí buscó la articulación de diferentes fuentes para comprender cómo se *hace* la citología y la manera en que a través de esta se *hacen* otras cosas, para ello se organizaron tres momentos del trabajo de campo de la siguiente manera: el primero estuvo centrado en el análisis de tres documentos que funcionan a nivel internacional y nacional como lineamientos y regulaciones de la manera en que debe hacerse la citología; en el segundo realicé entrevistas a enfermeras que toman la citología en Bogotá y Manizales; y en el tercero hice algunas observaciones etnográficas de la toma de la citología en la IPS Universitaria de Caldas. Dicho trabajo de campo se realizó durante el segundo semestre del 2017 y contó con la colaboración de enfermeras y pacientes que accedieron a que realizará las entrevistas o presenciara la toma de la citología dentro del consultorio; a continuación explico de manera detallada cada uno de los tres momentos y métodos.

## **Análisis de los documentos**

Esta revisión buscó analizar el discurso y las imágenes de tres textos a través de los cuales se orientan y se articulan las prácticas y haceres de las enfermeras en el consultorio. A menudo estas orientaciones pueden no llegar de manera directa a las enfermeras, sino a través de redes institucionales y administrativas que gestionan su formación, trabajo y prácticas (Smith, 2005). De esta manera, los documentos no fueron entendidos como representaciones sino como textualidades articuladoras de las prácticas institucionales. El análisis de los documentos tuvo dos propósitos: por un lado, ver las formas en que los protocolos y lineamientos configuran la puesta en práctica de la citología; y por el otro, contextualizar las relaciones que la citología tiene con otros niveles de realidad que van más allá del consultorio, es decir la articulación de lo micro con lo macro.

Analicé tres textos, el primero producido por la OPS y la OMS titulado “Directrices de la OPS/OMS sobre tamizaje y tratamiento de las lesiones precancerosas para la prevención del cáncer cérvicouterino” (OPS/OMS, 2013) el cual establece un enfoque de tamizaje y

tratamiento que usa entre sus pruebas de detección del VPH a la citología, a la vez que señala una serie de recomendaciones sobre la manera estratégica en que esta técnica debe ser empleada. El segundo, producido por las mismas organizaciones, lleva el título de “Control integral del cáncer cervicouterino. Guía de prácticas esenciales” (OPS/OMS, 2014), este documento se encuentra en consonancia con el anterior, sin embargo, tiene la particularidad de explicar detalladamente el proceso mediante el cual se hace la citología. El tercer documento es la “Norma Técnica para la detección temprana del cáncer de cuello uterino y guía de atención de las lesiones preneoplásicas de cuello uterino” (Ministerio de Salud y Protección social, 2004) en el cual se establecen los procesos normativos a seguir para prevenir el cáncer de cuello uterino en Colombia, dentro de los cuales la toma de la citología es planteada como el primer paso.

Como mi preocupación principal estaba centrada en los haceres, los instrumentos de análisis que utilicé se orientaban hacia las prácticas de las pacientes, las enfermeras y las interacciones entre lo humano y lo más-que-humano, concentrándome en las maneras en que eran descritas, es decir, sus representaciones gráficas y discursivas del procedimiento (Ver anexo A).

## **Entrevistas**

El análisis de los documentos me permitió adquirir ciertas nociones sobre cómo se hace la citología y fue a partir de allí que planteé varias de las preguntas de las entrevistas semiestructuradas que posteriormente realicé. En total realicé 16 entrevistas, una de las cuales no utilicé puesto que fue realizada a una enfermera retirada que gestionó el programa de prevención del cáncer de cuello uterino y mama en Caldas, pero que en cuya trayectoria laboral tomó muy pocas citologías. Las entrevistas se realizaron a enfermeras de diferentes edades (entre los 24 y los 64 años), de distintas instituciones pertenecientes al régimen contributivo y subsidiado, en Bogotá y en Manizales, y se llevaron a cabo en diferentes espacios: salas, oficinas y consultorios (ver Tabla 1).

**Tabla 1- Enfermeras entrevistadas**

	<b>Nombre</b>	<b>Edad</b>	<b>Ocupación</b>	<b>Institución</b>	<b>Ciudad</b>
<b>1</b>	<b>Alejandra</b>	33	Enfermera	Unisalud	Bogotá
<b>2</b>	<b>Sandra</b>	34	Enfermera	Unisalud	Bogotá
<b>3</b>	<b>Marcela</b>	34	Enfermera	Oriéntame	Bogotá
<b>4</b>	<b>Marina</b>	43	Enfermera	PAPS - La perseverancia	Bogotá
<b>5</b>	<b>Isabela</b>	33	Enfermera	Oriéntame	Bogotá
<b>6</b>	<b>Lina</b>	52	Enfermera	IPS Universitaria de Caldas	Manizales
<b>7</b>	<b>Ana María</b>	35	Enfermera	IPS Universitaria de Caldas	Manizales
<b>8</b>	<b>Lucía</b>	34	Enfermera	Unisalud	Manizales
<b>9</b>	<b>Gloria María</b>	56	Enfermera docente	Universidad de Caldas	Manizales
<b>10</b>	<b>Sofía</b>	64	Enfermera docente	Universidad de Caldas	Manizales
<b>11</b>	<b>Jimena</b>	62	Enfermera docente	Universidad de Caldas	Manizales
<b>12</b>	<b>María</b>	24	Enfermera	IPS Universitaria de Caldas	Manizales
<b>13</b>	<b>Rosa</b>	37	Enfermera	Instituto Nacional de Cancerología	Manizales
<b>14</b>	<b>Cindy</b>	28	Enfermera	Asbasalud - Fatima	Manizales
<b>15</b>	<b>Daniela</b>	31	Enfermera	Asbasalud - El Bosque	Manizales

Para contactar a las enfermeras traté de construir una muestra no probabilística a través de redes, sin embargo no logré construir las redes, en parte porque las enfermeras con las que me contactaron solían señalar que no contaban con el tiempo suficiente para realizar las entrevistas (aproximadamente 45 minutos) dadas sus condiciones laborales, que hacían que durante el tiempo que tardaba la entrevista pudieran tomar al menos 2 o 3 citologías y realizar otros procedimientos que también hacen parte de su trabajo. Esto implicó que la mayoría de enfermeras a las que entrevisté trabajaran dentro del régimen contributivo con unas condiciones laborales diferentes - mayor capacidad para decidir sobre sus tiempos, agendas menos apretadas, y contar solamente con un trabajo. En términos del análisis sobre los haceres cuidadosos esto implicó que la mayoría de las enfermeras a las que entrevisté contaran con condiciones laborales que permitían materialmente unas formas específicamente cuidadosas, sin embargo esto no quiere decir que las enfermeras que trabajaban dentro del régimen subsidiado no tuvieran también prácticas cuidadosas.

Al no lograr construir las redes recurrí a contactarme con las enfermeras a través de personas que las conocían o que trabajaban en instituciones donde se tomara la citología, algunas veces las enfermeras me remitieron a otras pero muy pocas veces (solo en tres ocasiones) me remitieron a personas que pudieran o quisieran ser entrevistadas, esto se debía nuevamente a las condiciones laborales de las personas con quienes me contactaban, y puede haber implicado una limitación respecto a mostrar la complejidad del cuidado. A pesar de lo anterior, no creo que los haceres cuidadosos dentro del consultorio puedan circunscribirse totalmente a las coordenadas producidas por el sistema de salud colombiano, seguramente tienen efectos e implicaciones que deben analizarse con detalle, pero de ninguna manera podríamos decir que el cuidado aparece o desaparece totalmente por estas condiciones.

El instrumento que usé para las entrevistas semiestructuradas se dividió en dos momentos, en el primero indagué sobre la información básica de las enfermeras y sus trayectorias laborales en relación con la citología, en el segundo pregunté por las particularidades de la realización del procedimiento, las interacciones con las pacientes, los trabajos y haceres que implica tomar la citología, y las relaciones de las enfermeras con la citología cuando



son ellas las pacientes (ver Anexo B). Todas las entrevistadas firmaron un consentimiento informado previo a la realización de la entrevista (ver Anexo C). Las entrevistas fueron grabadas, transcritas y posteriormente analizadas, los nombres de las entrevistadas fueron cambiados para proteger la confidencialidad de la información, sin embargo, a lo largo del trabajo aparece al menos una referencia a cada una de ellas como una forma de mostrar la polifonía de las voces, pero también de darles protagonismo a sus experiencias.

El instrumento fue piloteado en las dos primeras entrevistas, y se mantuvo a lo largo de las demás, sin embargo una de las preguntas no siempre permitió la conversación, tal vez por su complejidad, puesto que pedía a las enfermeras que me comentaran alguna situación que se repitiera durante el examen y que a ellas les llamara la atención<sup>6</sup>, o tal vez porque estaba tratando de buscar elementos emergentes para el análisis sin tener muy claro qué tipo de elementos estaba buscando; a pesar de que en algunos casos esta pregunta no fue comprendida por las entrevistadas y generó largos silencios, en otras ocasiones permitió abrir la conversación hacia nuevos elementos como la participación del olfato de las enfermeras en la toma del examen y sus percepciones sobre la higiene de las pacientes.

Pese a que traté de mantener siempre las mismas preguntas, en algunos casos las adapté para poder referirme a las particularidades de los trabajos y lugares ocupados por las enfermeras; esto sucedió con las entrevistas que realicé a enfermeras docentes que enseñan a tomar la citología, a quienes les pregunté por cómo enseñaban el procedimiento y qué tipo de conocimiento querían transmitirle a las y los estudiantes. También, en otras ocasiones traté de preguntar por alternativas a la citología como técnica de diagnóstico del cáncer y por percepciones respecto a la implementación del esquema 1:1:3.

---

<sup>6</sup> La pregunta específica era: Podría comentarme alguna situación que se repita durante el examen pero que a usted le llame la atención

## Observaciones etnográficas

Este momento se desarrolló hacia el final de la realización de las entrevistas, y combinó la autoetnografía con la etnografía. Dichas observaciones se llevaron a cabo en la IPS Universitaria de de Caldas en el transcurso de una semana de noviembre del 2017, una vez que mi propuesta de investigación fue aceptada por el Comité de ética de la institución. Las observaciones del procedimiento se llevaron a cabo en la mañana de un jueves, día en el cual tienden a programarse citologías, y pude presenciar la toma de seis exámenes por parte de dos enfermeras Ana María y Rosa (tres de cada una) a quienes también entrevisté. Antes del acceso al consultorio pedí la autorización de las enfermeras y las pacientes quienes previamente firmaron un consentimiento informado (Ver Anexos D y E). Este momento del trabajo de campo estuvo en consonancia con algunas de las apuestas de los Estudios Sociales de la Ciencia por volcar este tipo de métodos cualitativos hacia lugares de producción de conocimiento científico como son los laboratorios (Barad, 2003; Latour & Woolgar, 1995; Martínez Medina, 2016) y los hospitales (Mol, 2002).

Siguiendo las orientaciones de estos trabajos traté de ser consistente con la idea de que estos son espacios en los que el cuerpo y la enfermedad se hacen en las prácticas y no solo en los discursos. Es decir, no podían ser transmitidos únicamente a través de las entrevistas sino que implicaban no sólo mi mirada, sino también otras partes de mi cuerpo, tal como ha señalado el trabajo de Pérez-Bustos, Tobar-Roa, & Márquez-Gutiérrez (2016).

Sobre esto último debo reconocer que no aprendí precisamente a tomar una citología, pero tanto en las entrevistas como en las observaciones las enfermeras apelaron a gestos con las manos y con los instrumentos que no se agotaban en sus explicaciones verbales; a ello se le sumó mi preocupación particular por ocupar dentro del consultorio un lugar en el que yo veía sin que las pacientes me vieran, en cierta medida esto tranquilizó a las pacientes quienes al comprender mi ubicación en el consultorio permitieron que yo las acompañara, pero yo ocupaba el lugar del testigo modesto (Shapin, 1984), pocas veces me miraban a los ojos y yo casi no intervenía con el fin de evitarles sentimientos de incomodidad y vergüenza. Este lugar de reducido contacto me planteaba ciertos problemas.

Fue así que las observaciones autoetnográficas, o las etnografías de mí misma (Esteban, 2004) cobraron especial relevancia, en dos sentidos: en primer lugar me permitieron pensar con otras partes de mi cuerpo, no sólo desde la mente, sino también desde mis manos, mis piernas, mi cuello uterino; en segundo lugar hicieron de mi cuerpo un lugar de aprendizaje en registros distintos a los de ver y oír, volviendo sobre mis sensaciones y sentimientos. Las experiencias de este tipo fueron dos, al principio del trabajo de campo y hacia el final de éste. En ambas ocasiones fueron una manera de conectarme con las prácticas de las enfermeras desde mi lugar como paciente, y de dialogar con mis propias preguntas y saberes de la citología. Aunque algunas de estas reflexiones no pueden ser totalmente traducidas al lenguaje escrito produjeron un saber encarnado en mí de la citología, a partir del cual reflexioné sobre problemas como la relación sujeto/objeto en la investigación; la materialidad de las prácticas y los haceres; así como del dolor, la incomodidad y la vergüenza.

Como señalé, en los tres momentos del trabajo de campo el cuidado fue una preocupación que significó muy diferentes cosas. A pesar de las formas limitadas de interacción generadas por las entrevistas y las observaciones - no pasé nunca más de una mañana o una tarde con alguien - quería que la interacción generará formas cuidadosas de relacionarme con las personas, en algunos casos esto implicó asumir el lugar de un testigo modesto que más que objetivar a las personas buscaba darles seguridad y tranquilidad; en otras ocasiones significó regular juiciosamente el tiempo de las entrevistas o incluso interrumpirlas por un largo rato antes de continuar, siendo consciente de las muchas otras cosas que tenían que hacer las enfermeras entrevistadas; pero también sucedió de forma contraria en aquellas ocasiones en que las entrevistadas querían extenderse y hablar por largo tiempo de temas que tal vez para mí no eran tan importantes en el marco de la investigación.

A su vez las preguntas de las entrevistas estaban orientadas hacia valorar el trabajo de las enfermeras y algunas de ellas lo reconocieron al final, cuando ya había apagado la grabadora; recuerdo que en una ocasión una de ellas me señaló que nunca había pensado que la citología fuera tan importante y tan compleja, que no entendía muy bien cómo había logrado hablar durante 45 minutos de algo que parecía tan simple. También en algunos

momentos las entrevistadas aprovecharon la ocasión para defender y valorar los trabajos que hacían, explicándome por qué era tan importante tomar citologías o por qué las enfermeras hacían los trabajos más difíciles dentro de las clínicas.

## La vuelta a la citología en tres haceres

A lo largo de esta Introducción he señalado los elementos teóricos, conceptuales y metodológicos que atraviesan el problema de investigación y su desarrollo en los siguientes capítulos. El trabajo está estructurado en cinco partes, la primera es esta introducción y la última recoge las Reflexiones finales; las partes de la mitad se refieren a tres formas particulares en que la citología es hecha y en ello hace a otras materialidades. A diferencia de los trabajos que tradicionalmente incluyen un Estado del Arte, para esta ocasión he decidido que dicha revisión bibliográfica sea incluida en cada uno de los capítulos, debido a la variedad de temas que trato en ellos; si bien es cierto que se mantienen las preguntas de las aperturas ontológicas, los materialismos y el cuidado, mostrar las particularidades ontológicas de cada una de las formas del hacer de la citología que aquí analizo implica referencias a diferentes tipos de literatura.

Al ocuparme específicamente de los haceres cuidadosos que hacen a la citología en las prácticas, la realidad se multiplicó (Pérez-Bustos et al., 2016); no había pues una única forma de hacer la citología, y a su vez la citología no hace una sola cosa - no sólo toma una muestra de células del cuello uterino de una paciente - durante la citología también los instrumentos son hechos por las maneras en que son enactuados, y eso hace a su vez al cuerpo de las pacientes y de las enfermeras.

Los tres capítulos buscan dar cuenta de una dimensión triple del hacer la citología que está en consonancia con la idea de que lo que hace a la citología es también quién la hace y con qué la hace, así como a quién se la hacen. Por lo tanto, el primer capítulo se titula *¿Qué es/hace la citología?* y busca mostrar una definición de la citología desde lo que hace: tomar una muestra; el segundo capítulo lleva el nombre de *Los instrumentos (con los) que (se) hacen a las citologías*, y propone un análisis detallado del hacer de la citología en términos de los instrumentos que en la práctica actúan y las maneras específicas en

que las enfermeras hacen uso de los mismos; el tercer capítulo es *Las pacientes se hacen la citología y la citología hace a las pacientes*, y se concentra en cómo el hacer de la citología involucra también los procesos de hacer a las pacientes como cuerpos sexuados y desexuados durante la interacción en el consultorio.

Analizo esta triple dimensión del hacer sin pretender decir que la citología sólo es hecha, y hace, desde estas tres formas; las he escogido por su relación particular con el cuidado del mundo humano y más-que-humano, y por su relación específica con el trabajo de las enfermeras. Sin embargo, este análisis podría extenderse a otros haceres y profundizar en la multiplicidad ontológica de la citología, ya no reduciéndola al espacio específico del consultorio sino también refiriéndose a lo que sucede antes y después de que la muestra sea tomada.

El trabajo de Mol (2002) sobre la arterosclerosis ilustra de forma interesante la multiplicidad ontológica de una enfermedad cuando cambia de espacio y de persona, del consultorio al laboratorio, del médico al patólogo. Algo similar podría hacerse con la citología: podría estudiarse su multiplicidad ontológica y las particularidades de la interacción del mundo material en el consultorio de la enfermera y en el laboratorio del citopatólogo. Probablemente también allí encontraríamos haceres cuidadosos sobre los cuales reflexionar y discutir.

Por ahora propongo este viaje modesto alrededor de la citología en tres haceres. Sin embargo, esta ruta no es inocente, la escogí por motivos teóricos pero también ético-políticos, en parte porque quería desdoblar cómo funcionaba la multiplicidad ontológica en un mismo momento, en un mismo espacio, en una misma interacción; pero también porque quería volver sobre el trabajo de las enfermeras y las complejidades de un proceso de producción de conocimiento en el que a menudo se hace necesario el cuidado simultáneo de muy diferentes materialidades: los cuerpos de las pacientes, sus propios cuerpos, las muestras, los instrumentos.



## Capítulo 1: ¿Qué es/hace la citología?

*Una vez en el consultorio la enfermera, la paciente y yo, nos preparamos para hacer lo que vamos a hacer, pero ¿qué es eso que vamos a hacer? La paciente entra al baño del consultorio para cambiarse; mientras tanto la enfermera se pone el equipo de bioseguridad, una bata, los guantes y el tapabocas; seguidamente organiza los instrumentos que necesita: el espéculo plástico, la espátula, el citocepillo, la placa y el portaplaca. La paciente sale del baño, se monta en la camilla y se acomoda siguiendo las indicaciones de la enfermera, quien le da algunas técnicas de respiración para que se relaje.*

*La enfermera acerca la lámpara a las piernas de la paciente y la enciende, le informa que va a introducir el espéculo y justo después lo introduce y fija con sus aspas al cuello uterino. Empieza a tomar la primera muestra – exocervical - con la espátula, después introduce el citocepillo para tomar la segunda muestra –endocervical-, ambos instrumentos permanecen en sus manos. Retira el espéculo y le dice a la paciente que ya puede bajarse de la camilla. Mientras tanto toma la placa que al principio había marcado con lápiz y hace la muestra fuera del cuerpo de la paciente, lentamente: primero la de la espátula que esparce de arriba abajo en un tercio de la placa, después la del citocepillo que restriega sobre el resto de la placa girando un poco el instrumento.*

*La enfermera sostiene la placa y la mira detenidamente, revisa el flujo sobre ella, y la pone en una mesa. Empieza a rellenar un recipiente de vidrio con una solución de alcohol al 95%, allí sumergirá la muestra que acaba de hacer. La paciente se despide y sale del consultorio, pero la enfermera permanece otro rato sumergiendo la muestra en la solución de alcohol.*

¿Qué hicieron la enfermera y la paciente en el consultorio mientras yo las observaba? prontamente podemos señalar que la enfermera y la paciente hicieron una muestra de células cervicales, y digo que ambas la hicieron porque para que la muestra fuera hecha tanto la paciente como la enfermera hicieron varias cosas. La paciente se cambió y se recostó en la camilla, se acomodó en la camilla siguiendo las indicaciones de la enfermera, permaneció en la posición indicada durante todo el procedimiento; por su parte la enfermera se puso el equipo de bioseguridad, acercó la lámpara al cuerpo de la paciente, buscó los instrumentos necesarios para realizar el procedimiento, los introdujo en el cuerpo de la paciente, tomó unas muestras de células endocervicales y exocervicales, puso las muestras sobre una placa y las fijó al sumergir la placa en la solución de alcohol. Al hacer todas estas cosas ambas hicieron algo que de ahora en adelante reconoceremos como una citología.

Parece entonces fácil decir que eso es una citología, sin embargo, a lo largo de esta investigación definir qué hace la citología ha sido una pregunta problemática. Como puede notarse en la descripción anterior la citología cervicouterina implica que muchas materialidades entren en contacto -los cuerpos de las pacientes y las enfermeras, los instrumentos, las células cervicales, los flujos vaginales, las camillas, los equipos de bioseguridad, los muebles del consultorio; y que en este contacto muchas cosas sean hechas - una relación entre una enfermera y una paciente, un procedimiento médico, una examinación del cuello uterino de una paciente, un examen para detectar el cáncer, una muestra.

Así, cuando se hace una citología, en el proceso de hacer la muestra muchas cosas se hacen, devienen de una forma específica. Si bien la citología hace la muestra, otras cosas se hacen para que la muestra se haga, y pueda ser posteriormente enviada y analizada en el laboratorio. Se necesita de una paciente - con expectativas, emociones y sentimientos - de cuyo cuerpo se hará la muestra, a quien se le debe introducir un espéculo, encontrar su cuello uterino, tomar con dos instrumentos distintos una muestra de ese cuello y fijarla en una placa. Pero aquí debemos detenernos un poco, porque en la definición que traté de buscar de la citología no sólo importaba qué era o qué hacía la



citología, sino específicamente cómo la persona que la hacía - en nuestro caso las enfermeras - tenía efectos en lo que es y hace la citología.

Siguiendo lo anterior, en este capítulo reflexiono sobre el hacer de la citología, delimitándolo al proceso a través del cual la muestra es hecha, y la citología por lo tanto es hecha. Como señalo en la introducción esta delimitación podría haber sido de otra manera, el análisis podría mostrar cómo en otros contextos, como el laboratorio de patología, la citología también es hecha; pero al ocuparme de los detalles del trabajo de las enfermeras quería mostrar los efectos específicos de sus haceres cuidadosos en la citología. Para ello el capítulo se divide en dos partes, la primera propone una revisión de las maneras en que algunas investigaciones se han referido a la citología y la han abordado como una tecnología, una herramienta, un protocolo o una lista de pasos; en la segunda parte abordo con base en esta revisión las maneras en que los haceres cuidadosos de las enfermeras tienen efectos en la citología.

## **1.1 Una herramienta, un protocolo, una lista de pasos... un hacer**

Diferentes investigaciones han hecho de la citología su problema de análisis. Aunque en la revisión de la literatura me encontré con muy diferentes perspectivas que van desde análisis culturalistas de lo que significa la citología en diferentes contextos (Angulo-Olaiz, 2009; Chavez et al., 2001; Cortés García, 2016; Luna-Blanco & Sánchez-Ramírez, 2014; Wiesner-Ceballos, Vejarano-Velandia, Caicedo-Mera, Tovar-Murillo, & Cendales-Duarte, 2006) hasta discusiones sobre el riesgo y la capacidad de la citología o no para prevenir este riesgo (Angulo-Olaiz, 2009; Manrique Sánchez, 2013), aquí me concentro específicamente en los trabajos que desde perspectivas cercanas a los Estudios Sociales de la Ciencia se han referido a este examen. Al dialogar con estos trabajos trato de destacar lo que se ha dicho sobre la citología para proponer finalmente una definición de esta centrada en el hacer.

En esta literatura, la citología ha sido principalmente analizada desde perspectivas enfocadas en la teoría y la metodología latouriana del actor red (Latour, 2005). En las

investigaciones más conocidas sobre el tema - la de Vicky Singleton y Mike Michael (1993), las de Monica Caspers y Adele Clarke (1998; 1996) y la de Luiz Antonio Texeira e Ilana Löwy (2011) - las autoras han conceptualizado a la citología como una herramienta que al interior de las diferentes redes o arenas sociotécnicas en las que funciona, se configura como la “herramienta adecuada” para la detección del cáncer de cuello uterino. En estos estudios se analizan las maneras en que al interior de diferentes países - Inglaterra, Estados Unidos y Brasil – llegaron a existir redes de actores que incluían gobernantes, médicos, patólogos, espéculos, placas, células cancerígenas, laboratorios y pacientes, las cuales posicionaron a la citología como herramienta principal en la detección del cáncer de cuello uterino.

Los análisis propuestos por estos trabajos me fueron de gran ayuda para entender por qué me interesaba analizar a la citología. Por un lado, porque proponían una serie de reflexiones respecto a las limitaciones de la Teoría del Actor Red, la cual al funcionar sobre la base de los procesos de estabilización de los escenarios sociotécnicos olvidaba la importancia de la indeterminación, la ambivalencia y la multiplicidad para el funcionamiento de muchas de las redes o mejor arenas sociotécnicas (Casper & Clarke, 1998; Clarke & Casper, 1996; Singleton & Michael, 1993); en este sentido, estos estudios muestran que la citología se convirtió en la “herramienta adecuada” dada la naturaleza localizada y contingente de las prácticas científicas y biomédicas.

Por otro lado, porque mostraban los efectos que tenían los contextos específicos en la configuración de las redes sociotécnicas y sus implicaciones en los haceres de la citología. Por ejemplo, en el trabajo de Teixeira y Lowy (2011) se nos explica que en el contexto brasileño la citología como herramienta adecuada competía con la colposcopia lo cual generaba una tensión entre ambas tecnologías que tuvo como consecuencia que durante mucho tiempo la citología no fuera allí tan ampliamente popularizada como si lo fue en otros lugares, por ejemplo en Colombia, y que se crearan programas en que ambas herramientas convivían estrechamente.

Aunque en este trabajo no me pregunto específicamente por la configuración de las redes o arenas sociotécnicas en las que está inmersa la citología, las cuestiones abordadas por estos trabajos me permitieron analizar a esta herramienta teniendo en cuenta varios elementos: En primer lugar, que se trata de una herramienta que implica la interacción de actores humanos y más-que-humanos en un contexto específico como lo es el colombiano; en segundo lugar, que más que el análisis simétrico de estas redes, es importante comprometerse con perspectivas situadas, debo reconocer que en mi caso me he esforzado por destacar la posición de las enfermeras, por lo cual no todos los actores son iguales; y por último me parece interesante la manera en que la citología puede convertirse en lugar estratégico en el que el constructivismo y el materialismo se encuentran en el cuerpo de las mujeres (Casper & Clarke, 1998, p. 257), tanto en el de las pacientes como en el de las enfermeras que hacen la citología, en los efectos materiales de las prácticas en estos cuerpos y la complejidad de la relación de los mismos con el mundo material.

Si bien es cierto que en el análisis me concentro específicamente en el hacer de la citología, es decir en el hacer de la muestra por parte de las enfermeras, tengo claro que éste se encuentra atravesado por las arenas sociotécnicas que hacen posible que la citología sea hecha, a la vez que definen cómo se hace o puede hacerse. En este sentido, me separo un poco de la discusión de si la citología es o no la herramienta adecuada o cómo llegó a serlo, para concentrarme en los detalles que constituyen su hacer, y los procesos y las prácticas que esos detalles contienen. Con eso me interesa recordar que estos detalles se mantienen en constante negociación con un contexto más amplio, que trasciende al consultorio en el que en la interacción de múltiples materiales la muestra es hecha.

Al distanciarme un poco de la discusión de cómo la citología se convirtió en la herramienta adecuada, traté de buscar otro tipo de definiciones que me permitieran hablar más directamente de lo que pasa en el consultorio. Al respecto es de gran importancia la investigación de Murphy (2012), sobre las formas en que en la década de 1970 las feministas californianas respondieron a los escenarios de politización de la vida generados por transformaciones científicas y tecnológicas que habían hecho del sexo algo

manipulable. Dentro de las estrategias de politización de las prácticas biomédicas de estas feministas se encontraba el Protocolo feminista para la autoexaminación vaginal, protocolo icónico del feminismo de autoayuda, que al desplazar las personas, los lugares y las formas en que se hacía dicha autoexaminación buscaban generar relaciones afectivas afirmativas de las mujeres con sus propios cuerpos. En Los Ángeles la citología se hizo de otras maneras: las mujeres fueron invitadas a compartir entre ellas el proceso de tomarse la citología, a apropiarse y construir los diferentes conocimientos que circulaban en la citología de forma encarnada.

Esta citología compartida permitía distribuir entre las mujeres el saber médico respecto a la citología, la vagina, el cuerpo femenino y el cuerpo saludable. Al mismo tiempo buscaba transformar la experiencia de las mujeres en el proceso al permitir que la persona que era examinada pudiera participar activamente del procedimiento y verse a sí misma a través de un espejo, generando espacios de reflexión, cuidado y producción de conocimiento a través de las interacciones entre mujeres como testigas no modestas. Con ello se reorganizaron formas de afecto, contacto, interacción y conocimiento del propio cuerpo que hicieron de la citología practicada por estos grupos una experiencia distinta de la que tuvieron las mujeres que acudieron y acuden al médico o al ginecólogo para que les hagan una citología.

Algo central del trabajo de Murphy, es que propone una definición de lo que estos grupos de mujeres hicieron de la citología: un protocolo, un *cómo hacer*. El cual, en el marco de las apuestas políticas feministas del contexto, implicó desplazamientos políticos y epistemológicos en y desde la citología. El protocolo establecido por estas feministas, así como otro tipo de protocolos en salud, definió formas de hacer a las tecnologías, a los sujetos, los intercambios, los afectos y los procesos de producción de conocimiento, en este caso definió una forma específica de hacer la citología.

Al hablar de las especificidades de la autoexaminación de estas mujeres, el trabajo de esta autora me permitió reflexionar sobre cómo, en los detalles de la práctica de la citología, ésta se multiplica ontológicamente. Lo anterior quiere decir que la citología al ser hecha

por estas feministas, era diferente de la citología hecha por los médicos de entonces y ahora por las enfermeras. Resumiendo, al concentrarse en los detalles de cómo se hace la citología, podemos ver sus particularidades cuando es hecha en uno u otro contexto - en un salón comunitario o en un consultorio, o por una u otra persona - una feminista, una enfermera, un médico o una médica -, la noción de protocolo nos habla de cómo pueden articularse estas particularidades.

El protocolo define muchas cosas, entre ellas un *cómo hacer* que orienta y delimita la práctica. Al respecto la tesis de Raquel Díaz-Bustamante (2011) habla de la citología como un proceso que consta de diferentes pasos, los cuales van desde las preguntas a las pacientes - anamnesis, elaboración de la historia clínica -, hasta la toma de la muestra. Para Díaz-Bustamante la “Toma de la muestra”<sup>7</sup> es el tercer paso en una lista de cinco pasos que señalan la complejidad del proceso, es decir, que la citología no es sólo lo que pasa en el consultorio cuando alguien toma una muestra de las células del cuello uterino de otra persona, sino que implica también “Pedir la cita”, “Preparaciones previas”, “Tomar la muestra”, “Entregar los resultados”, y los “Controles o las siguientes citologías”.

Estas formas de comprender la citología me dieron pistas sobre la importancia de los detalles, y las maneras en que hacer la citología involucraba una serie de otros haceres más pequeños, si se quiere micro, que en conjunto permiten que la muestra sea hecha y que a su vez la citología se haga. A pesar de la potencia de entender la citología como un protocolo o una lista de pasos, en mi investigación opté por entenderla como un hacer - hacer una muestra es hacer una citología - que dialoga siempre con múltiples haceres.

---

<sup>7</sup> Para esta autora la toma de la muestra implica a su vez una lista de pasos que incluyen: 1) Las preguntas; 2) La desnudez de las pacientes; 3) Asumiendo una posición en la camilla ginecológica; 4) La introducción del espéculo a través del canal vaginal; 5) La toma de la muestra (Díaz Bustamante, 2011, p. 63-64)

Esto por varias razones, primero porque a menudo la noción de lista de pasos se refería a una forma condensada del procedimiento, que podía llevarme a perder de vista la importancia y los efectos de los detalles de las prácticas; segundo porque la noción de Protocolo propuesta por Murphy estaba en consonancia con una apuesta por valorizar y significar las estrategias de las feministas californianas en la década de los 70. Al señalar que ellas crearon un protocolo la autora disputa políticamente el valor epistemológico del procedimiento hecho de esta manera. Sin embargo, en el caso de las enfermeras yo no quería pensar que lo que hacían era un protocolo como tal creado por ellas, particularmente si recordamos que las entrevistas y observaciones que realicé estaban separadas entre sí por tiempos y espacios, es decir no se encontraban articuladas en un lugar de práctica y reunión como ocurría con las feministas de los movimientos de autoayuda.

Por el contrario, las particularidades de las formas en que las enfermeras hacían la citología estaban relacionadas con otras cosas, en sus trabajos ellas no estaban estableciendo un protocolo diferente al que les habían enseñado en sus procesos de formación, y aunque seguían listas de pasos, había más que eso. En sus prácticas había una riqueza que era especialmente visible cuando pensaba en términos de los haceres cuidadosos que tenían efectos en sus formas de hacer la citología, las continuidades entre estas formas de hacer, pero también sus diferencias y distancias.

## 1.2 De las prácticas al protocolo y del protocolo a las prácticas

*Frotis de Papanicolaou convencional*

*Preparación*

*(...) Haga un examen con espéculo, como se describe en la hoja práctica 5.2.*

*Toma de la muestra*

- 1. Inserte la punta larga de la espátula o el cepillo en el orificio cervical externo y rótelala dando una vuelta completa (360 grados) (...).*

2. *Frote ambos lados de la espátula contra el portaobjetos de vidrio dando un par de pasadas delicadas (o haga rodar el cepillo sobre el portaobjetos). Si viera alguna anomalía fuera del área muestreada, tome otra muestra y extiéndala sobre otro portaobjetos.*
3. *Fije de inmediato cada portaobjetos, incluso antes de retirar el espéculo de la vagina (lleve sólo unos pocos segundos): utilice para ello un fijador líquido pulverizable, colocando en ángulo recto y a una distancia de 20 cm del portaobjetos (...), o sumerja el portaobjetos en un recipiente con etanol al 95% y déjelo allí al menos cinco minutos (mientras usted continúa con los pasos siguientes).*
4. *Cierre y retire suavemente el espéculo.*

*Después de la toma de la muestra*

*(...)*

*(Tomado de Hoja práctica 5.6: Métodos de tamizaje citológico: frotis de papanicolaou y citología en base líquida, OPS/OMS, 2014, pp. 291-293)*

El manual del que tomé este fragmento lleva el título “Control del cáncer cervicouterino - Guía de prácticas esenciales” (OPS/OMS, 2014). Este manual producido por dos de las organizaciones mundiales más importantes de salud describe detalladamente los procedimientos a ser realizados en el marco de programas orientados al control del cáncer de cuello uterino. Allí no sólo aparecen descripciones y recomendaciones respecto a cómo hacer la citología, sino que también nos encontramos con amplias descripciones de los instrumentos y los cuerpos intervenidos, acompañadas en la mayoría de las ocasiones por imágenes y fotografías explicativas (ver Imagen 1).

Específicamente he retomado la parte que se refiere a la toma de la muestra, donde el manual dice paso a paso qué debe hacerse para tomar la citología, se trata de una lista de cuatro pasos en los que se define el proceso de hacer la muestra desde que se inserta el espéculo hasta que la muestra es fijada. A esto, así como a la descripción que he dado al principio del capítulo, podemos prontamente nombrarlo como una citología; en ambas descripciones podemos encontrar varias continuidades: el espéculo es introducido, la

espátula y el citocepillo son introducidos en la cavidad vaginal para toma muestras de las células del cuello uterino, la muestra es fijada y el espéculo es retirado.

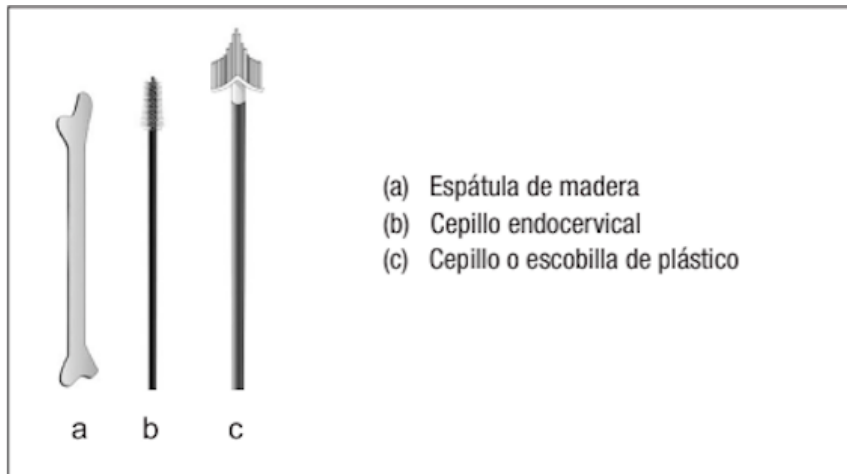


Imagen 1. Dispositivos de muestreo cervicouterino para tamizaje mediante citología. (Tomado de Hoja práctica 5.6: Métodos de tamizaje citológico: frotis de papanicolaou y citología en base líquida, OPS/OMS, 2014, pp. 291)

Ambas cosas hablan de la citología, ambas cosas describen cómo se hace o hizo una citología; pero dada la multiplicidad ontológica (Mol, 2002) de las cosas se trata de citologías diferentes, aunque el manual trata de coordinar a la citología como una sola, eso que allí se describe, en las prácticas es enactuado como muchas cosas. El manual nos entrega una descripción detallada de cómo hacer la citología, descripción que en manos de un médico, de una enfermera, o de una feminista de los grupos de autoayuda descritos por Murphy - y no de una socióloga como yo - puede transmitir la información necesaria para que esta sea enactuada por diferentes personas; ello se hace especialmente visible cuando las imágenes del manual se esfuerzan en borrar o evitar incluir los cuerpos de las manos de quienes hacen el movimiento (Ver Imagen 2).

Aunque el manual hace su trabajo al construir una imagen única de la citología, sirve también como referente para hablar de las diferencias entre unas y otras maneras de hacer la citología. Si contrastamos la explicación del manual con la descripción de lo que vi en el



consultorio la realidad se multiplica. Cuando yo estaba observando la citología muchas más cosas, que no aparecían en el manual o que incluso lo contradecían, ocurrían y eran hechas: la enfermera hablaba con la paciente y la ubicaba en la camilla, le enseñaba a respirar para que se relajara, sacaba el espéculo antes de fijar la muestra - así fijar la muestra solo tarde unos segundos - y quedaba atenta a la muestra mientras la paciente salía del consultorio.

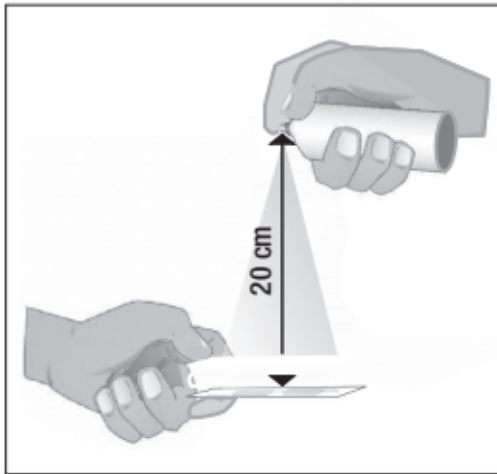


Imagen 2. Fijación de un frotis de Papanicolaou convencional empleando un líquido pulverizable. (Tomado de Hoja práctica 5.6: *Métodos de tamizaje citológico: frotis de papanicolaou y citología en base líquida*, OPS/OMS, 2014, pp. 292)

De alguna manera lo que trataré de mostrar es cómo varios de estos haceres de las enfermeras, que pueden no estar incluidos en el manual (o también pueden aparecer de otras maneras), son haceres cuidadosos que moldean de forma particular a la citología que es hecha por las enfermeras, así como a las demás cosas que hace la citología. Si bien es cierto que en la descripción del manual existen algunas continuidades con la noción de protocolo o de lista de pasos que discutí en el apartado anterior, también aparecen distancias respecto a las razones por las cuales Murphy (2012) y Díaz Bustamante (2011) nombran a la citología de esta manera.

En el trabajo de Murphy (2012) la noción de protocolo es usada de forma táctica para mostrar que lo que hacían las mujeres de los grupos de autoayuda feminista tenía tanta validez e importancia médica como el trabajo realizado por el personal de salud al hacer una citología. En consonancia con esta investigación yo podría referirme a la citología como un protocolo, pero los efectos políticos de hacerlo son muy diferentes; mientras que al nombrarlo como protocolo Murphy está valorizando el conocimiento producido por estas feministas, yo quisiera mostrar la riqueza de las prácticas de las enfermeras al contrastarlas con el protocolo establecido por el saber médico. Tanto Murphy como yo estamos haciendo a un lado el principio de simetría para destacar desde puntos de vista situados experiencias distintas: en su caso la importancia epistemológica y política de un protocolo en el cual la citología creaba espacios de lucha feminista, de apropiación del cuerpo, de salud y autocuidado; en mi caso la riqueza de las formas en que los haceres cuidadosos atraviesan el trabajo de las enfermeras a la hora de hacer la citología.

Por otro lado, aunque nos encontramos con una lista de pasos, esta lista dista mucho de coincidir con los pasos propuestos en el trabajo de Díaz Bustamante (2011), no sólo en términos de la cantidad de pasos, sino también en las dimensiones de las tareas específicas a las que se refiere. Esto en parte se debe a que la lista de pasos propuesta por dicha investigación está orientada hacia los significados que tiene la citología para las pacientes, y cómo sus cuerpos se hacen en relación con la sexualidad de maneras específicas durante el examen, problema al que me referiré de forma directa en el capítulo III. Al analizar los significados de cada uno de los pasos desde las perspectivas de las pacientes y las enfermeras, esta autora privilegia un análisis en que los dos puntos de vista – tanto el de las enfermeras como el de las pacientes - son descritos para señalar que en ambos lugares una misma acción tiene diferentes implicaciones; al hacerlo se concentra en una mirada detallada de lo que puede significar la citología, pero no le interesan tanto los detalles del hacer que ocupan mi atención: La manipulación del espéculo, el uso del citocepillo y la espátula, los procesos de fijado de la muestra, la muestra.

Al enfocar mi análisis en lo que *hace* (a) la citología, estas nociones, ya sea la de la lista de pasos o la del protocolo, son nociones que por el contrario puedo poner en tensión con lo que las enfermeras hacen y dicen que hacen en el consultorio. Antes de avanzar en ello

es importante aclarar que yo no quiero elaborar esta tensión en términos normativos del tipo “Es malo que no sigan el protocolo” o “Es bueno que no lo sigan”, tampoco me interesa proponer una imagen negativa del protocolo ni negar su capacidad para coordinar entre lo micro y lo macro las prácticas y los saberes que hacen a la citología; más bien trato de mostrar una riqueza de prácticas, una ecología de haceres en las cuales la realidad a menudo, sino siempre, excede al protocolo o a la lista de pasos.

Al plantearlo de esta manera identifico otra diferencia. Si bien es cierto que podemos encontrar una serie de continuidades entre esta lista de pasos y la descripción de la citología que hago al principio de este capítulo, las uso para referirme explícitamente a dos cosas diferentes. Mientras que en el manual encontramos una serie de pasos que eventualmente harían a la citología - si caen en las manos indicadas- mi descripción da cuenta de un proceso en el que la citología es hecha. Esta diferencia nos hace volver sobre la reconocida tensión entre lo discursivo y lo material en las ciencias sociales, o mejor aún entre la teoría y las prácticas en el conocimiento en general, es decir, la distancia entre la forma en que nos dicen que debemos hacer las cosas y las maneras en que de hecho las hacemos.

Debo reconocer que fue el análisis discursivo y visual de los documentos lo que me permitió ver la riqueza particular que había en las prácticas de las enfermeras a la hora de hacer la citología. Más que discutir la importancia o no de la lista de pasos o su utilidad, lo que quiero resaltar es que las formas en que las enfermeras me contaban que seguían los pasos estaba entremezclada con posiciones, actitudes, aptitudes, sentires y empatías particulares respecto a cómo hacerla, a cómo seguir los pasos.

Dado que dentro de los Estudios Sociales de la Ciencia existe una amplia discusión respecto a los estándares y las clasificaciones<sup>8</sup>, podría haber orientado mi análisis de la citología hacia estos temas. Pero más que mostrar las continuidades en las formas de

---

<sup>8</sup> Ver por ejemplo el trabajo de Bowker y Star (1999)

hacer la citología por parte de las enfermeras y sus tensiones o no con los protocolos, quería hablar de sus haceres distanciandome lo más que me fuera posible de una discusión normativa sobre lo que debían hacer y lo que hacían. En cierta medida, estaba también evitando pensar los haceres cuidadosos de manera normativa, como algo que las enfermeras deben o no hacer, y más bien como algo que hacen.

Las distancias entre la teoría o el protocolo (pretendidamente unívocos) y las prácticas (siempre múltiples) dan entonces cuenta de la riqueza de los haceres. Es decir, mientras que el manual busca proponer de forma abstracta una serie de pasos que supuestamente cualquier médico o enfermera podría seguir para hacer la citología, en las prácticas las enfermeras no son cualquiera, sus lugares encarnados como mujeres enfermeras que toman la citología y a quienes seguramente se les ha hecho una citología están relacionadas con un saber en sus cuerpos respecto al procedimiento y a las sensaciones de vergüenza, dolor o incomodidad, pero también de tranquilidad, suavidad, delicadeza o comodidad, que este puede generar.

Algo similar sucede con las partes del cuerpo que son llamadas a actuar en la citología, las pacientes en las prácticas contrastan con la noción monolítica de “la mujer”, “la usuaria” o “la cliente” a quien se le hace un procedimiento; las pacientes ocupan un lugar mucho más activo. Como he tratado de señalar desde el principio, las pacientes están atravesadas por los lugares particulares que ocupan en la sociedad, son pacientes que están relacionadas con el saber médico y las prácticas médicas en muy diferentes grados, y son personas para las que el procedimiento puede significar e implicar muy diferentes cosas; pueden entonces decidir no recostarse en la camilla, oponerse a la inserción del espéculo, cerrar las piernas mientras el espéculo está adentro, no asistir a la cita etc.; también sus cuerpos pueden ser diferentes, no tener útero, tener el útero salido, o el cuello uterino cerrado, o no ser mujeres sino hombres trans.

Otro tanto ocurre con los instrumentos, por ejemplo, el espéculo único del manual en las prácticas es hecho de muy diferentes formas. En las prácticas todos los instrumentos pueden ser enactuados de formas múltiples, aunque pueden hacerse de maneras muy

cercanas a lo indicado por la lista de pasos, quien los usa puede hacerlos devenir de formas distintas; además las materialidades de los instrumentos también pueden resistirse a la lista de pasos, los espéculos pueden quebrarse, pellizcar a las pacientes, los portaobjetos pueden quebrarse o contaminarse, los citocepillos pueden causar sangrados en las pacientes, las espátulas pueden generar dolor y las muestras pueden ser insuficientes o no satisfactorias.

La lista de pasos no tiene respuestas para estos casos específicos, para lidiar con ellos las enfermeras cuentan con una experticia, obtenida a través de sus procesos de formación como enfermeras, de sus experiencias haciendo las citologías, o de sus experiencias como pacientes a quienes se les toma la citología. Frente a estas cosas ellas reaccionan constantemente, van más allá de los protocolos y las listas de pasos; muchas veces a través de haceres cuidadosos que las impulsan ya sea a dejar de seguir los pasos o a seguirlos de otra manera. Esto no implica que las enfermeras al apartarse de los protocolos o las listas de pasos dejen de hacer la citología, sino que la hacen de una manera, entre otras muchas en que la citología es hecha.

Es sobre la base de esta noción múltiple de la citología que elaboro el análisis de lo que queda de este capítulo y de los dos capítulos siguientes. En el siguiente apartado me concentro específicamente en los haceres cuidadosos que aparecen en el proceso de hacer una muestra, es decir, de tomar una citología, y cómo estas formas hacen a la citología.

### **1.2.1 “Mira, te voy a tomar una muestra”**

El título de este apartado sirve a manera de contraste con el título de *Toma de la muestra* que aparece en el manual antes citado. Aunque la enfermera de hecho toma la muestra y en ello hace a la citología, para tomar la muestra tiene que hablar con alguien y decirle: “mira, te voy a tomar una muestra”. Esta necesidad de interactuar con otra persona implica que la misma muestra puede ser hecha de muchas maneras, a través de muchas prácticas específicas. En este apartado analizo los haceres cuidadosos de las enfermeras en relación con la toma de la muestra, tratando de prestar atención a tres aristas del proceso

de hacer la muestra: en primer lugar, los efectos de las formas cuidadosas de las enfermeras en las distancias o continuidades de las prácticas con el protocolo o la lista de pasos; en segundo lugar, la cotidianidad de los haceres cuidadosos de las enfermeras; y por último, las estrategias cuidadosas de las enfermeras en aquellos casos en los que ocurren accidentes o situaciones inesperadas.

Para mostrar la multiplicidad de formas de hacer la muestra retomo partes de una entrevista en la que la enfermera me describe todo el proceso mediante el cual ella hace una citología:

*(...) cuando la paciente sale digo "Bueno, por favor acomódese, coloca la cola bien al borde de la camilla y una pierna en cada estribo (...)" entonces me ubico ya con mi espéculo desechable, lo destapo, le muestro a la señora qué es, que está totalmente sellado, pa que vea - tenga la certeza de que es desechable - (...) saco la espátula y la escobilla que utilizamos para tomar la muestra.*

*Antes de eso se me olvidó, perdón (...) ahí viene una laminita de vidrio, donde uno marca los datos de la paciente, entonces marco la lámina con las iniciales de la paciente, el número de la cédula y el consecutivo (...); y ahí sí procedo a tomarle la muestra, entonces cuando ella esté ya acomodada, le digo que trate de relajarse, que afloje la cola (...) yo [le digo] "trate de relajarse porque es que si usted aprieta entonces sí le va a doler".*

*Entonces coloca uno el espéculo pues, lo introduce en la posición que hay que introducirlo que es vertical, y cuando ya está allá adentro entonces le da uno la vuelta, abre el espéculo, ubica el cuello uterino, y ahí toma la muestra. Entonces cuando uno lo ve, ya lo ve bien allá, entonces coge con una escoba y (...) le toma la muestra de adentro, la endocervical, y con el otro la muestra exocervical, lo ubica en la lámina las dos muestras, o sea, para que queden ahí las células. Después coge uno inmediatamente un spray, a determinada distancia que son más o menos 30 centímetros le esparce el spray ¿para qué? para que*

*fije la muestra, después de eso entonces le dice a la paciente que ya puede ir a cambiarse, que puede retirarse y ya (...) (Entrevista a Marina)*

En este relato encontramos como esa *Toma de la muestra* es un proceso complejo y difícil de resumir para esta enfermera en una lista sintética de cuatro pasos. Aquí la enfermera nos habla de una serie de haceres que implican su interacción con muy diferentes materialidades, con la paciente, con los instrumentos y con la placa; y en las cuales se pueden identificar varios haceres cuidadosos, que van desde la manera en que le pide a la paciente que se relaje hasta la forma en que marca la lamina con el consecutivo respectivo. Este tipo de haceres no los encontramos necesariamente en el manual, son cosas que aparecen en la riqueza de las prácticas y que muestran la complejidad de tomar esa muestra, de hacer esas cosas. Hacer una citología entonces no depende del seguimiento de los pasos sino de los detalles de las prácticas, sus particularidades.

En este fragmento de la entrevistas identifico dos tipos de haceres, unos refieren a cómo Marina interactúa con las pacientes, es decir, cómo les habla, qué les dice, cómo las ubica en el consultorio, cómo las toca; mientras que los otros refieren a las maneras en que la enfermera se relaciona con las materialidades más-que-humanas: los instrumentos, la camilla y la muestra. Los haceres cuidadosos están en estas interacciones, en los pocos segundos de más que le toma a la enfermera mostrarle el espéculo a la paciente y demostrarle que es un espéculo sellado; en la manera en que le explica cómo acomodarse en la camilla; en las formas en que le pide que se relaje; en su experticia respecto a cómo deben usarse los instrumentos y cómo debe fijarse la muestra; en las maromas que le implica sacar el espéculo antes de fijar la muestra; en la atención que presta al proceso de marcar la placa.

Aunque algunas de estas cosas aparecen en el manual, el punto que yo quiero mostrar es que las enfermeras en la reflexión y los detalles sobre esas prácticas no se refieren necesariamente a la acción, al hacer, sino a las formas en que la acción es hecha, a cómo se hacen las cosas y no solo a lo que se hace a través de las prácticas. El trabajo de

Martínez Medina sobre cómo se hace arteria carótida en el laboratorio de anatomía se refiere a esto con claridad:

Hacer arteria carótida no es simplemente abrir la piel y encontrarla. Depende de las sutilezas de las prácticas que permiten su emergencia (Martínez Medina, 2016, p. 44)

Si para hacer la arteria carótida no es suficiente con abrir la piel, para hacer una citología no es suficiente con introducir un espéculo y tomar una muestra. ¿Cuáles son aquí las sutilezas? ¿cómo hacen las enfermeras la muestra desde allí?

Pese a que pude haberme concentrado en el análisis de múltiples prácticas y formas de hacer, las sutilezas que más me llamaron la atención eran aquellas que en las prácticas de las enfermeras implicaban formas cuidadosas de hacer, tanto hacia lo humano como lo más-que-humano. Esta preocupación por el cuidado y lo cuidadoso estaba en consonancia con dos cosas específicas: primero con una preocupación política por visibilizar las complejidades del trabajo que hacen las enfermeras cuando toman la citología; y segundo con la búsqueda de los posibles efectos que tienen en las materialidades los haceres cuidadosos.

Aunque es muy probable que cuando un médico o un ginecólogo toma una citología la lista de pasos del manual también se vea enriquecida por las prácticas, en las formas de hacer de las enfermeras encontré una serie de continuidades en los que el proceso aparentemente simple de tomar una muestra era de hecho un proceso complejo que implicaba muchas cosas. Analizar los cuidados específicos que allí se hacían eran para mí una forma de valorizar el trabajo de las enfermeras, así como sus efectos en el cuidado de las pacientes y de las demás materialidades que allí eran enactuadas.



Al respecto el relato de Marina es tal vez uno de los menos explícitos en lo referente al cuidado con el que hace la citología, pero fue precisamente por ello que decidí usarlo. A pesar de la rapidez con la que esta enfermera me contaba el procedimiento - en medio del afán de un día caótico de trabajo que implicó que la entrevista fuese varias veces interrumpida - si lo contrastamos, junto con mi narración de lo que vi en el consultorio con la lista de pasos del manual, lo cuidadoso aparece en las sutilezas: En que para ella sea importante contarme cómo saluda a la paciente y cómo le pide que se ubique en la camilla, y al hacerlo las reconozca como cosas que hacen parte de su trabajo; en que me explique cómo se toma cada muestra y los detalles técnicos de fijarla; en que recuerde toda la información que debe incluir cuando marca la placa y el portaplacas y en que durante la entrevista se disculpe por haberlo olvidado; nuevamente, en los detalles.

En las demás entrevistas este cuidado era mucho más explícito, y daba cuenta de cómo al hacer la citología la lista de pasos podía orientar las prácticas pero no funcionaba como una lista de chequeo, tampoco definía totalmente al hacer. Persistentemente cada una de las enfermeras hacía referencia a lo que para ellas era una forma personal y cotidiana de seguir los pasos, y lo hacían evidente al nombrarlo en primera persona; veamos algunos ejemplos:

*Yo le tomo una [muestra] a paredes vaginales y al rededor del cuello (...) (Entrevista a Isabela)*

En este caso la enfermera hacía algo diferente al manual que no incluye dentro de sus pasos la toma de células de paredes vaginales, sin embargo, para ella era parte de sus prácticas en la búsqueda por tomar una buena muestra. Es decir, se trataba una forma de tomar la muestra en la que el hacer cuidadoso, tomar una muestra a las paredes vaginales, buscaba garantizar que la muestra tuviera suficientes células de diferentes partes del cuello uterino y la cavidad vaginal, información que esperaba que fuera suficiente para detectar acertadamente la presencia o ausencia de células cancerosas y precancerosas.

Para ella, como para muchas otras, tomar la muestra bien - una buena muestra - era central a la hora de hacer una citología, por diferentes razones, ya fuera porque querían generar diagnósticos apropiados, porque no querían tener que hacer doble trabajo al tener que repetir el procedimiento, o porque querían evitarle a la paciente las molestias de tener que sufrir nuevamente el examen. En las prácticas de Isabela ello implicaba hacer algo más, algo que las demás enfermeras no necesariamente hacían: tomar una muestra de las paredes vaginales. En otros casos las preocupaciones estaban más relacionadas con darles a las pacientes una buena experiencia, lo cual podía depender de varias cosas:

*(...) Pero no es tanto la mano, sino explicar el procedimiento, entonces por eso yo me demoro ahí un poquito, hasta que no lo tenga claro la persona, yo no hago el procedimiento (Entrevista a Sandra)*

Para esta enfermera una buena experiencia del procedimiento significaba que la persona tuviera claridad sobre lo que le iba a pasar, lo que le iban hacer. Contrario a lo que otras enfermeras me señalaron respecto a la destreza o experiencia en la manipulación de los instrumentos- eso que ella nombra como “la mano” - Sandra me señaló que la experiencia de las pacientes dependía de la explicación del procedimiento. Esto implicaba tomarse más tiempo durante la consulta y hablar más rato con la paciente, pero para esta enfermera era un requisito.

Si bien es cierto que el manual señala la necesidad de explicar el procedimiento a las pacientes, dice muy poco sobre cómo hacerlo. Esto puede hacerse de forma rápida y poco detallada, pero para Sandra era una parte fundamental de hacer la citología. La explicación entregaba información a la paciente que al ser clara le permitía gestionar de otra manera el dolor, la vergüenza y la incomodidad, pero a su vez podía llegar a garantizar que las mujeres tuvieran menos prevenciones a la hora de ir a realizarse otras citologías. En este hacer cuidadoso la forma detallada de contarle el procedimiento a la paciente no sólo le permitía racionalizar o comprender lo que le iban a hacer a su cuerpo y lo que su cuerpo iba a sentir, sino que también se constituía como un espacio de transmisión de conocimiento en el que la paciente era invitada a participar, era incluida en el proceso.

Esta inclusión de la paciente tenía como objetivo principal garantizar que la experiencia fuera lo menos incómoda o traumática posible, pero también en este caso los haceres cuidadosos estaban orientados hacia mantener la posibilidad de que la paciente regresara periódicamente para tomarse la citología. Ahora bien, a largo plazo este interés estaba siempre en relación con objetivos de más corto o mediano plazo, con lo que sucedía inmediatamente en el consultorio, que era lo que tendía a determinar las prácticas de varias de las enfermeras:

*(...) si no están tranquilas yo no empiezo porque es obvio que les va a molestar la citología, y les va a doler y van a sentirse incómodas y eso. Entonces hasta que no estén calmadas yo no se las tomo (...) (Entrevista a Alejandra)*

El dolor era una de las preocupaciones de esta enfermera a la hora de hacer su trabajo, así como el de muchas otras a las que entrevisté. El dolor era una posibilidad latente que se trataba de evitar a lo largo del procedimiento y sobre la cual volveré en los siguientes capítulos; si bien tomar la muestra se mantenía como el objetivo último de la citología, los haceres se orientaban paralelamente hacia el cuidado de las muestras, los cuerpos y los instrumentos.

Estas estrategias particulares de cada enfermera eran formas cotidianas y constantes en las que hacían la citología, pero las formas cuidadosas de hacer aparecían también en otras sutilezas relacionadas con las situaciones en que las pacientes, sus cuerpos o los instrumentos, no participaban como se esperaba del proceso de tomar la citología:

*(...) me acuerdo mucho una pacientica que (...) tenía un déficit cognitivo y le mandaron a tomar la citología. Ella entró con la mamá y todo pero no (...) Y no se la pudimos tomar o sea porque ella. Pero el médico se la había mandado (...) Esa pacientica también yo la tuve como una hora por qué entró en shock, lloró, de todo, o sea pobrecita (...) (Entrevista a Alejandra)*

En este caso las formas cuidadosas aparecen aún cuando la enfermera no logra tomar la muestra, a pesar de que el médico había solicitado la citología y que la enfermera estaba dispuesta a hacérsela, no estaba dispuesta a hacérsela de cualquier manera, y el llanto y el shock de la paciente funcionaron como demarcadores de las fronteras dentro de las cuales se hacía el procedimiento. Las formas de reaccionar de esta paciente con déficit cognitivo ponía de alguna manera al desnudo lo que implicaba la citología, la intromisión del cuerpo, su penetración por parte de un objeto extraño manipulado por una desconocida. A pesar de que no pudo tomar la muestra Alejandra me contó que la paciente y su mamá habían permanecido en el consultorio por más de una hora y que buena parte del tiempo había sido invertido en otras cosas, en calmarla, en hablar con ella, en tratar de explicarle lo que había ocurrido.

También me encontré con casos en los que la muestra sí había podido ser hecha pero había implicado cosas muy distantes del protocolo ya fuera no introducir el espéculo, no tomar muestras del cuello uterino, no hacer la citología sino otro procedimiento. Por ejemplo, algunas me mencionaron las dificultades de tomar una citología cuando encontraban a una paciente con un prolapso uterino, situación que ocurre cuando el útero se desliza hacia la vagina; a pesar de que el espéculo ya no era necesario en este procedimiento y de que las enfermeras dudaban de la calidad de la muestra, la citología era hecha en estas ocasiones, y lo cuidadoso del hacer buscaba no causar dolor, a la vez que trataba de orientar a la paciente hacia la asistencia médica que necesitaba.

Algo parecido ocurría cuando las pacientes llegaban con una infección muy grave o cuando durante la citología se encontraban objetos extraños en la cavidad vaginal, la citología era hecha en algunos de estos casos, aunque implicaba otras cosas, un seguimiento y un tratamiento distinto. En algunas ocasiones las enfermeras al llegar al cuello uterino identificaban la presencia de células o masas cancerosas en un estado avanzado:

*(...) no se le veía cuello, no [sic], o sea, era como una anatomía rara yo veía como que abría el espéculo y como que se abrían cosas y se abrían cosas, y se abrían cosas y yo "Bueno - yo le dije a la señora, le dije - Doña María Helena yo no le encuentro cuello, sin*

*embargo le voy a tomar la muestra de donde yo anatómicamente le encontraría el cuello" (...) pero le encontré una masa muy fea en el canal vaginal (Entrevista a Cindy)*

Ante la masa en el canal vaginal, Cindy continuó con la citología, pero ahora sentía que había otras cosas más urgentes que tomarle la citología, por lo cual el proceso de tomarle la muestra estuvo acompañado de un seguimiento intensivo a la paciente, quien falleció a los pocos meses. Aunque la citología era hecha lo cuidadoso aquí aparecía tanto en lo relacionado con ella, el esfuerzo por hacer como fuera posible una muestra de las células donde anatómicamente creía que debía estar el cuello, como en el reconocimiento de que igual la muestra ya no era lo más importante. Al respecto Cindy me contó que a esta paciente la había enviado directamente al médico pidiendo una cita con el ginecólogo, tratando de ganar tiempo en el tratamiento en lugar de esperar los resultados de la citología, los cuales podían tardar más de dos semanas.

Aunque la citología era hecha cuando la muestra era hecha, en el consultorio ocurrían muchas más cosas, para hacer la muestra las enfermeras no sólo introducían un espéculo y tomaban células del cuello uterino que después eran fijadas en una placa, las enfermeras hablaban con las pacientes, les explicaban el procedimiento, las ayudaban a relajarse, mostraban los instrumentos, tomaban muestras de paredes vaginales; pero también hacían citologías aún cuando la muestra no fuera hecha o el procedimiento mismo perdiera su importancia en el marco de otras preocupaciones.

Tanto en las formas de cuidado que las enfermeras señalaban como cotidianas, como en las que aparecían cuando se enfrentaban a situaciones fuera de lo común, las enfermeras me señalaron una sensibilidad particular respecto a lo que ocurría en el consultorio y lo que ellas hacían allí. Mientras se hacía la citología, muchas cosas eran hechas, las materialidades eran hechas cuando eran enactuadas en las manos, las bocas, los oídos de las enfermeras, en los cuerpos de las pacientes, sus cuellos uterinos, sus úteros desplazados o no, sus células sanas y cancerígenas, sus masas "feas", en las camillas, los espéculos, las espátulas y los citocepillos. Hacer la citología no era entonces hacer una

---

única cosan - tomar una muestra - en el hacer de la citología se hacían otras cosas, se hacían y deshacían los objetos de cuidado, así como los objetivos del cuidado y de los haceres cuidadosos.

En este capítulo me he referido a uno de los tres haceres de la citología al momento de tomarla. Me he referido específicamente al proceso en el que una enfermera introduce un espéculo y con diferentes instrumentos toma una muestra de células del cuello uterino, que ubica y fija en una placa; pero también me he referido a las formas en las que las enfermeras hacen a la citología desde lo cuidadoso, dotando al hacer de particularidades que organizan cada una de las prácticas, cada uno de los pasos que siguen para tomar la muestra y fijarla.

En los siguientes dos capítulos trato de profundizar en esta multiplicidad ontológica de la citología, en la multiplicidad de cosas que es y que hace, refiriéndome a dos temas específicos: por un lado, los instrumentos que constituyen la citología pero que también son hechos durante esta; y por el otro los cuerpos de las pacientes, necesarios para que la muestra sea hecha, y enactuados en el proceso de tomar la muestra. El análisis se concentra en los haceres cuidadosos a través de los cuales estas cosas se hacen y la citología es hecha.

## **Capítulo 2: Los instrumentos (con los) que (se) hacen (a) las citologías**

*En el consultorio una vez que la paciente está preparada en la camilla, Ana María desempaca el espéculo y prepara los demás instrumentos en la mesa del lado - el portaplacas, la placa, la espátula y el citocepillo. Como hizo en las dos ocasiones anteriores le dice a la paciente “Apenas voy a mirar por donde voy a meter el espéculo, yo te aviso”. Introduce el espéculo lentamente en la vagina, lo hace de forma vertical y con las aspas cerradas mientras le sigue hablando a la paciente, ahora del clima; después gira el espéculo horizontalmente, lo abre y con sus dedos desliza delicadamente el dispositivo de fijación del instrumento; observa atentamente el cuello uterino que acaba de fijar y le comenta a la paciente que lo ve sano.*

*Empieza a tomar la muestra, primero la de afuera con la espátula plástica girando el instrumento alrededor del cuello uterino y luego la de adentro con el citocepillo, insertándolo dentro del cuello uterino. Al terminar, sostiene ambos instrumentos en su mano derecha mientras saca el espéculo rápidamente con la mano izquierda. Para esto lo cierra y gira nuevamente hasta la posición vertical, lo bota en el basurero rojo haciendo maromas para con una sola mano sostener el instrumento y abrir el guardián, un basurero rojo en el que debe depositar todos los desechos generados por el procedimiento.*

*La manera en que pone la muestra sobre la placa es diferente a lo que he visto con la otra enfermera, también de lo que las demás enfermeras me han explicado, en lugar de girar el citocepillo sobre la placa lo restriega un poco, suavemente como un cepillo de dientes, y después pasa ambos lados de la espátula sobre la placa, esparciendo las células en la parte inferior de la misma. Mientras lo hace mira de forma detenida el flujo que hay en cada*

*instrumento, el cual trata de esparcir casi que totalmente en la placa; antes de botar cada instrumento los revisa esperando no deshacerse de una parte del flujo que debe quedar en la muestra en lugar de deshecharse. Nuevamente pone la placa en una solución de alcohol al 95%, es en este último momento que la muestra es hecha, y esa placa, antes un pedazo de vidrio sin importancia es ahora una muestra de las células del cuello uterino de la paciente.*

En el consultorio, Ana María hace todas estas cosas así como muchas otras; habla con la paciente y le explica lo que va a hacer, cómo ubicarse, le dice que le va a avisar antes de introducir el espéculo. Además esta enfermera hace una muestra de células de cuello uterino, para lo cual usa unos instrumentos que ha aprendido a manipular como parte de su formación y práctica como enfermera. Al concentrarme en la citología como hacer me he referido específicamente al proceso mediante el cual una muestra de células del cuello uterino es hecha - un espéculo se abre, una espátula raspa el borde del cuello, un citocepillo es introducido en el orificio del cuello, las células son puestas sobre una placa y fijadas - en este proceso interactúan estas y otras materialidades humanas y más-que-humanas al ser enactuadas de muy diferentes formas. Estas materialidades, en la manera en que son enactuadas son hechas.

Un espéculo que es usado para hacer la muestra es hecho espéculo en este mismo proceso, cuando sus aspas son introducidas en la vagina de la paciente y cuando es girado y fijado por la enfermera; afuera de la vagina de la paciente y lejos de las manos de las enfermeras probablemente también llamaríamos a este objeto espéculo, pero afuera y adentro hace cosas distintas, pasa de estar quieto y solo enactuado para presentárselo a la paciente, a estar adentro y ser un instrumento autorizado, capaz de penetrar la vagina, de fijar el cuello uterino para que la enfermera lo vea y después tome la muestra. Lo mismo sucede con otros instrumentos durante la citología, la espátula plástica, un instrumento que puede ser útil para muy diferentes cosas - ya sea como bajalenguas o raspador de cuello uterino - es hecho el instrumento con el cual deviene el rededor del cuello uterino. El citocepillo con sus cerdas es hecho cuando se introduce en el orificio y gracias a su supuesta suavidad logra alcanzar esos lugares a los que ni el espéculo ni la espátula llegan, ya sea por su tamaño o por las molestias que pueden ocasionar.



Después estos instrumentos irán al basurero y serán de otras maneras, el espéculo, la espátula y el citocepillo al ser depositados en el guardián serán residuos biosanitarios de los cuales ya no se ocupará más la enfermera, quien ahora concentrará la mayoría de su atención y cuidado en la placa convertida en muestra.

Mi punto de partida en este capítulo es que los instrumentos al ser usados en las prácticas hacen a la citología, pero a la vez que la práctica misma los hace instrumentos. En este sentido, la reflexión que propongo implica un doble movimiento, por un lado, sostiene una noción ontológica de los instrumentos que son enactuados durante la citología, y cuyo uso hace a la citología. Por otro lado, señala los efectos que tiene sobre los instrumentos que alguien en específico los use de ciertas maneras. Es decir, los instrumentos son hechos tanto por los haceres para los que se usan - la citología -, como por las sujetas específicas que los usan, es decir, las enfermeras de este caso que hacen la citología. En este proceso las enfermeras hacen a los instrumentos de maneras muy específicas que trataré de analizar a lo largo de este capítulo.

Así, en consonancia con la reflexión propuesta por Mol para el caso de la aterosclerosis múltiple, las cosas se hacen en prácticas en las que muy diferentes materialidades más-que-humanas son enactuadas. La aterosclerosis es hecha en el Hospital Z cuando los doctores preguntan por los síntomas de los pacientes, cuando los doctores ponen su estetoscopio sobre las arterias de los pacientes, cuando los patólogos preparan la pierna amputada de un paciente y la observan bajo el microscopio (Mol 2002). Pero a su vez las formas específicas en las que estas prácticas están relacionadas con el cuidado de la vida de las pacientes y de sus cuerpos hablan de la articulación, de la entrada en sintonía de materialidades humanas y más-que-humanas (Mol 2008), del trabajo de las enfermeras, de la relación de los doctores con sus instrumentos para el diagnóstico, de las tecnologías utilizadas en y por los pacientes para gestionar el dolor y la enfermedad.

Aquí hablo entonces de los movimientos especiales de los instrumentos, y la complejidad de la interacción de estos con las enfermeras y las pacientes - quienes los hacen cuando los usan en las prácticas. Hacer una citología implica entonces que muy diferentes materialidades entren en contacto: en el consultorio hay camillas, mesas, basureros y lámparas; también hay guantes, delantales, caretas y tapabocas. Todos estos elementos hacen a la citología de una forma específica, tratan de hacer para las pacientes un espacio cómodo, privado, limpio y seguro para abrir las piernas; y para las enfermeras un lugar seguro y estratégico para llegar hasta las células del cuello uterino de las pacientes, así como un lugar para hacer una buena muestra.

Es cierto que la muestra podría hacerse en otros lugares, varias de las enfermeras me comentaron que en ocasiones habían tenido que hacer citologías en otro tipo de espacios como consultorios provisionales, unidades móviles y ambulancias, condiciones que habían tenido diferentes efectos en la citología, en la comodidad de ellas y sus pacientes, en las estrategias para cuidar la muestra, entre otras. En estos ejemplos las enfermeras me recordaron que la muestra podría hacerse en la relación con otras materialidades, por ejemplo, recuerdo que una enfermera me comentó que en una ocasión durante su rural no contaba con lámparas en la ambulancia en la que tomaba las citologías, por lo cual usaba la linterna de su celular para iluminar el cuello uterino de la paciente.

A pesar de esto existen algunas materialidades que aunque no son totalmente estáticas, son fundamentales para hacer las muestras, estas son: el espéculo, que puede también variar en material y tamaño, ser de plástico o metálico, y talla virginal, S, o M; el citocepillo o un hisopo de algodón; la espátula (o algo capaz de hacer sus veces, por ejemplo un bajalenguas de madera); la placa y el fijador (a veces un spray o también la solución de alcohol al 95%). Las posibilidades de intercambiar estas cosas e igual seguir haciendo la citología da cuenta de una de las dimensiones de multiplicidad que hay en la citología, cuando estas cosas son llamadas a actuar de una manera específica por parte de las enfermeras la citología es hecha, la muestra es hecha, pero a su vez los instrumentos de la citología también son hechos; y aunque sabemos que en todos los casos se está haciendo la citología, no es siempre la misma citología.

En este capítulo me concentro en el análisis de cómo estos instrumentos, a los cuales denominaré *objetos e instrumentos usados cuidadosamente*, son enactuados desde los haceres cuidadosos de las enfermeras. He decidido llamarlos de esta manera por dos razones. En primer lugar, por la importancia de su participación para que la citología sea hecha; en segundo lugar, por el cuidado que reciben al entrar en relación con unas partes específicas y particularmente sensibles del cuerpo de las mujeres, como lo son sus vaginas y sus cuellos uterinos.

En el análisis de estos instrumentos me refiero a su materialidad y a lo que hace esta materialidad durante la citología, a la citología en sí y a los cuerpos de las pacientes. De esta manera el capítulo se concentra en el cuidado que reciben los instrumentos, las formas cuidadosas que aparecen en las maneras en que son usados y finaliza reflexionando un poco sobre hasta dónde se extiende o puede extenderse estas formas de cuidado, así cómo cuáles pueden ser sus límites.

## **2.1 Objetos e instrumentos que se hacen cuidadosos**

Los haceres cuidadosos implican una relación particular con el mundo material, capaz de reconocer que nada es hecho por fuera de las materialidades que posibilitan y organizan las prácticas. Aunque el cuidado es una práctica humana, no se limita únicamente al mundo de lo humano (Puig de la Bellacasa 2011, 2017), en la citología intervienen muchos haceres cuidadosos hacia lo humano y lo más-que-humano, sin embargo no todos las materialidades reciben el mismo cuidado. En este apartado me refiero a los objetos e instrumentos que durante la citología son usados cuidadosamente, refiriéndome a unas formas específicas de usarlos y en las cuales son hechos.

La primera parte analiza los haceres cuidadosos ligados al proceso de tomar las células necesarias para la muestra, es decir al espéculo, la espátula y el citocepillo, materialidades en las que lo cuidadoso parece estar centrado más en la interacción con el cuerpo de las pacientes que en la producción de la muestra; en la segunda parte me refiero al proceso de hacer la muestra, a la placa, el portaplacas y el citofijador, materialidades en las que por el contrario lo cuidadoso parece estar más orientado hacia la producción de la muestra.

Esta distinción traza sobre todo una frontera analítica, dado que en las prácticas, y especialmente en el caso de la citología, la distinción entre el cuidado en y hacia el mundo humano y más-que-humano es difícil de trazar. A manera de ejemplo, podemos pensar en que una forma particular de usar y mover el citocepillo en un principio puede parecer estar más en consonancia con una apuesta por garantizar la comodidad y tranquilidad de la paciente, pero también puede fácilmente extenderse hacia una preocupación por la producción de una “buena muestra” que en últimas, al permitir resultados claros, posibilita el cuidado de las pacientes.

### **2.1.1 Los instrumentos para tomar muestras de células cervicales**

Los instrumentos a los que aquí me refiero tienen trayectorias e historias muy diferentes, pero su articulación en las manos de las enfermeras es fundamental para hacer la citología. Aunque en cada uno de ellos podemos mencionar formas de cuidar y hacer cuidadosos, en este apartado me concentro sobre todo en el análisis del espéculo, por varias razones de las cuales destaco dos: primero, por su lugar como un instrumento cuyos significados han sido históricamente discutidos y problematizados; y, segundo, por la multiplicidad de formas en que ha sido y es hecho en las prácticas de quienes lo usan (y lo hacen). En este sentido, propongo dar cuenta de esta multiplicidad y los efectos de los haceres cuidadosos en la misma a partir de un análisis detallado del espéculo, posteriormente y sobre la base de este análisis señalo algunos elementos relacionados con lo que ocurre para el caso de la espátula y del citocepillo.

Tal como aventura el trabajo de Ilana Löwy sobre la historia del cáncer uterino (2011), la historia del espéculo corre paralela al desarrollo de técnicas de diagnóstico y tratamiento de las enfermedades del útero, rastreadas por ella en las culturas indias, griegas y latinas, en tiempos antes de cristo. En los textos latinos aparece una de las primeras menciones a un instrumento similar al espéculo, llamado *dioptra* y utilizado para examinar a las pacientes con sangrados vaginales y úlceras uterinas (Lowy, 2011, p. 19). A lo largo de la historia este instrumento se transformaría de diferentes maneras hasta convertirse en uno de los objetos emblemáticos de la práctica ginecológica.

Buena parte del tratamiento contemporáneo de las enfermedades uterinas requerirían del desarrollo de un instrumento empleado para atravesar el canal vaginal permitiendo el paso de las manos, la vista y los instrumentos hasta el cuello uterino. El espéculo recorrió un largo camino antes de convertirse en lo que es ahora, el mismo con el que las pacientes, las enfermeras y yo interactuamos durante la investigación. Al respecto pueden rastrearse dos puntos de inflexión: El primero ocurrió a principios del siglo XIX cuando el doctor francés Récamier empezó a utilizarlo para examinar las úlceras de la cervix, en ese entonces se trataba de un instrumento de tres puntas cuya introducción en el cuerpo de la paciente servía para dilatar la vagina; sin embargo, dado que la inserción de este instrumento era dolorosa para la paciente y ofrecía una visibilidad limitada, Récamier se esforzó por transformar el espéculo en un cilindro delgado y cónico que debía superar estos problemas.

El espéculo que usan las enfermeras en el consultorio es una variación del espéculo de Récamier, que llega hasta sus manos después del segundo punto de inflexión al que me referiré. Durante la primera mitad del siglo XVIII el doctor J. Marion Sims, transformó al espéculo durante el proceso de creación de un tratamiento quirúrgico para las fístulas vaginales. Tanto Récamier como Sims trataron de resolver problemas similares respecto a cómo acceder a la cervix de las pacientes, ya que tenían dificultades para verla e intervenirla en sus prácticas quirúrgicas (Lowy, 2011; Wall, 2018).

Para llevar a cabo procedimientos en los que la cervix y el útero eran tratados por diferentes enfermedades (desde úlceras hasta fístulas) la cavidad vaginal debía ser atravesada, puesto que de lo contrario esta cavidad se resistiría al paso de otros instrumentos, al ocupar con sus paredes el campo visual del cirujano. Así, para llegar hasta esta parte del cuerpo de las mujeres era necesario un instrumento capaz de atravesar y mantener separadas las paredes vaginales. Un siglo después, la realización de la citología requería del espéculo, el instrumento capaz de garantizar la visibilidad y el acceso al cuello uterino.

Desde el principio el doctor Papanicolaou utilizó espéculos nasales para llegar hasta la cervix de los conejillos de indias en el laboratorio, y posteriormente intervino el cuerpo de Andrómaca con un espéculo vaginal, conocido también como un espéculo con forma de ornitorrinco, que le permitió observar el cuello uterino de su esposa (Mukherjee, 2012). El uso del espéculo en la citología definió el procedimiento como uno centrado en la examinación del cuello uterino y en la toma de muestras del cuello uterino, en este sentido el espéculo hace de la citología un examen de cuello uterino (Ver Imagen 3).

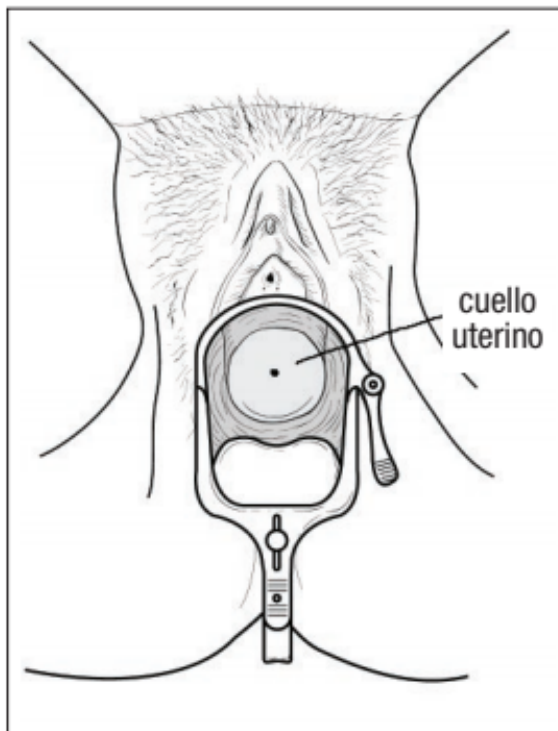


Imagen 2. Fijación de un frotis de Papanicolaou convencional empleando un líquido pulverizable. (Tomado de Hoja práctica 5.2: *Cómo realizar la anamnesis y la exploración ginecológica*, OPS/OMS, 2014, pp. 280)

A pesar de las ventajas del uso del espéculo para llegar hasta el cuello uterino, su historia, su habilidad para atravesar la vagina, así como la forma en que la atraviesa - por medio de la penetración del cuerpo de la paciente - está rodeada de discusiones sobre sus usos y significados. En diferentes contextos las mujeres han señalado la incomodidad que les genera el espéculo ya sea por el dolor, la temperatura del material, las molestias

producidas por su introducción o por el significado que puede tener la penetración de un instrumento extraño en la cavidad vaginal. A su vez varias feministas han criticado la complejidad del proceso mediante el cual el espéculo fue desarrollado en el marco de los experimentos realizados por el Doctor Sims en mujeres esclavas afectadas por fístulas vaginales, en cuyos cuerpos experimentó en un momento en el que aún no se había descubierto la anestesia.

Entre estas perspectivas, y otras, como trataré de mostrar, las maneras en que el espéculo ha sido y es enactuado no están totalmente definidas por la historia de su desarrollo. Al respecto el trabajo de Murphy (2012) ejemplifica un caso en el que este instrumento, dentro de los grupos feministas de autoayuda, devenía como parte de un proyecto político en el que disputaron su carácter emblemático en el desarrollo de la ginecología, y lo pusieron en las manos de feministas y mujeres comunes, que no eran médicas ni enfermeras.

Con base a estas experiencias Haraway (1999) ha rescatado la figura de la tecnociencia feminista como un espéculo, una herramienta quirúrgica que abre orificios y plantea proyectos de justicia, libertad y conocimiento. A pesar de las potencialidades de esta figura, se trata de una figura situada en un contexto estadounidense particular, el espéculo puede significar esto para la tecnociencia feminista estadounidense debido a la historia del Protocolo feminista de autoexaminación vaginal a la que ya me he referido, es decir hace parte de la forma en que en este contexto ha sido enactuado; al lado de esta figura hay muchas otras que tal vez tienen más resonancia en nuestro contexto en el marco de proyectos feministas de resistencia al saber médico, en los que el espéculo ha sido visto como un instrumento de conquista y de penetración; una excavadora de nuestros cuerpos/territorios, un instrumento violento que entra en nuestros cuerpos haciendonos daño.

A lo largo del trabajo de campo sentí que las enfermeras trataban de confrontar estas formas de hacer al espéculo, a través de procesos de reevaluación de sus connotaciones negativas y de sus haceres cuidadosos, a través de los cuales buscaban hacer al espéculo

de otras maneras, no como un instrumento que necesariamente debía causar dolor o molestia, sino que en sus manos cuidadosas podía ser la parte “rápida” y “no tan traumática del procedimiento”.

Para lograr esto las enfermeras buscaban procesos de sintonización (Mol, 2008) con los instrumentos y las pacientes, que referían a un saber experto respecto a la materialidad y el tamaño del instrumento, y que en la mayoría de las ocasiones se compaginaba con sus propias experiencias encarnadas de las sensaciones generadas por el mismo cuando estaban en el lugar de la paciente. Para Mol la sintonización da cuenta de la complejidad del cuidado y de la diversidad de agencias que participan del mismo; así, los procesos de sintonización de las enfermeras dan cuenta de la relación que deben tejer con el mundo material más-que-humano pero también demuestran cómo cuidar es algo que excede la agencia de una sola enfermera, para cuidar o hacer cuidadosamente muchas cosas deben ser tenidas en cuenta, enactuadas, de una forma particular.

Pude observar cómo este instrumento tubular y de dos aspas, plástico o metálico, era manipulado con destreza, firmemente sostenido e introducido, lentamente fijado a través de sus dispositivos de fijación. Además pude oír de muchas estrategias a través de las cuales estas enfermeras trataban de hacerlo de otras maneras al interactuar con su materialidad: lo lubricaban con solución salina, le ponían un dedo de guante para que no pellizcara las paredes vaginales, le explicaban el clic que hacía a la paciente cuando lo fijaban, lo sacaban rápidamente, lo introducían suavemente, trataban de moverlo muy poco a lo largo del procedimiento.

Esta interacción también pasaba por procesos de sintonización con los cuerpos de las pacientes, que implicaban sobre todo decisiones frente al tamaño y el material del espéculo a usar. Aunque el espéculo sufrió muy pequeñas transformaciones desde la época del Doctor Sims hasta la de Papanicolaou, la popularización de la citología como técnica de diagnóstico y prevención de cáncer de cuello uterino influyó en el desarrollo del espéculo plástico. La mayoría de las enfermeras a las que entrevisté señalaron haber usado espéculos de plástico y espéculos de metal, pero cada una tenía sus preferencias



relacionadas tanto con sus destrezas como por las sensaciones producidas en el cuerpo de la paciente.

Algunas de las preferencias tenían que ver con su propia habilidad, con las formas y los tamaños de las vaginas de las pacientes, con la calidad del instrumento, y con las experiencias previas de las pacientes transmitidas a las enfermeras durante la consulta. Muchos de los haceres cuidadosos que observé tenían que ver con sintonizar durante la citología todas estas cosas. Cuando preguntaba a las enfermeras por el espéculo, solían señalarlo como algo cuidadosamente usado; en este sentido muchas enfermeras se referían a su introducción como la parte más difícil de hacer el examen:

*Pues uno trata de hablar con ellas para que se distraigan la mente mientras que uno abre (sic) el espéculo, que es el momento como más incómodo o más doloroso para algunas (Entrevista a Lucía)*

Lucía usualmente trataba de distraer a las pacientes del proceso de introducción tratando de cambiar la atención y la tensión desde la vagina hacia otros lugares, con ello buscaban que el proceso de introducir el espéculo fuera lo menos doloroso o incómodo posible para las pacientes; sin embargo, a pesar de estos esfuerzos se trataba de un tema que generaba gran ansiedad entre las enfermeras. Muchas de ellas me señalaron que lo central era lograr introducirlo de la forma más suave y directa, en un solo movimiento lograr encontrar el cuello uterino y fijarlo, es decir, sostenerlo con las aspas tubulares del espéculo, para proceder con la toma de la muestra. Lograr usar el espéculo de esta manera hacía parte de una destreza que generaba a la vez ansiedad y satisfacción:

*Como que yo introduzco el espéculo, y si al introducir el espéculo de una veo el cuello me parece maravilloso, digo "Hay, encontré el cuello" (risas) (...) "¡Me salió, me salió el cuello sí!". Porque a veces cuando uno no encuentra el cuello dice "Ah, no ahorita dónde estará" (...) Entonces ya empieza uno a moverlo, entonces uno le dice [a la paciente] "que pena*

*contigo pero me toca moverte porque no te salió el cuello”, entonces ya toca uno meterlo, a ver si está abajo, o si está arriba, si está para un lado o para el otro, así. En cambio cuando uno ingresa y de una encuentra el cuello entonces dice "Hay, ya lo encontré" como que uno lo ve y dice "tan lindo ya" eso me encanta (Entrevista a María)*

Para María así como para otras de las enfermeras, lograr llegar en un solo movimiento era parte de las destrezas que trataban desarrollar, a la vez que una estrategia para evitar incomodar a la paciente. Trataban de evitar mover el espéculo, al ser este un movimiento dentro de la cavidad vaginal, puesto que, por un lado, ponía en tensión la habilidad del instrumento para atravesar el conducto vaginal y, por el otro, implicaba tardar más tiempo dentro de esta cavidad sensible semiótica y materialmente. Sin embargo esto nunca era totalmente evitable, en la narración de María vemos como ello, a pesar de las preocupaciones por evitarlo, ocurría y que se hacía cuando era expresamente necesario para tomar la muestra.

Había entonces un punto de partida generalizado entre las enfermeras y yo, pero que también aparecía en los manuales: el espéculo era un instrumento que podía y a menudo causaba dolor y molestias y en este sentido había una multiplicidad de estrategias por parte de las enfermeras para hacerlo devenir de otras manera. La consciencia en ellas de que el espéculo podía ser hecho de forma cuidadosa o dolorosa e incómoda, hablaba de una sensibilidad respecto a su interacción.

Así, antes de introducirlo buscaban crear un espacio de tranquilidad capaz de garantizar que el instrumento no produjera dolor, o al menos produjera el menor dolor posible, para lo cual era necesario que las pacientes se relajaran y soltaran sus músculos; así, las enfermeras recurrían a técnicas de distracción, como hablarles de otra cosa; de relajación que incluían diferentes estrategias de respiración - respirar profundo o respirar como un perro cansado; y a menudo iniciaban explicando y mostrando el instrumento - “Mira lo voy a introducir por tu vagina, y lo voy a abrir, después vas a oír un clic que es para garantizar que se quede abierto mientras te tomo la muestra, no te voy a cortar ni a quitar ninguna

parte” tal como me explicó a mí Rosa durante mi segundo ejercicio autoetnográfico, y como vi que le explicaba a otras pacientes durante el procedimiento.

Algo central orientaba los haceres del espéculo: no generar dolor o reducir el dolor en la vagina durante su manipulación, no pellizcar las paredes vaginales, no incomodar a la paciente con la sensación de penetración, no causar sangrados. Todas estas formas específicas de hacer al espéculo desde el cuidado, mostraban maneras en que la materialidad puesta en interacción por las enfermeras, estaba relacionada con preocupaciones que excedían el objetivo de *hacer una muestra*. Si bien se mantenía que este instrumento era casi que inevitablemente incómodo y doloroso para el cuerpo de las pacientes, en las prácticas las enfermeras lo hacían como algo ligeramente doloroso o levemente incómodo.

Los otros dos instrumentos usados para tomar las células del cuello uterino y producir la muestra - la espátula y el citocepillo - no eran concebidos como objetos que podían ser menos incómodos o dolorosos. Aunque eran usados cuidadosamente, se deslizaban intercambiabilmente entre formas de cuidado ligadas a no causar o disminuir el dolor o incomodidad a la paciente, y formas cuidadosas centradas en la producción de una buena muestra. La espátula, un instrumento de plástico con la forma de una paleta, era usada con firmeza y con suavidad, se giraba sobre la parte exterior del cuello uterino en el sentido de las manecillas del reloj para hacer una muestra exocervical, tratando de no generar dolor en el cuerpo de la paciente dada la sensibilidad del cuello uterino; para ello trataba de usarse rápidamente aunque en ocasiones se repetía su paso por la superficie bajo la preocupación por producir una muestra con células suficientes para el análisis.

Algunas enfermeras como Rosa me señalaron que a pesar de todas las precauciones con las que era usada, la espátula era un instrumento que generaba dolor:

*(...) con la espátula yo siento que eso lastima, o sea, raspa el cuello del útero. Además uno tiene que tener la habilidad suficiente para darle la vuelta porque o sino se desliza entonces me parece un poco más complicado (Entrevista a Rosa)*

Aquí la destreza de las enfermeras era puesta en tensión, su interés por no causar dolor era truncado por la materialidad misma del instrumento: una espátula de plástico que raspa el cuello uterino. Sin embargo, ni la espátula ni el citocepillo estaban rodeados de los mismos significados que el espéculo; a esto probablemente se refería Lucía cuando señalaba que la introducción del espéculo era lo más difícil, cuando el espéculo está adentro la mayoría de las sensaciones pasan por el mismo, la espátula puede sentirse pero es el espéculo lo que más incomoda.

Con el citocepillo ocurrían cosas similares, pero su manipulación ya no estaba tan orientada a no causar dolor, como a no causar sangrado. Este pequeño utensilio se hace dentro del cuello uterino, cuando es introducido para tomar la muestra endocervical. En muchas ocasiones escuché que se trataba de cerdas muy suaves incapaces de causar dolor, siempre y cuando fuera manipulado por una buena mano; pero también las enfermeras se refirieron a lo contrario, muchas señalaban la imposibilidad de no generar molestias en su uso, en la medida en que su materialidad específica - las cerdas de las cuales está hecho- y la sensibilidad del lugar en que era usado -el interior del cuello uterino - hacían del proceso algo casi que inevitablemente incómodo o doloroso:

*(...) de pronto hay veces cuando uno coloca el citocepillo, hay cuellos muy frágiles, y por más delicado que uno haga pueden sangrar un poquito. (Entrevista a Sofía)*

A pesar de la delicadeza con la cual esta enfermera y otras manipulaban el instrumento, la incomodidad y el dolor eran muy difíciles de evitar dado el tipo de materialidades que eran enactuadas, es decir, no solo se trataba de las limitaciones del instrumento sino también de las particularidades de las materialidades con las que interactuaba, una zona sensible como lo es el cuello uterino. Sin embargo, estos instrumentos no estaban

rodeados del misticismo del espéculo, el espéculo era usado cuidadosamente dada su cualidad de producir dolor disminuíble o evitable por medio de la destreza de las enfermeras, en las que sus haceres cuidadosos lograban hacerlo como un instrumento que era enactuado de la forma menos dolorosa e incómoda posible.

Aunque el dolor, la incomodidad y el sangrado eran cosas que podían suceder cuando la espátula y el citocepillo eran usados, incluso cuidadosamente, por medio de esfuerzos de las enfermeras para hacer a los instrumentos desde la delicadeza y la suavidad en su uso – algo que pude observar tanto por lo que decían las enfermeras en las entrevistas como por sus prácticas en el consultorio; no era algo que ocupara profundamente la atención de las enfermeras, las cuales en este momento de la citología estaban más concentradas en la producción misma de la muestra, en la recolección de células suficientes de los lugares correctos, en evitar que se manchara de sangre, que en las sensaciones de las pacientes.

Lo anterior refería por un lado a que la voluntad de cuidar a través de prácticas cuidadosas no era suficiente para que lo cuidadoso de hecho se produjera, es decir que muchas cosas debían entrar en sintonía y no siempre lo hacían o podían hacerlo; la materialidad del citocepillo y la espátula minaban estas posibilidades de una manera que por ejemplo el espéculo no hacía. Pero a su vez no se trataba necesariamente de las limitaciones a las que se enfrentaba la voluntad de hacer cuidadosamente, también hablaba de que las formas cuidadosas estaban orientadas hacia propósitos distintos; claramente el espéculo era una forma de atravesar, y este paso por el canal vaginal podía gestionarse para tratar de disminuir el dolor de la paciente desde el hacer, sin embargo en el caso de la espátula y el citocepillo las formas cuidadosas estaban sobre todo orientadas hacia la producción de la muestra, que es también el propósito central de las formas cuidadosas con las que son usados otros de los instrumentos necesarios para hacer la muestra.

### 2.1.2 Los instrumentos con/en los que se hace la muestra

Así como el espéculo permite llegar hasta el cuello uterino, y la espátula y el citocepillo son centrales para la producción de la muestra y la recolección de las células, el uso particular de la placa, el portaplacas y el citofijador hacen la materialidad de la muestra como algo que puede ser enviado al laboratorio del patólogo. Durante las entrevistas una de las precauciones a las que reiteradamente se referían las enfermeras era la rotulación correcta de la muestra, capaz de garantizar que los resultados de unas células tomadas de un cuello uterino específico fueran entregadas a la paciente correspondiente. Al proceso de marcar las muestras se le señalaba como uno que requiere cuidado, en la entrevista de Alejandra se ejemplifica esto cuando indagué por diferentes precauciones que ella tenía durante la toma de la citología :

*(...) marcar muy bien la muestra (...) tratar de marcarla claro, sí, porque bueno acá, digamos acá no me pasa mucho porque el volumen es menos, pero cuando tu tomas 100, 80 [citologías], yo siempre terminaba el turno y a veces tenía que revisar que concordaran (...) Entonces digamos que de pronto eso, ser muy cuidadoso en marcar la muestra, con letra clara y entendible, eso. (Entrevista a Alejandra)*

Esta preocupación por marcar bien la muestra era la primera de las estrategias que me señalaron las formas cuidadosas de las que era objeto la muestra. Para que la muestra fuera hecha se requería de los haceres de los demás instrumentos que he analizado, y de una placa, que recibiría a lo largo de la citología, e incluso después de esta una mayor atención, esta placa de vidrio es la superficie que finalmente se constituye como el lugar donde se deben poner las células tomadas gracias a la participación de los demás instrumentos.

Además de marcar cuidadosamente la placa, ésta estaba acompañada de un portaplacas que era también marcado cuidadosamente. Aunque la muestra era específicamente lo que contenía la lámina de vidrio, dos cosas eran necesarias para asegurar su vida en el tiempo: el uso de un portaplacas que protegía a la muestra de la contaminación generada por el

ambiente, y el uso del fijador en el que las células de la placa eran pegadas a esta, mediante una solución que permitía que las células siguieran vivas por fuera del cuerpo en el que antes estaban.

Una parte específica del proceso de producir la muestra comprendía los haceres que iban desde que las muestras endocervical y exocervical eran tomadas del cuello uterino hasta que eran fijadas después de ser ubicadas sobre la placa. Para ello las enfermeras se relacionaban con la muestra en haceres cuidadosos que ponían en tensión las diferentes materialidades que eran objeto de cuidado dentro de la toma de la citología. En muchas ocasiones aparecían una serie de técnicas para el uso del citofijador que lo transformaban desde algo potencialmente dañino para la muestra, algo que podía romper las células de la placa, a una herramienta capaz de garantizar la vida en el tiempo de la muestra:

*(...) hay que dedicarle un tiempito a la muestra, no es tan sencillo, por eso se usa el citofijador, porque el citofijador mantiene las células, las células están vivas todo el tiempo, entonces eso hay que miraras, cómo se comportan, cuál es la reacción, en el momento en el que llegan (Entrevista a Isabela)*

Aquí el cuidado específico hacia la muestra es señalado como algo importante para la producción de una buena muestra que requiere tiempo y dedicación, una muestra que permita a los citopatólogos en el laboratorio estudiar el comportamiento de las células vivas. Algo muy parecido es señalado por el trabajo de Pérez-Bustos et al. (2012) respecto al cuidado especial con el que las microbiólogas y bacteriológicas del Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses en Colombia, se relacionaban con las muestras, las cuales dentro de su trabajo en el laboratorio se constituían como objeto de muchos de sus haceres cuidadosos

En el caso analizado por estas autoras, las microbiólogas y bacteriológicas que fueron entrevistadas hablaban del cuidado que le dedicaban a las muestras como uno relacionado

con la imposibilidad material de conseguir más muestras de una escena del crimen- el pedazo del vestido de la mujer violada, la huella digital, la mancha de sangre – lo cual hacía de estas muestras algo único. Estas mujeres entendían la particularidad de la muestra que tenían en las manos, por lo cual cuando la manipulaban trataban de ser lo más cuidadosas posibles con ella.

Algo similar, aunque con diferencias, ocurría en el caso aquí analizado; si bien es cierto que las enfermeras no estaban tomando muestras con las mismas implicaciones legales y jurídicas a las que se enfrentaban las microbiólogas y las bacteriólogas - resolver un crimen-, sí había en ellas una preocupación por las dificultades de tomar otra muestra a las pacientes, dado que muchas se resistían a hacerse incluso la primera muestra. Perder una muestra, ya fuera porque la paciente no quiso hacérsela, o porque se quebró, se contaminó, es insuficiente o está mal rotulada, implica para las enfermeras la pérdida de una oportunidad para detectar y tratar a tiempo el cáncer (Bryder, 2008; Lowy, 2011; Mukherjee, 2012).

Una enfermera me señaló la importancia de tomar la muestra aún cuando la paciente no logaba relajarse y ello podía generar dolor:

*a pesar que uno sabe que (sic) a la paciente le (sic) causa dolor, pues obviamente uno tiene que ser más profesional y tratar de tomar la muestra, o sea la idea es que no vaya a salir con una ausencia y uno le diga a la paciente "Pues tuvo una ausencia, aparece negativo y quizás no haya tomado las células que son las necesarias" (Entrevista a Daniela)*

La profesionalidad relacionada con tomar una buena muestra a la que se refiere esta enfermera, hacía parte de una preocupación latente en toda la citología por generar muestras confiables de las pacientes. Mientras que una buena muestra garantizaba que la paciente a quién pertenecía obtuviera sus resultados respecto a la presencia o ausencia de células precáncerosas y cancerosas en el cuello uterino, la incapacidad para producir



una muestra de este tipo generaba preocupaciones y ansiedades en las enfermeras referidas al riesgo en el que podían encontrarse las pacientes. Se trataba sobre todo de un miedo a no saber, a la posibilidad latente de que justo la muestra que no se había tomado, se había quebrado, la que había sido mal rotulada o la que no había podido ser leída por el citopatólogo en el laboratorio, fuera la muestra de una paciente en cuyo cuerpo, silenciosamente, se estuviera desarrollando el cáncer.

Que alguna paciente, que no se hubiese hecho la citología o que su muestra hubiese tenido algún problema y no se hubiese tomado después una buena muestra, muera a causa de cáncer de cuello uterino tiene implicaciones muy negativas en la lucha contra el cáncer (Lowy, 2011) significa que las políticas y las prácticas alrededor de la lucha contra el cáncer son insuficientes (Cortés García, 2007) y que las enfermeras no están logrando hacer su trabajo. Es en estos problemas donde la muestra tomada en un consultorio se conecta con un contexto más grande de la lucha contra el cáncer (Mukherjee, 2012).

Como he señalado en la Introducción, durante buena parte del siglo pasado la citología se definió como la “herramienta adecuada” para la detección del cáncer de cuello uterino, y eso hizo que la muestra fuera vista como el objetivo principal de la citología, como lo que la citología hacía gracias a la interacción de muy diferentes instrumentos. Al ver cómo el cuidado pasaba del espéculo, que podía lastimar a la paciente, a la muestra que podía detectar a tiempo la presencia de células precancerosas y evitar el cáncer y la muerte, pensaba en la complejidad del cuidado que ocurría en el consultorio, algo que Mol (2008) me había señalado para el caso de los pacientes diabéticos.

En el consultorio lo humano y lo más-que-humano es cuidado de forma paralela y alternativa, en el momento preciso en el que las células del cuello uterino son puestas y fijadas en la placa los objetos usados cuidadosamente por parte de las enfermeras pasan a ser otros. El espéculo, la espátula y el citocepillo estarán seguramente en el basurero, la paciente habrá regresado al baño para volver a vestirse, mientras tanto la muestra ocupa el centro de la atención de la enfermera y lo seguirá haciendo horas después cuando las

pacientes se hayan ido. Varias muestras, seguramente las que han sido tomadas en una mañana o tarde de trabajo, serán embaladas para ser enviadas al laboratorio, donde la citología también es hecha de otras maneras y en el marco de otras interacciones.

En las prácticas específicas a las que me he referido los haceres cuidadosos se orientan hacia las maneras en que la citología es hecha y en ella se hacen los instrumentos como objetos capaces de herir, pellizcar y raspar, pero también como objetos hechos con delicadeza y suavidad. Estas formas cuidadosas comparten el tiempo y las prácticas de las enfermeras con los haceres cuidados de la muestra, que si bien son en últimas cuidados referidos a la salud de las pacientes frente a la amenaza del cáncer, se mueven siempre entre lo humano y lo más-que-humano, entre cuidar un cuerpo, una placa, o la forma en que se usa el instrumento.

Esta conexión entre la muestra y el cáncer, hizo visible para mí la relación profunda entre el cuidado de lo humano y el cuidado de lo más-que-humano: “El cuidado es un problema humano, pero esto no hace del cuidado un asunto solamente humano” (Puig de la Bellacasa, 2017, p. 2, la traducción es mía). Como ha señalado Puig de la Bellacasa, es necesario que pensemos el cuidado como una práctica localizada, como algo que hacemos pero no como algo que debe hacerse de una manera específica. Al pensar en esta relación entre lo humano y lo más-que-humano algunos límites del cuidado se hicieron para mí importantes; así en el siguiente apartado reflexiono de forma especulativa sobre los límites del cuidado hacia las materialidades en la citología y sus posibles implicaciones.

## **2.2 A algunas cosas les dejamos de prestar atención: sobre los límites del cuidado**

La pregunta por lo que cuidamos y por lo que descuidamos es una pregunta política (Puig de la Bellacasa, 2011), las diferentes reflexiones que dentro de los Estudios Sociales de la Ciencia se han referido al cuidado como parte de la producción de conocimiento y al como una forma particular de relacionarse con lo más-que-humano (Callén, 2013; Martín et al., 2015; Mol, 2008; Pérez-Bustos et al., 2014), han apostado por la visibilización de trabajos,

procesos y objetos que descuidamos. Una de las preocupaciones centrales de esta investigación consistía en tratar a la citología como un asunto de cuidado, como algo que yo como investigadora no sólo quería criticar y deconstruir, sino también reconstruir y articular (De Laet & Mol, 2002; Puig de la Bellacasa, 2017).

En este proceso se ha hecho para mí clara una de las paradojas del cuidado: como no podemos cuidarlo todo con la misma intensidad, aquello que queremos cuidar puede constituirse como objeto de haceres cuidadosos solo bajo la articulación específica de relaciones que lo hacen posible. Así podemos decir que el cáncer en general, y el cáncer de cuello uterino en particular, se constituyeron como un asunto de preocupación y de cuidado durante el siglo pasado por diferentes configuraciones que lo hicieron una enfermedad prevenible (Mukherjee 2012, Löwy 2010, Cortés García 2007). En la historia de la citología esto implicó que algunas partes específicas del cuerpo de las mujeres, unos saberes y unas prácticas recibieran cuidado; no es pues casualidad que el Dr Sims haya invertido su vida en crear una técnica para reparar la fístula (Wall, 2018) así como no es casual que el espéculo fuera un instrumento cuyos haceres y significados fueran disputados por algunos colectivos feministas.

Aunque podría señalar varios objetos que durante la investigación parecían recibir menos cuidado y atención, aquí me refiero a dos tipos que coinciden precisamente con algunos de los objetos y materialidades que en este capítulo analicé como objetos que se hacen cuidadosos: los espéculos, las espátulas y los citocepillos de plástico; y las muestras de las células tomadas del cuello uterino. Si bien es cierto que ninguna de las entrevistadas se refirió explícitamente a estos temas, puesto que nunca indagué a profundidad a dónde iban los espéculos, o qué se hacía después con las muestras, me llamó mucho la atención el silencio al respecto, el poco interés que esto generaba en las enfermeras. Los instrumentos eran centrales cuando eran usados en el consultorio, y las muestras - como materialidades - también, pero ¿qué pasaba después con ellos?

Una vez utilizados los espéculos, las espátulas y los citocepillos eran depositados en un basurero especial de desechos, un guardián sujeto a unas normas específicas de bioseguridad. El color rojo de los guardianes determinaba el tipo de desechos que contenía, y en el momento en que estos instrumentos eran depositados allí dejaban de constituirse como los objetos cuidadosamente usados por las enfermeras, ahora eran problema de alguien más, alguien que siguiendo ciertas normas debía deshacerse de la basura. Algo similar sucedía con las muestras, una vez enviadas al laboratorio para su análisis dejaban de recibir el cuidado de las enfermeras, quienes ahora estarían más preocupadas por la llegada de los resultados, su reporte a las pacientes y las tareas a seguir con base en los resultados, a nadie parecía preocuparle a dónde iban a parar esas células vivas que antes habían sido el centro de la interacción.

Que ello ocurriera me hacía pensar en los límites de los cuidados (Callén, 2013), es decir, que los cuidados no son totales ni absolutos, y aunque a veces pareciera que quisiéramos, nunca se recargan exclusivamente en unas personas; también me hizo pensar en las posibles formas en que los haceres cuidadosos en la citología se extendían más allá del espacio del consultorio. Lo anterior es seguramente el resultado de formas específicas en las que se ha organizado la división social y sexual del trabajo, que es precisamente la que hace posible que un amplio número de muestras sea tomada y analizada. Mi interés al mencionar estos elementos no es el de posicionar una necesidad normativa de que durante la citología cuidemos todo lo que en ella interactúa, por el contrario estoy tratando de señalar que lo que se hace con cuidado en ella, así como aquellos objetos que son cuidadosamente enactuados por ella, son hechos de una forma específica, en un espacio y momento, es decir son situados y localizados.

La hacen como una práctica centrada en la producción de la muestra de células de cuello uterino de una paciente, que busca la prevención y el tratamiento oportuno de aquellos casos que presentan células precancerosas y cancerosas; la hacen como un procedimiento centrado en lo que significa la muestra como representación de la cervix de la paciente y no en las células tomadas de la paciente, las cuales después son desechadas ya sea con el espéculo, la espátula y el citocepillo, o en la placa una vez analizada por el patólogo.

Y al hacer una muestra de este tipo las pacientes y sus cuerpos se convierten en materialidades que reciben un cuidado especial; pero también los instrumentos son hechos de forma específica, los mismos instrumentos que antes podían generar dolor e incomodidad y a los que se les prestaba gran atención han sido ahora desechados. Se posiciona una noción de instrumento que importa o interesa cuando es usado para sacar la muestra justo antes de ser depositado en la basura, y una noción de muestra en el que el cuerpo de la paciente es de alguna manera fragmentado, células son extraídas de su cuerpo y cuando ello sucede ya no es el cuerpo contenido en la paciente el que importa sino el cuerpo que vive en las células que son enviadas al laboratorio.

A lo largo de este capítulo me he concentrado más en el análisis de cómo los instrumentos son hechos en la citología a partir de haceres cuidadosos, en el cuerpo de las enfermeras y de las pacientes. Y al hacerlo he perdido de vista, he cuidado menos e incluso descuidado otras cosas, ¿qué pasa después con los instrumentos y las placas? ¿quién y cómo los cuida? ¿para qué?; estas preguntas me han planteado dos cosas respecto a las formas cuidadosas de las prácticas: En primer lugar, que el cuidado no es nunca total y absoluto en la medida en que es entendido aquí principalmente como un hacer y no como una postura moral; en segundo lugar, que lo que es menos cuidado, ya sea porque es menos visible u olvidado, también es una dimensión importante de la pregunta por el cuidado ¿quién lo debe cuidar después y cómo?

Respecto al primer punto me parece clave señalar que aunque el trabajo de las enfermeras se encuentra profundamente atravesado por el cuidado, esto no implica que necesariamente cuiden todo lo que el hacer la citología implica. Esto me lleva a lo segundo, es en esta tensión precisa de lo que cuidamos y lo que no cuidamos que la citología como un hacer cuidadoso, y la enfermería como un trabajo de cuidado, se materializan para mí como asuntos de cuidado de esta investigación (María Puig de la Bellacasa, 2011), al concentrarme en la citología como proceso de hacer una muestra, hice un recorte de realidad en el que otras cosas fueron descuidadas, olvidadas, se hicieron menos visibles, como por ejemplo el trabajo de los citopatólogos en el laboratorio o el trabajo de las

---

personas, seguramente mujeres, encargadas de limpiar los consultorios en los que se hacen las citologías.

Hablar de los límites del cuidado sin embargo no significa perder de vista sus potencialidades, pero si busca distanciarse de una idea monolítica del cuidado como si siempre significara algo bueno o necesario; esto ha sido señalado por el trabajo de Murphy (2012) quien ha hablado de la relación del cuidado con el biopoder. En el siguiente capítulo examino cómo los cuerpos de las pacientes son hechos por la citología. A pesar de las formas cuidadosas con las que la citología es hecha por las enfermeras en este proceso se refuerzan el carácter sexuado de los cuerpos de las pacientes de forma compleja y ambivalente. Pensar en los límites del cuidado implica tratar de ver lo que no hemos visto, lo que ha sido deshechado, pero también reconocer el carácter situado y localizado de las formas cuidadosas de las prácticas, junto con sus efectos ambivalentes e inesperados.

## Capítulo 3: Las pacientes se hacen la citología y la citología hace a las pacientes

*¿Por qué tienes ese problema en abrir tus piernas frente a hombres de ciencia? ¡Es un honor!*

*La Venus Negra*

*Recostada en la camilla, sin ropa de la cintura para abajo y con una pequeña bata que la enfermera me ha indicado cómo usar - la cual realmente no logra cubrirme, me encuentro en el consultorio con mi cuerpo expuesto frente a dos enfermeras, una será quien me hará la citología, de la otra desconozco las razones por las cuales se encuentra allí. La primera enfermera se sienta en la silla al frente de la camilla, toma mis pies para ponerlos en los estribos de metal y levanta lentamente, solo un poco la bata, mientras la otra permanece de pie mirándome. No me dice que abra las piernas, sino que separe las rodillas; y al separarlas mi vagina, mi vulva, mi clítoris quedan expuestas.*

*Ahí estoy yo al frente de dos personas que no conozco. No quiero mirar a ninguna de las dos a los ojos y siento que ellas a mí tampoco. Ahora que están mirando otras partes de mí yo no quiero mirarlas. En esta posición incómoda ella me pide insistentemente que me relaje, me dice que estoy muy tensionada, la otra enfermera que está de pie me sugiere que relaje la cola. Espera un rato y aunque no logro relajarme, mi cola y mis piernas siguen tensionadas, introduce un espéculo de metal, está frío, me lastima, al poco tiempo lo abre. Yo trato de ver lo que ocurre, pero finalmente renuncio y me recuesto en la camilla, ahora veo el techo del consultorio, nada más, así que tengo que sentir lo que me hacen.*

Empiezo por mí, porque la preocupación por la citología también empezó por mí y por mi extrañamiento durante varias de las citologías que he experimentado. De alguna manera este relato trata de transmitir las emociones que circulan en un momento en el que dos enfermeras interactúan con ciertas partes de mi cuerpo que antes han sido hechas íntimas o privadas, y que en el consultorio son otra vez hechas de esta manera. Al estar estas partes del cuerpo - mi vagina, mi vulva, mi clítoris - en el centro de la interacción y no ser la persona que observa desde cierta distancia, puedo sentir la complejidad de lo que ocurre, puedo imaginarme lo que sentía Mary Papanicolaou en el laboratorio de su esposo, lo que sienten las enfermeras cuando se hacen una citología, así como lo que proyectan cuando se la hacen a otras personas.

Aunque entre nosotras existan diferencias en el tipo de saberes que están inscritos en nuestros cuerpos, cuando nos hacen la citología empezamos a encarnar un lugar distinto al que reconocemos como propio: Mary ya no es solo una investigadora en un laboratorio; las enfermeras reconocen que aquello que les hacen a las demás pacientes también puede ocurrirles a ellas; y yo Mariana salgo de la comodidad de mi lugar como investigadora al permitir que mi objeto de estudio nuevamente atravesase mi cuerpo, lo exceda. Esto habla de las particularidades de la relación enfermera/paciente, puesto que a menudo las enfermeras también son pacientes y en este sentido tienen un saber específico sobre lo que puede experimentar el cuerpo de aquellas a quienes les hacen la citología.

A pesar de esto, dicha interacción es compleja, no se agota en la empatía de las enfermeras frente a las pacientes. Mientras yo trato de seguir las indicaciones amables de la enfermera, poner mis pies en los estribos, relajarme, me siento expuesta e incómoda, pero ello no me hace huir del consultorio; como sólo veo el techo, debo recurrir a otras partes de mi cuerpo para tratar de entender lo que sucede, sentir lo que hacen en mi vagina, oír lo que dicen las enfermeras.

Mi experiencia refiere a una constante ambigüedad, que será el foco de análisis de este capítulo. Ella se refleja en cómo permanezco en la camilla aun cuando me siento incómoda y expuesta, pero también a las estrategias de las enfermeras que logran permanentemente



durante la citología hacer mi cuerpo sexuado y desexuado, esto es, son conscientes y cuidadosas de que están lidiando con partes íntimas y privadas, por lo cual no se refieren a ellas – hablan de mis rodillas y mi cola-, no las nombran directamente, pero simultáneamente tratan estas partes de la forma más profesional posible - como si fueran objetos y no partes de mi cuerpo -, miran directamente estas partes, al tiempo que evitan mi mirada.

Cuando me pongo la bata tal como me ha indicado la enfermera, los significados de ciertas partes del cuerpo, especialmente la vulva, la vagina y el clítoris, se hacen partes privadas e íntimas, de ahí la delicadeza con la que la enfermera levanta esa bata, mi cuerpo es allí hecho sexuado. Sin embargo, la sutileza con la que la enfermera me pide que “separe las rodillas” y no que “abra las piernas” busca que de alguna forma mi cuerpo sea hecho desexuado, para que la posterior penetración del espéculo sea una penetración exclusiva de la citología y no una experiencia sexual; y que aunque no logre relajarme y el espéculo me lastime, eso no signifique que me están haciendo daño a propósito, que se trate de un encuentro no pactado, que estén abusando de mí. Mi cuerpo sexuado es desexuado constantemente en el examen, pero no por ello deja de ser un cuerpo saturado de sexo.

Lo anterior explica en parte que, aunque las enfermeras y yo no nos queramos mirar a los ojos, y que permanentemente evitemos la mirada por pudor o vergüenza, todo siga pasando, la citología siga haciéndose. Se trata pues de un proceso complejo en el cual las enfermeras y yo como paciente cuidamos la interacción, estamos gestionando las formas de placer o incomodidad que pueden generar el procedimiento, estamos cuidando las condiciones para que la muestra sea hecha. En las maneras en que la enfermera hace a mi cuerpo sexuado y desexuado hay haceres cuidadosos, hay unas formas específicas de definición del tipo de interacción que está ocurriendo: un procedimiento médico; pero aunque yo sea la paciente no soy una figura pasiva, yo me he puesto la bata y me he ubicado en la camilla, no me he parado de ahí, no me he negado a que el espéculo sea introducido. Yo y las demás pacientes participamos activamente del proceso, aún cuando

los niveles de agencia que se nos permitan no sean nunca totales y no logren escapar a formas de control (Mol, 2008).

Las diferentes maneras cuidadosas de la interacción son un cuidado de las formas en que enfermeras y pacientes se relacionan para que la interacción se mantenga. A su vez este cuidado nos hace a las pacientes de formas específicas, la materialidad de nuestros cuerpos se ve moldeada por las maneras en que estas partes del cuerpo son enactuadas, ya sea cuando estoy recostada en la camilla y la enfermera pone mis pies en los estribos para ubicarme en la posición ginecológica o cuando me pide insistentemente que me relaje para poder hacerme el procedimiento.

Así, en este capítulo propongo un análisis del cuidado de la interacción enfermera/paciente como algo imbricado en las formas en que los cuerpos de las pacientes son hechos, particularmente en el espectro de lo desexuado y lo sexuado; me refiero entonces a un devenir simultáneo de los cuerpos femeninos, así como a un ir y venir entre los límites de este espectro. De esta manera reflexiono sobre cómo cuando la citología es hecha hace a los cuerpos de las pacientes, diaálogando de manera específica con mis propias experiencias de la citología y con las experiencias de las enfermeras cuando ocupan el lugar de la paciente.

### **3.1 La citología hace los cuerpos de las pacientes**

En el hospital se hacen las enfermedades (Mol, 2002), en el laboratorio se hacen arterias carótidas de cadáveres (Martínez Medina, 2016), en el consultorio se hacen los cuerpos de las y los pacientes, y en los consultorios donde se toman citologías se hacen los cuerpos de las pacientes de manera específica. Todos los procedimientos médicos dentro de los consultorios implican el hacer, el devenir, el enactuar de ciertas materialidades, objetos, cuerpos, instrumentos, pero no todos hacen lo mismo. Una reflexión similar a la que yo propongo en este trabajo podría realizarse respecto al examen que hace el otorrino en una audiometría, el oftalmólogo que revisa un ojo, la bacterióloga que toma una muestra de sangre; seguramente allí encontraríamos haceres cuidadosos, encontraríamos saberes, expertos y cuerpos.

Sin embargo, si alguien me dice a mí que una citología es lo mismo que un examen de oído, me apresuraré a señalar que no son lo mismo, puede que incluso me moleste si la persona que me lo dice es un hombre cisgénero a quien nunca le han hecho ni le harán una citología. ¿Cuál es el problema? aunque muchos procedimientos médicos implican la inserción de instrumentos en partes del cuerpo, incluso el uso de instrumentos que también son espéculos o se parecen a los espéculos -recordemos por ejemplo el espéculo nasal que utilizó el doctor Papanicolaou para llegar a la cervix de las conejillas de indias -, la particularidad de la citología tiene que ver con el tipo de partes del cuerpo que llegan a ser en ella, que son allí enactuadas, y que tienen que ver con las formas en que estas partes se hacen.

### **3.1.1 La citología hace sexuados los cuerpos de las pacientes**

Antes de analizar de manera detallada lo que ocurre en el consultorio, es importante tener en cuenta que al decir que la citología hace los cuerpos sexuados no estoy suponiendo de ninguna manera que los cuerpos sólo se hacen allí, en el consultorio donde la enfermera toma citologías. Por el contrario, el punto de partida para trazar cómo los cuerpos son hechos sexuados es el diálogo con una rica literatura que se ha referido a la forma en que los cuerpos se hacen históricamente como sexuados desde los discursos y prácticas médicas y científicas, así como desde y a través de diversas tecnologías.

En el consultorio los cuerpos se hacen, no sólo cuerpos sino específicamente cuerpos sexuados, yo sea por la manera en que sus partes -“sus órganos reproductivos” – devienen cuerpos, o por las formas de comportamiento que se espera de personas con estos órganos, estas partes del cuerpo. Como señalo en la Introducción las herramientas teóricas que retomo para analizar este problema se encuentran ligadas a una noción de la diferencia sexual que es a la vez semiótica y material (Braidotti, 2002).

Esta diferencia sexual tiene una historia. Al respecto, el trabajo de Laqueur rastrea la emergencia de la diferencia sexual, hoy en día todavía imperante, en el siglo XVIII con la consolidación de un modelo de dos sexos (Laqueur, 1994). Bajo este modelo los “órganos

femeninos de la reproducción” - el útero, los ovarios, la vulva y la vagina - fueron definidos como órganos inconmensurables a los de los cuerpos masculinos, pero además como marcadores de una diferencia sexual inscrita semiótica y materialmente en la capacidad exclusiva de las mujeres de reproducir a la especie.

En el consultorio en el que se hacen las citologías, en las manos de las enfermeras y en los instrumentos, este modelo de los dos sexos es recreado, actúa sobre la materialidad de los cuerpos de las pacientes, que ya antes ha sido configurada de otras maneras por el mismo modelo. Dentro de los Estudios Sociales de la Ciencia varias investigaciones se han preguntado por la forma en que dicha diferencia sexual ha tenido implicaciones en el diseño de diferentes tecnologías, desde el color de las máquinas de afeitar para hombres y mujeres (Van Oost, 2003) hasta las maneras en que se han elaborado ciertas tecnologías de la reproducción, como los anticonceptivos y la fertilización *in vitro* (Clarke, 2000). Una cuestión similar aparece en la reflexión que he propuesto sobre el espéculo en el capítulo anterior, pero aquí las preguntas ya son otras. Si bien es cierto que los cuerpos se hacen desde y en la relación de las enfermeras y los instrumentos, aquí quiero analizar más detalladamente lo que resulta de esta relación, la forma que toman los cuerpos que allí se hacen.

Varias investigaciones se han referido a este problema, algunas lo han hecho específicamente bajo el estudio de las representaciones y los significados de los cuerpos femeninos (Bordon, 2001); otras más cercanas a los Estudios Sociales de la Ciencia se han preguntado por la diferencia sexual y su inscripción material desde la biología y la medicina (Fausto-Sterling, 2006; Wilson, 2015). En ambos casos, aunque con énfasis distintos, se nos habla de una noción semiótica-material del cuerpo, que es significado y materia a la vez: “El cuerpo vivido y experimentado es también piel, hueso, músculo y tejido (...)” (Martínez Medina, 2016, p. 35).

La diferencia sexual se encuentra tanto en el hecho de que la menstruación de las mujeres haya sido entendida durante décadas bajo la metáfora economicista de la producción fallida (Martin, 2001); como en la manera en que las hormonas fueron utilizadas para la fabricación de píldoras anticonceptivas que reforzaron varias de las características de la feminidad

(Oudshoorn, 2005). Esto cobra una relevancia especial a la luz del argumento de Londa Schiebinger (1987) quien ha señalado, para el caso de la construcción del primer dibujo del esqueleto femenino, que históricamente existen unas partes del cuerpo que son políticamente significativas. Por diferentes razones los órganos de la reproducción han sido revestidos de una importancia política que puede notarse en que para mí, así como para las enfermeras con las que hice el trabajo de campo, hacer una citología no es lo mismo que hacer un examen de oído.

Las implicaciones de un examen que interactúa con los “organos de la reproducción” de las pacientes, se encuentran ligadas a la importancia política de estas partes del cuerpo, que es en últimas el resultado de la emergencia del modelo de los dos sexos. Dicho modelo ha tenido diferentes consecuencias que afectan la práctica de la citología, tales como la consolidación de la ginecología, los procesos de diferenciación del sexo en teorías, instrumentos y prácticas médicas referidas a los cuerpos de las mujeres, (Fausto-Sterling, 2006; Martin, 2001; Oudshoorn, 2005), y los importantes recursos invertidos en el desarrollo de tecnologías de la reproducción para mujeres (Balsamo, 1999; Clarke, 2000).

La historización de la diferencia sexual a menudo ha llevado a algunas autoras, particularmente las más cercanas a la categoría de género, a cuestionar o poner entre paréntesis el referente material o biológico de la diferencia sexual (Wilson, 2015). Esto representó para mí un problema teórico importante a la hora de analizar la citología, dado su paso obligado por la vagina, es decir la necesidad en su práctica de un espéculo que atravesara el canal vaginal. Sin embargo, el trabajo de Mol (2002), así como el de otras (Braidotti, 2002; Wilson, 2015), cuestiona el concepto de performatividad que ha influenciado de manera importante a la categoría género, dadas sus limitaciones para referirse a las maneras en que el cuerpo biológico y su materialidad llega a ser, se hace en ciertos contextos, particularmente en los hospitales. En consonancia con su trabajo yo me adhiero a una comprensión ontológica y material del cuerpo sexuado como femenino, cuyo carácter sexuado es hecho en muchos lugares distintos, uno de ellos el consultorio en el que se hacen las citologías.

Siguiendo esta noción propongo un diálogo con el trabajo de Martínez Medina (2016) que ha llamado la atención sobre los procesos de anatomización del cuerpo en espacios específicos de producción del saber médico, como lo son los laboratorios de anatomía. Algo similar a lo que pasa cuando las y los estudiantes de medicina con las pinzas y las manos toman la arteria carótida de un cadáver y la contrastan con el texto de anatomía, sucede cuando una enfermera introduce un espéculo en una vagina, observa el cuello uterino y toma las muestras; así como la arteria carótida es hecha en el laboratorio, la vagina y el cuello uterino son hechas en el consultorio.

Estas partes son hechas en otros momentos y espacios diferentes del que yo analizo, por ejemplo en una relación sexual, en un parto, o en una exploración femenina bajo el protocolo analizado por Murphy (2012). Pero también son hechas en la citología que he descrito: la vagina, el canal vaginal y el cuello uterino son hechas en la posición ginecológica que organiza al cuerpo en la camilla de tal forma que estas partes sean las que queden a la vista de las enfermeras - así sea una posición que incomode a las pacientes; en los movimientos de sus manos y de los instrumentos - específicamente en la introducción del espéculo que hace a estas partes como un canal que puede ser penetrado a través de un instrumento, como un cuello uterino redondo que puede fijarse, del cual puede tomarse una muestra de células, una superficie que se puede raspar, un orificio que puede cepillarse.

A pesar de los detalles de ese hacer, no se trata de ninguna manera de algo aislado en el espacio y el tiempo, en este hacer resuenan formas específicas del proceso histórico de anatomización de la diferencia entre hombres y mujeres. Estas cosas se mantienen en una memoria corporal (Braidotti, 2002), el cuerpo ya se ha hecho de estas y otras maneras antes de llegar al consultorio, pero ellas llegan a ser, son enactuadas, cuando las vaginas de las pacientes son tocadas, en el tacto de las manos y los instrumentos usados por las enfermeras, a través de haceres cuidadosos en los que el cuello uterino recibe más atención ya sea por su posibilidad latente de presentar células cancerosas o precancerosas o por la sensibilidad material y simbólica específica de esta parte del cuerpo:

*Es incómoda [la citología], pero la idea es que sí (sic) no sea dolorosa, pues porque la idea es que no les duela, sólo que sientan incomodidad, yo si les digo o sea "no te va a doler, pero sí va a ser incómodo" porque es un procedimiento vía vaginal y cualquier procedimiento vía vaginal pues va a ser incómodo, pero la idea es que solo sea eso incomodidad más no dolor (Entrevista a Lina)*

En este caso Lina me señalaba la sensibilidad asociada al examen vaginal, y cómo la sensibilidad de la vía vaginal que ya existía antes del examen, era hecha también en la delicadeza con la que trataba de relacionarse con la paciente, en la suavidad con la que usaba los instrumentos. Aunque a lo largo de este trabajo me he esforzado en mostrar por qué es incómoda la citología, incluso cuando las enfermeras la hacen de una manera especialmente cuidadosa, su incomodidad fue uno de mis puntos de partida, al frente de todas las prácticas cuidadosas de las enfermeras reposaba mi cuerpo expuesto, las formas en que se hacía en este tipo de exámenes.

Este acuerdo tácito entre las enfermeras y yo de que la citología era algo incómodo debido a las partes del cuerpo que allí interactuaban, hacía que a lo largo de nuestras conversaciones ellas a menudo recurrieran a explicaciones en las que, por medio de sus prácticas, la citología no se hiciera tan incómoda. Aquí ellas estaban haciendo esas partes del cuerpo con una sensibilidad específica, pero paralelamente había una reflexión de las enfermeras respecto a las formas en que las pacientes hacían sus cuerpos, siendo las actitudes de pudor, vergüenza, incomodidad, comodidad, apertura e intranquilidad, formas específicas en las que los cuerpos de las pacientes se hacían.

Estas actitudes y presupuestos respecto a la citología, ponían en circulación una idea de que los cuerpos femeninos modernos debían estar abiertos a la práctica médica (Calderón Jaramillo, 2017), ser disponibles a sus haceres; pero esto siempre se conjugaba con los propios lugares que ocupaban las enfermeras dentro del consultorio como cuerpos que también eran y habían sido pacientes. El lugar como mujeres a quienes se les hacía la

citología, les entregaba un saber específico, encarnado en sus cuerpos, que organizaba la forma en que se hacían los cuerpos que tenían al frente, los de las demás pacientes. Así, una enfermera me señaló que lo que más le llamaba la atención de hacer la citología era:

*(...) cómo manejar el concepto de cuerpo que tiene la mujer, cómo aprender a manejar esa parte [que] para la mujer es muy íntima, que para algunas puede ser vulneración de su intimidad. (Entrevista a Jimena)*

Jimena después me hablaría de la tranquilidad desde la que ella como paciente actuaba en una citología. Sin embargo, pese a esa tranquilidad, ella también me señalaba que era consciente de que esa parte de la mujer con la cual interactuaba en la citología era una parte íntima. El cuerpo femenino y sus “órganos sexuales” se hacían como partes que debían ser cuidadas y ser tratadas con cuidado, y allí este tipo de preocupación a la que refiere esta enfermera se repetía constantemente. Pero no era la única versión que aparecía del cuerpo de las pacientes, sino que a su vez se encontraba con cuestionamientos al pudor de las mujeres frente a sus cuerpos, a las formas en que se incomodaban en el consultorio por tener que exponer sus cuerpos.

Muchas enfermeras me señalaron que no entendían cómo en pleno siglo XXI las mujeres sentían tanta vergüenza de hacerse una citología, procedimiento que incluso llegaron a comparar con un examen de oído, o con el examen de otras partes del cuerpo; había en ellas una valoración de las formas específicas en que las pacientes - y ellas como pacientes - hacían sus cuerpos. El epígrafe con el que inicio este capítulo se refiere a ello para el caso de Sara Baartman, mujer negra cuyo cuerpo despertó la curiosidad de la medicina del siglo XIX. En la película que cuenta su historia Sara es reprendida por su “dueño” después de que ella se negara a mostrar sus genitales a un grupo de científicos, quien le diría que “es un honor” mostrarle estas partes a los hombres de ciencia. Algo de esto circulaba en esa sorpresa de las enfermeras frente a la resistencia de algunas mujeres a exponer tranquilamente sus partes íntimas durante la citología.



*(...) nosotros tenemos los genitales como una puerta sagrada ¿cierto? yo muestro la mano, yo muestro el ojo, yo muestro la barriga, (...) pero los genitales sí son ¿sí? una puerta sagrada, son (sic) es como una vergüenza. (Entrevista a Gloria María)*

En algunos momentos las enfermeras y yo acordamos que una citología no era lo mismo que un examen de oído, pero en ocasiones ellas mismas cuestionaron la falta de naturalidad de las pacientes frente al examen, sus resquemores, las maneras en que sobrevaloraban el significado de lo que allí ocurría. Gloria María cuestionaba el carácter especial con el que los genitales de las pacientes eran enactuados. Allí los cuerpos de las pacientes devenían como sus partes íntimas, pero al ser esta una interacción mediada por el saber y la práctica médica se esperaba que los cuerpos de las pacientes estuvieran dispuestos a ser tocados, abiertos y penetrados en el consultorio, se hacían allí partes que podían ser objetivadas para producir conocimiento sobre estas, una muestra de células de cuello uterino que después era analizada por el patólogo.

Así, la manera en que los cuerpos de las pacientes eran enactuados en el consultorio no se limitaba a lo que hacían las enfermeras con los instrumentos, estos cuerpos se hacían en la citología, pero por otro lado estos cuerpos también se hacían en relación con las formas en que las pacientes los hacían. Para hacer estos cuerpos era necesario que la paciente se recostara en la camilla, separara sus rodillas y se dispusiera a que la enfermera realizara la citología, ello implicaba formas específicas en las que los cuerpos llegaban a ser, desde la interacción de una enfermera y una paciente, que debía sostenerse en el consultorio durante el tiempo necesario para que la citología fuera hecha.

### **3.2 La interacción cuidadosa entre enfermeras y pacientes**

Dentro de la sociología la pregunta por la interacción, por la presentación de las personas cara a cara, ha dado cuenta del carácter contextualizado de la misma (Goffman, 2009 [1959]); es decir, las maneras en que las personas interactúan entre sí son siempre situadas, específicas, abiertas a un juego de reglas en el que las y los actores pueden

cumplir o no con su papel. No es pues lo mismo cuando una paciente entra en un consultorio y responde totalmente vestida a las preguntas de la enfermera a cuando las responde desde la molestia; tampoco es lo mismo cuando en la semidesnudez la paciente abre sus rodillas para que le hagan una citología a cuando en la semidesnudez se resiste a que la enfermera introduzca el espéculo. Como señalé antes, la citología, su hacer, es también el resultado de un pacto entre enfermeras y pacientes, un pacto que posibilita el tacto y el contacto de maneras específicas.

Antes de analizar cómo este pacto es mantenido a través la interacción cuidadosa entre enfermeras y pacientes, es importante tener en cuenta algunas de las particularidades de dicha interacción. Buena parte de las reflexiones sobre la medicina en las sociedades contemporáneas se han concentrado en la relación médico/paciente, la cual históricamente ha estado marcada por relaciones jerárquicas entre el médico (una figura a menudo activa y masculinizada) y la paciente (una figura prominentemente pasiva y femenina); esta comprensión de las pacientes ha sido problematizada durante las últimas décadas en el marco de movimientos feministas y de pacientes que se han resistido al poder y la dominación del saber médico (Clarke, 2000; Gordon, 1990; Murphy, 2012; Rudinow Saetnan, 2000).

Esta resistencia se ha llevado a cabo de muy diferentes maneras, desde los esfuerzos de las organizaciones feministas por influenciar el tipo de desarrollos tecnológicos que afectan a los cuerpos de las mujeres - es el caso de los métodos modernos de anticoncepción (Gordon, 1990; Oudshoorn, 2005; Rudinow Saetnan, 2000), hasta la creación de protocolos alternativos para el cuidado de los cuerpos de las mujeres - donde los casos analizados por Murphy (2012) respecto a la citología y al aborto son de alguna manera emblemáticos.

Allí las relaciones entre médicos y pacientes han sido reconfiguradas; pero no por ello sus asimetrías han desaparecido totalmente, al respecto muchos han continuado con el trabajo de Foucault (2007 [2004]) y recurriendo al concepto de biopoder para muchas de las reflexiones sobre las relaciones de las mujeres con la ciencia y la tecnología (Amstrong &

Murphy, 2008; Balsamo, 1999; Murphy, 2012). Sin embargo este trabajo se distancia de estos enfoques al seguir la ruta trazada por Mol (2008) sobre la lógica del cuidado, que implica una noción activa de paciente, quien en lugar de estar obligado a la pasividad puede participar y de hecho participa en muchas de las prácticas de su cuidado: asistiendo al consultorio, permitiendo que se le hagan exámenes o procedimientos médicos, siguiendo las recomendaciones médicas de estos exámenes.

En este sentido el trabajo de Mol (2008) habla de la lógica del cuidado como una que involucra en una red compleja a pacientes, médicos, enfermeras, tecnologías y enfermedades. A pesar de mi cercanía con los planteamientos de Mol, en algunos momentos al concentrarse en las prácticas de cuidado esta autora puede perder de vista quiénes son los que principalmente deben cuidar o cuidan en esta compleja articulación: en este sentido es cierto que para la citología se requiere de una paciente activa que participe del proceso, pero las formas y los grados en que el deber de cuidar recae sobre la paciente y sobre las enfermeras es diferente, tiene implicaciones muy distintas.

Al preguntarme por los haceres cuidadosos de las enfermeras que toman la citología yo estaba pensando necesariamente en que este cuidado era recargado sobre sus cuerpos de formas específicas, y quería hacerlo visible en dos sentidos. Por un lado, desde un enfoque feminista cercano a la pregunta por los trabajos del cuidado, su baja valoración simbólica y material, y por las maneras en que la enfermería es un trabajo de cuidado: los trabajos de diferentes autoras han señalado la complejidad de estos trabajos, sus tensiones y continuidades con las prácticas de curar y sanar, y las especificidades de la perspectiva de las enfermeras cuidadoras (Arango & Molinier, 2011; Lupton, 2003 [1994]; Viveros, 1996). Por otro lado, aunque también desde un enfoque feminista, ha estado en consonancia con las formas en que el cuidado atraviesa los procesos de producción de conocimiento (Martin et al., 2015; Mol, 2008; Puig de la Bellacasa, 2017; Pérez-Bustos, 2016; Pérez-Bustos et al., 2014). Todos estos análisis me han ayudado a reconocer que en las prácticas las enfermeras encarnan elementos del saber médico, a través de unas formas específicas en que el cuerpo de las pacientes se hace en sus interacciones, las de

las enfermeras con el mismo, pero también en la manera en que en esta relación emergen discursos y formas de actuar, en las cuales este saber médico se encuentra conjugado con las lógicas del cuidado.

Esto cobra especial relevancia en el caso de la examinación ginecológica por parte de enfermeras, porque cuando ciertas partes del cuerpo de la cintura para abajo - las piernas, la pelvis, el cuello uterino, la vulva y la vagina – entran en acción en la citología y con ella - y al requerir que la paciente se ubique en la posición ginecológica - se recueste, separe sus piernas y se relaje - está haciéndose al cuerpo sexuado de la paciente de una forma particular. En los capítulos anteriores me he referido a diferentes haceres cuidadosos de las enfermeras que hacen la citología, aquí me concentro en el cuidado de la interacción de las enfermeras con estas partes específicas, y su relación con un proceso ambiguo que paralelamente hace a los cuerpos de las pacientes sexuados y desexuados.

### **3.2.1 Interactuando con las partes privadas o íntimas**

En un primer momento traté de organizar el análisis a partir de los dos tipos de prácticas, las que hacen sexuado y desexuado el cuerpo de la paciente. Aunque esta distinción analítica podría ser interesante no lograba capturar las particularidades de la interacción, sus diferencias: una cosa es mirar un cuello uterino y otra muy distinta es mirar a alguien a los ojos, en las prácticas de las enfermeras el detalle de las formas de ver y tocar tiene una gran relación con el cuidado, aunque se puede ver sin ser visto pero no tocar sin ser tocado (Pérez-Bustos et al., 2016, p. 58), en la práctica de la citología existe cierta reciprocidad también en la mirada y eso refiere a una serie de sutilezas que en el consultorio permiten o no haceres cuidadosos por parte de las enfermeras.

Esas sutilezas de las prácticas en las que el cuerpo se hace sexuado o desexuado están entremezcladas: puedo señalar una forma de mirar, de hablar o de tocar que a la vez puede hacer ambas cosas, y en cierta medida poder hacer ambas cosas es de lo que se tratan las formas cuidadosas de estas enfermeras cuando hacen la citología. Al respecto el trabajo de Joan P Emerson (2008) sobre los exámenes ginecológicos y cómo en ellos era

sostenida la definición de la realidad fue de gran importancia para entender lo que allí ocurría.

Si bien esta investigación se centraba en médicos y no específicamente en la realización de la citología, mostraba la precariedad de la interacción en el examen ginecológico, cuya inestabilidad está marcada por tres tipos de eventos: situaciones en las que llega un intruso, la decisión de los participantes de no validar la realidad, la incapacidad de los participantes para producir gestos capaces de validar esa realidad (2008, p. 75). Aunque estos eventos pueden ocurrir en otros exámenes, la particularidad de la examinación ginecológica radica en lo que implica tocar los genitales de las mujeres. En el caso de la citología las enfermeras luchan por mantener la realidad de la situación, la realidad de la examinación médica, durante la citología a través de una interacción cuidadosa, tanto con las partes específicas del cuerpo que se hacen durante el examen -los cuellos uterinos, las vulvas y las vaginas- como con las pacientes.

A lo largo de las entrevistas así como en las observaciones etnográficas esto se hizo evidente de muy diferentes maneras. Una de ellas era la empatía que mostraban las enfermeras a las pacientes, reconociendo de entrada la incomodidad del examen, tanto por lo que implicaba la posición ginecológica, como por las sensaciones generadas en los movimientos de las enfermeras y los instrumentos. Reiteradamente usaron expresiones sarcásticas en las que señalaban que para ninguna paciente, incluso cuando ellas mismas eran pacientes, la citología era placentera y hablaron de las múltiples estrategias que usaban para mejorar la situación:

*(...) yo siempre trato de tratar a las mujeres con respeto es decir "Mira, sí, la posición es incómoda, yo entiendo que esto no es tan chévere", que uno no se levanta "Hay no qué delicia, me voy a hacer la citología" ¡No! uno se levanta como "hay que pereza" pero toca hacerla ¿sí? (Entrevista a Isabela)*

Una de las cosas que más me llamaba la atención sobre esta empatía era la forma en que atravesaba el cuerpo de las enfermeras, no se trataba sólo de que ellas reconocieran las particularidades del procedimiento y sus efectos, como podría hacer también un médico, sino que a menudo reconocían haber ocupado y ocupar la posición de la paciente y lo que ello implicaba:

*Y si tu llegas y el profesional no te trata con respeto, ni siquiera te mira la cara, pero ¡sí te está viendo la vagina! y te está viendo tus entrañas, que tu no conoces de ti misma, y si no te tratan con respeto pues eso va hacer que (...) sea más incómoda la situación (...) entonces es como eso, como yo nunca les digo "Abra las piernas" siempre les digo "Separe las rodillas" porque eso hace una diferencia en el trato de las mujeres (entrevista a Isabela)*

Por un lado, mostrar el significado de las partes del cuerpo con las que interactúa la enfermera - *¡sí te están viendo la vagina!* - y la incomodidad de adoptar la posición ginecológica, a la cual después esta misma enfermera se refirió como una posición vulnerable al exponer a la mirada de alguien más las partes genitales, hablaba de una conciencia del significado de estas partes y las maneras en que eran hechas sexuadas en el consultorio; aquí la mirada y el tacto aparecían como testigas inmodestas (Murphy, 2012), aún cuando no alcanzaran a desplazar totalmente los efectos del examen ginecológico.

Por otro lado, al señalar estrategias de hacer desexuado al cuerpo como el pedir que se separen las rodillas y no que abran las piernas, se hacía visible que las enfermeras, a través del cuidado de la interacción, querían hacer de la citología algo que a pesar de ser indiscutiblemente incómodo, podía ser algo menos incómodo. Así, las formas específicas de la interacción, el respeto de la profesional y la manera de dirigirse a la paciente, hacían que la enfermera se moviera hacia experiencias de ver y tocar más cercanas a las formas tradicionales de producir conocimiento, es decir, como testigas modestas y distantes capaces de relacionarse de forma neutral y objetiva con estas partes del cuerpo (Shapin, 1984). En este sentido, más que asumir que de hecho lograran encarnar la modestia a la

que se refiere el trabajo de Shapin, las enfermeras jugaban de forma interesante con ser inmodestas y modestas según la situación específica<sup>9</sup>.

Sin embargo, no existía un manual específico de cómo lograr esta diferencia, ni tampoco el paso de lo inmodesto a lo modesto; la complejidad de los haceres de las enfermeras pasa por los lugares que han ocupado, de la enfermera que ha sido paciente, a la enfermera con unos conocimientos técnicos específicos, a otras enfermeras que no tuvieran las experiencias encarnadas de haber sido paciente (es el caso de los enfermeros o de las enfermeras que nunca se han hecho una citología). Lo azaroso y particular de los encuentros “cara a cara”, hacía que lo que en mi experiencia - no mirarnos a los ojos - funcionara como una práctica de cuidado de la interacción, una forma de objetivar mi cuerpo que al contrario de minar mi individualidad la cuidaba (Cussins, 1996), en el caso de Isabela funcionara de otra manera. Para esta enfermera su forma cuidadosa estaba relacionada con señalar que era irrespetuoso que a una le miraran la vagina y no se tomaran el tiempo de mirarle a la cara. La citología es entonces un espacio de múltiples formas de mirar, relacionadas de maneras muy diferentes con lo cuidadoso.

En consonancia con la reflexión propuesta por Puig de la Bellacasa sobre las miradas que tocan - *Touching visions* (2017) -; las formas específicas en las que funcionaba la mirada pero también el tacto dentro del consultorio daban cuenta de un carácter encarnado del conocimiento de las enfermeras respecto a las maneras en que hacían y querían hacer la citología. Esto implicaba transitar constantemente de miradas modestas que objetivan ciertas partes del cuerpo de las pacientes, la mirada profesional de las enfermeras, a

---

<sup>9</sup> Respecto a la categoría de testigo modesto creo que ésta no debe ser interpretada como la capacidad total de quien conoce de producir conocimiento neutral y objetivo sobre la realidad que estudia. Mi interpretación del trabajo de Shapin (1984) es que para no se nace testigo modesto, sino que llega a serlo. La exigencia de seguir rigurosamente los pasos del experimento o de hablar neutralmente de lo sucedido durante el mismo, da cuenta del carácter fabricado de los testigos modestos, y por lo tanto histórico y situado, pero esta fabricación, como todas, es siempre parcial y puede funcionar de formas muy diferentes cuando se pasa del experimento de la bomba de vacío de Boyle al consultorio en el que una enfermera toma la citología.

miradas que tocan, miradas como la de Isabela que reconoce la incomodidad de la situación de la paciente y actúa conforme a dicho reconocimiento. En ambos casos, se trataba de estrategias de producción de conocimiento sobre el cuerpo en el consultorio que generaban formas de cuidado.

Había pues una riqueza de estrategias que incluían entre muchas otras cosas asegurarse de que la bata no se desplazara demasiado durante el procedimiento, intercambiar momentos de mirar a los ojos y no mirar a los ojos, tocar suavemente esas partes, avisar antes de penetrarlas con el espéculo, el citocepillo y la espátula, y hablar de la vagina y el cuello uterino de forma delicada, usando sólo las palabras médicas para referirse a estas partes, en diminutivo -“cuellito”, “colita” “piernitas”, “piecitos”- o evitando a toda costa las formas más coloquiales de referirse a estas. A pesar de esto, era siempre algo ambivalente, las formas cuidadosas con que se trataban estas partes hacían de la citología un examen aparentemente desexuado- médico y objetivo- pero también lo hacían sexuado - podía ser a la vez sensible a los significados de las partes del cuerpo que eran enactuadas.

De allí que se establecieran jerarquías en las maneras en que se podía interactuar con estas partes, es pues distinto tocar la cola de las pacientes para pedirles que se relajen, a introducir abruptamente un objeto extraño como lo es un espéculo en la vagina; en el primer caso se trataba de una forma paulatina de iniciar el contacto y el tacto, en el segundo caso se avanzaba más rápidamente en la realización del procedimiento pero se corría el riesgo de que la paciente se incomodara por la forma poco pausada de la penetración. Aunque el objetivo central de todas estas formas de interacción era lograr llegar hasta el cuello uterino, no todas las formas de llegar significaban lo mismo.

Las enfermeras de hecho se esforzaban por hacer desexuado el recorrido hasta el “cuellito”; aunque el lenguaje jugaba un papel importante en este proceso, también lo hacían los gestos, la indumentaria y el espacio. El recurso de usar términos técnicos del saber médico para referirse a las partes del cuerpo y a los instrumentos, fue una constante que encontré sobre todo en las entrevistas cuando les pedía a las enfermeras que me



describieran todo el procedimiento. En ellas era común que cuando estas partes cargadas de significado estuvieran en el centro de la interacción, de la mirada y el tacto, el resto del cuerpo desapareciera:

*Se le indica a la usuaria que se suba a la camilla, donde debe poner los pies, ¿sí? y procedemos (...) a tomar, a hacer la toma del procedimiento entonces se introduce el espéculo, se abre el espéculo, se ubica el (sic) cuello uterino ¿sí? y se procede a tomar la muestra de endocervix y de exocervix. (Entrevista a Cindy)*

Este fragmento aislado del resto de la descripción muestra la tensión del hacer de la citología y del cuerpo de las pacientes que se hacen la citología, como una materialidad sexuada y desexuada de forma simultánea. La paciente está en la camilla, pero cuando se introduce el espéculo de alguna manera pasa a un segundo plano en la interacción, ella y la puerta de entrada a lo que se busca pasan a un segundo plano, allí está ese hacer cuerpo sexuado y desexuado a la vez, en esa omisión, en ese concentrarse en el cuello uterino de la paciente, el exocervix y el endocervix, y no en cómo se llegó a hasta él.

Esta forma de hablar, ver y tocar, de omitir, en últimas de hacer, al cuerpo daba cuenta de cómo se relacionaban las enfermeras con estas partes íntimas, a la vez que mostraban algunas de las estrategias en las cuales el hacer sexuado y desexuado era llevado a cabo de forma conjunta. Dado que las interacciones dependen profundamente de sus contextos, tanto del consultorio como de las relaciones amplias y complejas que este espacio tiene con saberes, discursos y prácticas médicas, en el caso de la citología, las estrategias referidas a estas partes específicas del cuerpo no podían separarse nunca de la interacción con todo el cuerpo, aún cuando la vulva, la vagina y el cuello uterino estuvieran en el centro, y a la vez fueran nombradas desde el silencio.

### 3.2.2 Interactuando con todo el cuerpo de la paciente

El nombre que lleva esta sección es en parte una ironía ¿cómo podría alguien no interactuar con todo el cuerpo de la paciente? sin embargo, no debemos perder de vista que los procesos de división sexual y social del trabajo dentro de la medicina han propiciado formas compartimentadas de hacer al cuerpo. Así, en principio las partes del cuerpo que “importan”, que reciben más atención en una citología son los cuellos uterinos, las vulvas y las vaginas.

Una de las enfermeras que entrevisté, profesora de la Universidad de Caldas, señaló lo anterior como un problema que trataba de cambiar en la formación de sus estudiantes:

*No es hacer el procedimiento ¿cierto? es valorar también a la paciente porque es que la paciente tiene ojos, tiene boca, tiene una cantidad de cosas que son importantes en un momento dado (Entrevista a Gloria María)*

Al señalarme las demás partes del cuerpo de la paciente, lo que me estaba explicando esta enfermera era los procesos de compartimentación a los que son sujetas las pacientes durante el procedimiento, que a menudo generan formas de interacción en las que pareciera que las enfermeras no estuvieran examinando un cuerpo sino una parte o algunas partes del mismo; lo anterior puede ocurrir particularmente una vez la paciente se ha recostado en la camilla, en la posición ginecológica y la enfermera se concentra en el proceso de tomar una muestra. Se trata de un momento en que esas partes que ve son hechas desexuadas a través de una estrategia en la que la mirada y la interacción con ellas se enmarca en una situación médica. La mención que hacía Gloria de las demás partes del cuerpo que tenía una paciente mostraba cómo parte de la examinación médica implicaba conjugar la objetivación de las partes con una mirada al cuerpo completo de la paciente.

Al interactuar con la paciente había entonces muchas estrategias que se referían a todo el cuerpo y que generaban formas cuidadosas de interacción, me llamaron la atención aquellas en las que las enfermeras se esforzaron por abandonar el consultorio - cuando no había baño dentro del mismo - para que las pacientes tuvieran un espacio privado para desvestirse, aun cuando en el momento inmediatamente después fueran a encontrarse con su vagina desnuda; también el recurso de hablar de algún tema diferente al momento de introducir el espéculo, tratando de cambiar el centro de atención desde la penetración del espéculo en la vagina hacia una conversación alejada de la situación: la familia, los hijos, entre otras cosas.

En ambas estrategias, ocurrían procesos paralelos de hacer cuerpos sexuados y desexuados. Por ejemplo, el cuerpo era hecho sexuado cuando la enfermera abandonaba el consultorio y reconocía el proceso de desvestirse de la paciente como algo que no debía ver y era hecho desexuado cuando al regresar usaba la bata como materialidad que dotaba a la interacción de un significado médico y clínico, la enfermera no estaba desvistiendo a la paciente en este momento sino que estaba retirando la bata para poder mirar de manera neutral el cuerpo de la paciente. Algo similar ocurría con el espéculo, su introducción remitía a un proceso de penetración de la vagina, pero al cambiar el tema de conversación la enfermera buscaba que la penetración fuera lo secundario de la interacción entre ambas.

También había estrategias en las que las enfermeras controlaban sus propios procesos corporales para poder ocupar el lugar de testigas modestas. En este sentido varias se refirieron a la contención y el ocultamiento de su desagrado frente al olor de los flujos y los pies de las pacientes, ligado no sólo a lo que ellas entendían como una forma profesional -tal vez neutral y objetiva- de comportarse, sino también a la comprensión de las posibilidades de interacción con estos cuerpos:

*Tu [como paciente] todo el día estás trabajando y te tocó la citología a las 5 de la tarde, la vagina va a tener olor, vas a tener olor en los pies, tu, todo tu cuerpo va a estar, sí, es*

*normal, pero pues una dice (risas) "Hay dios mío que no me toque" (risa) (Entrevista a Marcela)*

Al contarme estas cosas esta enfermera se rio nerviosamente e incluso se sonrojó, pero para ella era normal que el cuerpo después de todo un día tuviera ciertos aromas. Parecía como si esta interacción específica del cuerpo de la paciente con el olfato de la enfermera rompiera el pacto, el límite de un cuerpo que debe ser visto de la forma más médica y profesional posible, un cuerpo que es llamado a interactuar en el marco de ciertas reglas que permiten la cercanía.

Esta preocupación por los aromas y por lograr mantener ante ellos la normalidad era una forma de cuidado que definía la realidad de esa interacción como un examen médico de ciertas partes del cuerpo, y para que fuera médico los comentarios sobre el olor del flujo, sobre el olor de los pies debían evitarse o hacerse de manera tal que la paciente no se sintiera mal, no se ofendiera, o no sintiera que lo que sucedía cruzaba los límites de lo que debía y podía hacerse en la citología.

Así la interacción cuidadosa entre enfermeras y pacientes habla de eso que Mol (2008) ha denominado un proceso de sintonización necesario para que el cuidado ocurra, una entrada en sintonía del cuerpo de la enfermera con el espacio, los instrumentos y los cuerpos de las pacientes. Sin embargo, la precariedad de esta interacción está siempre latente, si alguien más entra en el consultorio sin un propósito claro de por qué se encuentra allí, como sucedió en mi caso, o si la empatía es entendida como "algo más" un interés más allá del examen mismo, la interacción peligra.

Los tránsitos de una mirada distante, modesta, a una mirada que toca, hacían parte de una compleja articulación de formas cuidadosas del tacto y el contacto que tenían numerosas implicaciones (Pérez-Bustos et al., 2016). Dado el caso de que alguna paciente o enfermera en el marco de la interacción se refiriera a disfrutar o sentir placer durante el examen, la situación podría pasar de ser un examen médico a un encuentro de otro tipo;

aunque la enfermera podría llegar hasta el cuello uterino y hacer la muestra, incluso enviarla al patólogo, el encuentro ya era también otra cosa, y no solo una citología. Si una enfermera no lograba contener su cuerpo, su cara de asco, disgusto o incluso las arcadas que podían causarle ciertos aromas, la interacción podía tornarse tensa, ofender a la paciente, e incluso impedir que esta o próximas citologías fueran hechas.

Más que un análisis exhaustivo de lo que ocurre cuando el cuerpo es hecho sexuado y desexuado en el consultorio, en este capítulo he querido mostrar la complejidad, la ambivalencia y la convivencia de haceres cuidadosos que atraviesan la citología de formas específicas al ser un examen médico que se realiza con una paciente despierta -es decir que no está bajo los efectos de la anestesia- y que implica que alguien toque los genitales de la paciente. En las estrategias de cuidado de la interacción, en las formas de la mirada y el tacto, los cuerpos se hacen, la citología es hecha, y esta se encuentra moldeada y moldea estas formas específicas de ver y de tocar.

Cómo he tratado de señalar, en el caso analizado estas formas de ver y de tocar tienen que ver particularmente con el saber encarnado de las enfermeras respecto a lo que significa el examen y a las sensaciones y emociones que este puede generar en los cuerpos de las pacientes, que se sintonizan con los cuerpos de las enfermeras. El movimiento complejo entre ser una testiga modesta, que mira objetiva o neutralmente el cuerpo, y lograr una mirada que toca, que ha sido tocada, hace parte de una forma cuidadosa que pasa por el cuerpo de las enfermeras y que tiene efectos en los cuerpos de las pacientes. Durante la citología no sólo se hacen cuerpos sexuados y desexuados, de pacientes y enfermeras, también se generan relaciones y cuidado a través de las cuales estos cuerpos múltiples llegan a ser, se hacen.



## Reflexiones Finales

Hacia el final del trabajo de campo conocí a Rosa, una enfermera manizaleña que en este momento dedicaba su vida laboral a la realización de las citologías necesarias para un estudio del Instituto Nacional de Cancerología – INC, sobre los efectos de la vacuna del VPH en la disminución del cáncer de cuello uterino. En muy poco tiempo ella y yo establecimos una relación de cercanía, pude observarla en el consultorio haciendo citologías y también tuve la oportunidad de entrevistarla.

El trabajo de Rosa consiste en encontrar pacientes cuyas características se acomoden a los requisitos del estudio – jóvenes menores de 25 años a quienes se les hayan aplicado el esquema completo, es decir las tres dosis, de la vacuna del VPH - y hacerles la citología. En este sentido Rosa y yo compartimos un tiempo y un espacio en el cual ambas estábamos llevando a cabo un estudio. Hacia el final de la jornada ella y algunas de las enfermeras del personal de la IPS Universitaria, me sugirieron entre bromas y risas que como ella había accedido a participar de mi estudio, yo debía ahora participar del de ella.

Seguramente por la empatía que se había generado entre nosotras y también por cierta reciprocidad acepté, y cambié en el consultorio el lugar desde el que había estado observando para ahora ubicarme en la camilla, traté de relajarme y me hice la citología con la que cerré el trabajo de campo. En ese momento sentí cómo en el proceso algunas de mis percepciones se habían transformado, y otras no. El punto de esta investigación nunca fue el de cambiar totalmente mi opinión de la citología, a pesar de todo lo que he dicho se mantiene en mi cuerpo un sentimiento de que la citología es un examen incómodo, que no

disfruto y que se encuentra atravesado por relaciones de poder complejas, y a menudo asimétricas entre el saber y las prácticas médicas con las pacientes.

Aunque sigo sintiendo y pensando estas cosas, existen otras que aparecieron ante mí, precisamente en el momento en que me empecé a preguntar por el cuidado y su lugar en el trabajo y los haceres de las enfermeras. Esta pequeña vuelta a la citología en tres haceres no es sino una manera de contar mi propia historia, una historia que trata de entretenerse con las voces de las enfermeras, así como con las voces de autores y autoras que inspiraron muchas de las reflexiones aquí contenidas.

En esta historia yo quería privilegiar una perspectiva “desde abajo” en la que las explicaciones sobre la citología que hasta entonces yo había dado fueran puestas entre paréntesis. La riqueza de lo que ocurrió después de hacerlo es algo que he tratado de plasmar en estas páginas, aun cuando a veces las palabras se me escaparon y se me deslizaron, e incluso ahora que hay saberes respecto a la citología que se encuentran inscritos en mi cuerpo y en mis emociones de maneras que no puedo racionalizar totalmente. Teniendo en cuenta estas y otras limitaciones de mi escritura, las reflexiones finales sintetizan algunos aprendizajes de la investigación, sus limitaciones y las posibles rutas hacia el futuro. De alguna manera las conclusiones de cada uno de los tres haceres analizados se encuentran condensadas en los capítulos, así que no volveré sobre ellas, lo que aquí quisiera puntualizar tiene que ver sobre todo con una mirada panorámica de lo que significó e implicó este viaje.

En cuanto a los aprendizajes destaco cuatro, además de los ya mencionado sobre el tipo de análisis que propuse y lo que implicó para mí. A lo largo de la investigación traté de entretener la perspectiva ontológica con la reflexión sobre lo cuidadoso; una de las potencialidades de esto es que logra estudiar la multiplicidad ontológica de la citología en un mismo espacio y tiempo, el consultorio, mostrándo cómo las investigaciones sobre la multiplicidad ontológica de las cosas pueden expandirse, no sólo al ampliar el tipo de objetos a analizar desde esta perspectiva, sino también al profundizar en las cosas “en sí mismas”; con ello además de combatir el esencialismo de algunas formas de acercarse a la ciencia, la tecnología, la medicina, el cuerpo y la enfermedad, le agregamos movimiento



a las relaciones sociales hablando siempre de los efectos de las prácticas en el mundo humano y más-que-humano. A lo largo de la investigación esto significó darle una historia y un presente complejo a la citología, mostrándola no como el resultado de un proceso histórico ya acabado, sino como una historia que se inscribía todos los días en las prácticas cuidadosas de las enfermeras.

Otro aprendizaje tiene que ver con señalar las complejas relaciones entre lo humano y lo más-que-humano, lo cual refiere tanto a la manera en que compartimos el mundo con otras cosas, como a las profundas relaciones de interdependencia que existen entre nosotras, por ejemplo la relación entre las manos de las enfermeras con el espéculo y la vagina de la paciente, o la de las pacientes y las enfermeras con una muestra de células de cuello uterino utilizada para detectar el cáncer. De allí que a lo largo de la investigación tratara de mostrar las diferencias entre ambas cosas, pero a la vez denotara su indivisibilidad, nadie puede decir que el cuidado de la muestra es un cuidado exclusivo de lo más-que-humano así como nadie puede decir que la lucha contra el cáncer y el cuidado de la vida humana deja por fuera la relación compleja entre las personas, los instrumentos, las células y los cuerpos.

En este sentido, la pregunta por el cuidado en general, y por los haceres cuidadosos en particular, es de carácter político y nos permite plantearnos preguntas que van desde el detalle de lo que las enfermeras cuidan en el consultorio -un instrumento, una parte del cuerpo, una muestra- hasta las complejas relaciones sociales por las cuales las mujeres son las responsables de la mayoría de los trabajos del cuidado, como la enfermería, los cuales dentro de nuestra sociedad son poco valorados social y materialmente. Al mostrar todos los haceres cuidadosos de las enfermeras durante la citología, yo no solo quería rescatar la complejidad del trabajo que ellas hacen en el consultorio, sino también plantear algunas preguntas sobre quiénes cuidan, qué cuidan, por qué y cómo, y también empezar a mostrar estrategias en las que las relaciones con el mundo material pueden ser hechas de otras maneras.

Lo anterior estaba en consonancia con una búsqueda iniciada por otras autoras acerca de las maneras en que las relaciones de la ciencia y la tecnología también están mediadas por sentimientos y valores que exceden una supuesta relación totalmente instrumental con el mundo más-que-humano. Si bien es cierto que las enfermeras en sus trabajos buscan producir una muestra, también producen otras cosas, instrumentos, cuerpos y relaciones cuidadosas, al hacerlo no sólo enactúan a la citología de diferentes formas, sino que también generan espacios interesantes en los que las relaciones sociales están mediadas por otro tipo de orientaciones.

Por último, quería señalar una preocupación respecto a la presencia de las emociones, las sensaciones y los sentidos en los procesos de producción de conocimiento de las ciencias sociales. Este en mi opinión ha sido uno de los aportes más importantes de las teorías feministas y de los estudios feministas de la ciencia a las reflexiones sobre la ciencia, el conocimiento, los saberes y la tecnología. En este sentido, este trabajo no sólo trata de mostrar cómo estas formas cuidadosas se encuentran involucradas en los haceres de las enfermeras cuando toman la citología, sino también las maneras en que yo y otras autoras nos hemos acercado a nuestros objetos de investigación.

Aquí el trabajo de muchas feministas resuena en mis palabras al reconocer que durante la investigación no sólo quise pensar críticamente a la citología, sino que empecé a preocuparme por ella, por quién la hacía, cómo y por qué. Debo reconocer que ello también implicó una serie de retos en cuanto a las formas en que debía hablar de ella, distanciándome un poco de explicaciones también posibles que ven la citología bajo enfoques centrados en el control, la dominación, el riesgo y el biopoder. El trabajo de Puig de la Bellacasa (2017) me dio algunas pistas sobre este asunto, sin embargo esta fue más bien una forma de terminar de entender la discusión con mi madre sobre las posibles orientaciones de las prácticas del personal de la salud.

Teniendo en cuenta estos elementos me parece importante señalar que esta historia que cuento de la citología no es ingenua, así como tampoco pretende establecer una mirada totalmente positiva de la citología. Se trata de un relato en el que hice más visibles los

haceres cuidadosos de las enfermeras como una estrategia para mostrar las maneras en que la historia de Andrómaca (Mary) Papanicolaou, las enfermeras a las que entrevisté, así como otras, se entretajan en una versión de la citología que la cuida a la vez que busca generar cuidado, no hacerlo de esta manera podría implicar contar nuestra historia bajo enfoques en los que puedo borrar la agencia de estas personas así como la mía.

A pesar de estos aprendizajes debo reconocer que en este trabajo aparecen varias limitaciones, algunas son de orden teórico, otras de orden metodológico. Las limitaciones de carácter metodológico están marcadas por las formas en que se realizó el trabajo de campo: en primer lugar, los problemas de acceso al consultorio y el carácter modesto del número de observaciones que pude hacer; a ello se le suma la rapidez del procedimiento (no más de siete minutos) y mi falta de conocimiento sobre todo lo que allí ocurría. Estas limitaciones trataron de superarse por medio de las entrevistas y la revisión documental, en las que más que preguntar por significados e interpretaciones, pregunté por haceres; sin embargo, algo importante de las perspectivas ontológicas es que reconoce que lo que se hace no puede ser totalmente capturado por lo que se dice, hay aprendizajes corporales que no pueden racionalizarse (Pérez-Bustos et al., 2016).

Otra limitación de carácter metodológico tuvo que ver con los efectos de esa mirada “desde abajo” en la forma en que se construyen los relatos y las imágenes de las enfermeras y las pacientes. Un efecto no deseado de poner el foco en el detalles de las prácticas y los haceres es que a veces termina por perderse el contexto social más amplio en el que se realiza la citología, relacionados con las particularidades de los cuerpos de las enfermeras y las pacientes atravesadas por la raza y la clase, así como sus efectos en la relación enfermera/paciente, y en las condiciones particulares de la prestación de servicios de salud. Aunque traté de solventar esta limitación mediante la discusión sobre el protocolo y su relación con las prácticas, es importante que otros trabajos que se pregunten por la citología logren profundizar “desde abajo” en las particularidades de la relación enfermera/paciente desde una perspectiva interseccional.

En cuanto a las limitaciones teóricas, una importante es que en este trabajo no alcanzo a explorar a profundidad las ambivalencias y límites de la citología y de los haceres cuidadosos, es decir, aquellas cosas que no hace la citología o no puede hacer el cuidado; ni tampoco aquellas cosas que sí hacen, pero no se espera que hagan. Aunque algunos trabajos como el de Murphy (2012) exploran parte de este problema al referirse por ejemplo al biopoder que atraviesa el cuidado, yo dejé estas cosas de lado no porque no aparecieran en el trabajo de campo sino porque mi interés era el de contar otra versión de la citología. Opté entonces por una versión situada pero consciente de la complejidad de los lugares que ocupábamos; para mí era difícil entrevistar a estas enfermeras y desconocer las potencialidades cuidadoras de sus trabajos.

A ello se le suman algunos problemas a la hora de lograr sistematizar los haceres cuidadosos. Aunque esta puede ser una limitación de mi análisis y da cuenta de la necesidad de hilar más fino las maneras en que identifico lo cuidadoso, también hace parte de una tensión teórica generada por la noción especulativa y no normativa del cuidado, la cual quise mantener por dos razones: por un lado tenía miedo de que ciertos grados de sistematicidad implicaran mostrar una imagen normativa de los haceres cuidadosos, y una idea de que podían replicarse de las mismas maneras independientemente de sus contextos; por otro lado, como en últimas estaba trabajando con una noción especulativa del cuidado (Puig de la Bellacasa, 2017), yo no quería definir el cuidado de manera total o final, más bien quería mostrar lo que este podía hacer y significar en el trabajo de las enfermeras.

Adicionalmente, sería de gran importancia reflexionar sobre las relaciones complejas de los haceres cuidadosos con el cuidado, en términos de cómo estos haceres se ven moldeados por las maneras en que se configura el cuidado en una escala mayor. En este trabajo me refiero muy poco a estas relaciones y sus efectos específicos en los insumos a los que tienen acceso las enfermeras, así como el tiempo del que disponen para hacer este procedimiento. Sin embargo, es necesario tener presente que los haceres cuidadosos se ven moldeados de manera muy importante por contextos más amplios que exceden el consultorio y la clínica.

Esto último me lleva a las preguntas sobre las rutas posibles con las que yo o alguien más podría continuar esta reflexión respecto a los haceres cuidadosos y sus efectos en la multiplicidad ontológica de la citología. Un punto de partida sería profundizar el análisis de los haceres cuidadosos y sus múltiples efectos, aquí yo sólo rastreo algunos ligados con la citología en el consultorio, los instrumentos y los cuerpos de las pacientes, pero seguramente son más; al profundizar en otros escenarios, el cuidado podría complejizarse en sus límites y ambigüedades, así como podría profundizarse en la multiplicidad ontológica de la citología.

Un posible Plan de capítulos (Ver anexo F) podría seguir rastreando los haceres cuidadosos más allá del consultorio y de las prácticas de las enfermeras, reflexionando sobre lo que hace (a) la citología desde el trabajo de las y los citopatólogos en los laboratorios; sus efectos materiales desde la perspectiva de los cuerpos de las pacientes; lo que hace la citología cuando diagnostica la presencia de células precancerosas y cancerosas en alguien; y lo que deshecha la citología, a dónde van sus desechos y que significan para las personas que están a cargo.

La pregunta por estas maneras de enactuar la citología ha empezado a emerger conforme he ido cerrando el trabajo, sin embargo creo que en ellas hay una sensibilidad específica respecto a cómo acercarnos a las materialidades y a los trabajos que implican esas materialidades, cuando parecen desaparecer de nuestras vidas, ya sea por descuido, por falta de atención, o por los efectos metodológicos de poner el foco en un lugar y no en otro. Como señalé en el cierre del segundo capítulo se trata de reflexiones algo especulativas que a pesar de ello ofrecen para mí puntos de partida para seguir pensando el cuidado y lo cuidadoso de forma profunda y radical. ¿Qué cuidamos? ¿quiénes lo cuidamos? ¿cómo lo cuidamos? Y ¿por qué? Son todas preguntas que deben acompañarse de otras como ¿qué descuidamos? ¿quiénes lo descuidamos? ¿cómo lo descuidamos? Y ¿por qué?



## A. Anexo: Rejilla de análisis de documentos

Revisión documental			
	Descripción del procedimiento: ¿Qué se dice que deben hacer los actores humanos y no-humanos?	Representación gráfica de las materialidades: ¿Cómo se representan los cuerpos y los instrumentos?	Representación discursiva de las materialidades: ¿Cómo se usa la representación gráfica? ¿cómo se describe lo que en ella sucede?
Prácticas de las enfermeras			
Prácticas de los pacientes			
Interacciones de los pacientes y las enfermeras entre ellas y con las materialidades no humanas			
Documento: Autor del documento:			

## B. Anexo: Instrumento de entrevistas semiestructuradas a enfermeras

Fecha:

Lugar:

Información básica

Nombre (opcional):

Edad:

Sexo:

Profesión:

Institución en la que trabaja:

- **Introducción: Trayectoria laboral y citología**
  - Cuénteme un poco de su historia laboral alrededor de la citología: ¿Hace cuánto la toma? ¿dónde aprendió a tomarla? ¿quién le enseñó y cómo? ¿cómo lo ha hecho y en qué lugares?
  
- **Sobre el procedimiento**
  - Por favor descríbame el procedimiento que usted realiza cuando toma una citología.
  - Explíqueme qué deben hacer las pacientes durante la citología: ¿Qué les pide que hagan? ¿qué hacen?
  - Podría detallarme o mostrarme que acciones y movimientos realiza con cada instrumento: ¿Cómo aprendió a usarlos? ¿hay alguno que le llame la atención? ¿Tiene alguna destreza particular frente alguno de los instrumentos?
  
- **Interacciones**
  - Habléme de cómo es su relación con las pacientes: ¿Qué les pregunta? ¿cómo cree que se sienten? ¿utiliza alguna estrategia para relacionarse con ellas?
  - Podría comentarme alguna situación que se repita durante el examen pero que a usted le llame la atención: Modo de vestir de las pacientes, tipo de conversaciones, formas de acostarse de las pacientes en la camilla o sentarse, cosas que hacen, cosas que le pasan a los instrumentos.
  - Quisiera contarme alguna situación particular que le haya llamado la atención durante la consulta o el examen.



- **Trabajos, prácticas y haceres**
  - Por qué considera que es importante hacer citologías
  - Hay algo que particularmente le guste hacer
  - Hay algo que deba hacer que no le guste
  - Tiene alguna precaución particular respecto a las pacientes, las muestras o los instrumentos
  
- **Para cerrar: sobre las enfermeras siendo pacientes**
  - Cuénteme un poco sobre su relación personal con hacerse la citología: ¿Hace cuánto se realizó su última citología? ¿Por qué se la realizó?

¿Hay algo que quisiera añadir?

## C. Anexo: Formato consentimiento informado para entrevistas semiestructuradas a enfermeras

**Título de la investigación:** ¿Somos todas Mary Papanicolaou? Sobre los procesos de construcción de los cuerpos femeninos en la toma de la citología vaginal

**Investigadora principal:** Mariana Calderón Jaramillo, Socióloga – Universidad Nacional de Colombia

### **Introducción y objetivo del estudio**

Mi nombre es **Mariana Calderón Jaramillo**. Estoy trabajando en una investigación como parte de mi formación en la Universidad Nacional de Colombia. La información obtenida en este estudio estará contenida en mi tesis en la Maestría en Estudios Sociales de la Ciencia. Estoy especialmente interesada en los trabajos y labores del personal encargado de tomar la citología cérvico-uterina.

Si le parece confuso o no entiende algo de lo que le voy a informar por favor pregúnteme. Es importante que le quede todo claro.

### **¿Qué incluye el estudio?**

Si usted decide participar en este estudio, su participación incluirá lo siguiente:

1. Le pediré información básica relacionada con su historia de vida, su edad, sus labores y su vinculación a la institución en la que trabaja, con la cuál trataré de situar su trabajo en el contexto específico en el que lo realiza.
2. Realizaré algunas preguntas respecto al trabajo que realiza centrándome específicamente en las acciones y las prácticas que realiza, su relación con los instrumentos y las pacientes, y su relación personal con la citología.

Si usted decide participar, la entrevista le tomará aproximadamente 45 minutos.

#### ▪ Derechos de los participantes

Su participación en este estudio es totalmente voluntaria. Usted puede decidir no contestar cualquier pregunta que le parezca incómoda. También puede decidir interrumpir su participación en el estudio en cualquier momento. Su decisión de no participar o retirarse del estudio, NO afectará de ninguna manera su trabajo.

Solamente yo y mi directora de tesis tendremos acceso a las entrevistas y sus respuestas. La información que nos proporcione será confidencial.

**Riesgos**

El único riesgo que tiene participar en este estudio es que usted se sienta incómoda al contestar alguna de las preguntas. Sin embargo, yo no deseo que esto suceda, y usted puede decidir no contestar cualquier pregunta o solicitarme que finalicemos la entrevista en cualquier momento.

**Beneficios**

Usted no recibirá ningún beneficio directo por participar en este estudio. Sin embargo, la información que usted aporte tiene objetivos académicos, y busca hacerme entender mejor a mí y a otras personas el proceso de toma de la citología así como las diferentes formas de interacción que surgen a lo largo del procedimiento. Todo esto con el fin de plantear algunas alternativas a la comprensión del examen, su realización e importancia.

**Confidencialidad**

La información que recolecte en este estudio será confidencial. Una vez que usted decida participar en el estudio, asignaré un número de identificación a la entrevista para proteger su privacidad. Su nombre real no será usado en ningún reporte derivado de este estudio. Todos los cuestionarios y los formatos del estudio se guardarán cuidadosamente.

**Retribución**

Usted no recibirá ninguna retribución por participar en este estudio.

**A quien contactar**

Si usted tiene dudas sobre el estudio por favor pregúnteme ahora. Si decide participar en el estudio y le surgen dudas comuníquese en cualquier momento conmigo:

Mariana Calderón Jaramillo Socióloga, Universidad Nacional de Colombia 314 821 3281 macalderonja@unal.edu.co
---

**Consentimiento**

Si usted quiere participar por favor confirme que entendió todo lo que le he descrito acerca del estudio. ¿Tiene alguna pregunta?

Gracias por su tiempo.

¿Está de acuerdo en participar en este estudio, y en las entrevistas?

\_\_\_ Está de acuerdo

\_\_\_ No está de acuerdo

---

Nombre de la participante

Firma

Fecha

**Número de Identificación de la Participante:** \_\_\_\_\_

## **D. Anexo: Formato de consentimiento informado de observaciones etnográficas para pacientes**

**Título de la investigación:** ¿Somos todas Mary Papanicolaou? Sobre los procesos de construcción de los cuerpos femeninos en la toma de la citología vaginal

**Investigadora principal:** Mariana Calderón Jaramillo, Socióloga – Universidad Nacional de Colombia

### **¿Cuál es el propósito de este estudio?**

A través de esta investigación busco estudiar la interacción que se genera entre las enfermeras y las pacientes a la hora de tomar la citología cérvico-uterina; así como sus percepciones particulares del examen.

### **¿Cómo será tu participación en el estudio?**

Mi interés es participar en el proceso de la toma de la citología, para eso quisiera acompañarte durante el momento en el que te realizan el examen.

### **¿Qué dificultades puedes tener al participar?**

Si decides participar, estarás compartiendo información personal conmigo, la cual será manejada de forma confidencial, por lo cual no usaré tu nombre en ningún momento. Puedes sentir incomodidad respecto a algunas preguntas que te haga o a mi participación en la toma del examen, por lo cual debes saber que estás en el derecho de no responder a cualquiera de mis preguntas, pedirme que me retire del consultorio en cualquier momento, o interrumpir tu participación en la investigación.

### **¿Qué beneficios puedes tener al participar en el estudio?**

Tu participación en el estudio no tiene ningún beneficio directo. La información que me entregues será usada con objetivos académicos y busca hacerme entender a mí y a otras personas el proceso de toma de la citología, con el fin de plantear algunas reflexiones sobre la comprensión del examen, su realización e importancia.

### **¿Con quién puedes contactarte para obtener más información?**

Si tienes algunas dudas sobre el estudio, por favor pregúntame ahora. Si decides participar en el estudio y te surgen dudas comunícate conmigo en cualquier momento.

Mariana Calderón Jaramillo  
Socióloga, Universidad Nacional de Colombia  
314 821 3281  
macalderonja@unal.edu.co

**Consentimiento**

Si quieres participar por favor confirmame que entendiste todo lo que le he descrito acerca del estudio. ¿Tienes alguna pregunta?

Gracias por su tiempo.

¿Estás de acuerdo en participar en este estudio?

Estás de acuerdo

No estás de acuerdo

---

Nombre de la participante

Firma

Fecha

**Número de Identificación de la Participante:** \_\_\_\_\_

## **E. Anexo: Formato de consentimiento informado de observaciones etnográficas para enfermeras**

**Título de la investigación:** ¿Somos todas Mary Papanicolaou? Sobre los procesos de construcción de los cuerpos femeninos en la toma de la citología vaginal

**Investigadora principal:** Mariana Calderón Jaramillo, Socióloga – Universidad Nacional de Colombia

### **Introducción y objetivo del estudio**

Mi nombre es **Mariana Calderón Jaramillo**. Estoy trabajando en una investigación como parte de mi formación en la Universidad Nacional de Colombia. La información obtenida en este estudio estará contenida en mi tesis en la Maestría en Estudios Sociales de la Ciencia. Estoy especialmente interesada en los trabajos y labores del personal encargado de tomar la citología cérvico-uterina.

Si le parece confuso o no entiende algo de lo que le voy a informar por favor pregúnteme. Es importante que le quede todo claro.

### **¿Qué incluye el estudio?**

Si usted decide participar en este estudio, su participación incluirá lo siguiente: Asistiré y observaré, sin intervenir, en los procedimientos mediante los cuales usted toma la citología cérvico-uterina

Tenga en cuenta que estas observaciones dependen de que tanto usted como la paciente den su consentimiento respecto a mi participación

#### **▪ Derechos de los participantes**

Su participación en este estudio es totalmente voluntaria. Usted puede decidir no contestar cualquier pregunta que le parezca incómoda. También puede decidir interrumpir su participación en el estudio en cualquier momento. Su decisión de no participar o retirarse del estudio, NO afectará de ninguna manera su trabajo.

Solamente yo y mi directora de tesis tendremos acceso a los datos. La información que nos proporcione será confidencial.

**Riesgos**

El único riesgo que tiene participar en este estudio es que usted se sienta incómoda al contestar alguna de las preguntas o de mi observación de la toma de la citología. Sin embargo, yo no deseo que esto suceda, y usted puede decidir no contestar cualquier pregunta o solicitarme que abandone el consultorio en cualquier momento.

**Beneficios**

Usted no recibirá ningún beneficio directo por participar en este estudio. Sin embargo, la información que usted aporte tiene objetivos académicos, y busca hacerme entender mejor a mí y a otras personas el proceso de toma de la citología así como las diferentes formas de interacción que surgen a lo largo del procedimiento. Todo esto con el fin de plantear algunas alternativas a la comprensión del examen, su realización e importancia.

**Confidencialidad**

La información que recolecte en este estudio será confidencial. Una vez que usted decida participar en el estudio, asignaré un número de identificación a la entrevista para proteger su privacidad. Su nombre real no será usado en ningún reporte derivado de este estudio. Todas los cuestionarios y los formatos del estudio se guardarán cuidadosamente.

**Retribución**

Usted no recibirá ninguna retribución por participar en este estudio.

**A quien contactar**

Si usted tiene dudas sobre el estudio por favor pregúnteme ahora. Si decide participar en el estudio y le surgen dudas comuníquese en cualquier momento conmigo:

Mariana Calderón Jaramillo Socióloga, Universidad Nacional de Colombia 314 821 3281 macalderonja@unal.edu.co
---

**Consentimiento**

Si usted quiere participar por favor confirme que entendió todo lo que le he descrito acerca del estudio. ¿Tiene alguna pregunta?

Gracias por su tiempo.

¿Está de acuerdo en participar en este estudio y en la entrevista?

Está de acuerdo

No está de acuerdo

Nombre de la participante

Firma

Fecha

Número de Identificación de la Participante: \_\_\_\_\_

## **F. Anexo: Plan de capítulos**

Los capítulos con los cuales podría continuarse este trabajo son:

- 1. La citología bajo el microscopio, sobre el trabajo de las y los citopatólogos**
- 2. El examen: ¿Qué hace la citología para las pacientes?**
- 3. Células cancerígenas, falsos positivos y negativos: el cáncer y la citología**
- 4. Lo cuidado y lo descuidado, los desechos de la citología**



## Referencias bibliográficas

- Aguilar Torres, E. (2014). *La ontología múltiple del agua. Mercurio, acueductos comunitarios y territorio en la zona rural de Ciudad Bolívar*. Tesis de Maestría en Estudios sociales de la ciencia, Universidad Nacional de Colombia, Bogotá.
- Amstrong, N., & Murphy, E. (2008). Weaving meaning? An exploration of the interplay between lay and professional understandings of cervical cancer risk. *Social Science and Medicine*(77), 1074-1082. doi:- <http://dx.doi.org/10.1016/j.socscimed.2008.06.022>
- Angulo-Olaiz, F. (2009). The Role of Pap Smears in Negotiating Risk: Latinas' Perceptions of Trust and Love in Sexual Relationships with Men. *NWSA Journal*, 21(3), 166-190.
- Arango, L. G., & Molinier, P. (2011). El cuidado como ética y como trabajo. In L. G. Arango & P. Molinier (Eds.), *El trabajo y la ética del cuidado* (pp. 15-21). Medellín: La carreta editores.
- Balsamo, A. (1999). Public pregnancies and cultural narratives of surveillance. In A. E. Clarke & v. L. Olesen (Eds.), *Revisioning women, health and healing* (pp. 231-253). New York: Routledge.
- Barad, K. (2003). Posthumanist Performativity: Toward an Understanding of How Matter Comes to Matter. *Signs*, 28(3), 801-831. doi:10.1086/345321
- Bordon, S. (2001). El feminismo, la cultura occidental y el cuerpo. *Revista de estudios de género, La ventana*, 14, 7-81.
- Bowker, G. C., & Star, S. L. (1999). *Sorting things out: Classification and its consequences*. Cambridge: MIT Press.
- Braidotti, R. (2002). *Metamorfosis: Hacia una teoría materialista del devenir*. Madrid: Akal.
- Bryder, L. (2008). Debates about cervical screening: an historical overview. *Epidemiology and community health*, 62, 284-287.

- Calderón Jaramillo, M. (2017). Ontologías múltiples de los cuerpos femeninos en los discursos de los derechos sexuales y reproductivos. *Revista Colombiana de Sociología*, 40(1), 277-294. doi:<https://doi.org/10.15446/rsc.v40n1.61962>
- Callén, B. (2013). *La vejez electrónica: Hacia una ética del cuidado y la reparación (material)*. Ponencia presentada en el Encuentro de sociología ordinaria, Prado.
- Casper, M. J., & Clarke, A. E. (1998). Making the Pap Smear into the 'Right Tool' for the Job: Cervical Cancer Screening in the USA, circa 1940-95. *Social Studies of Science*, 28(2), 255-290.
- Castillo-Speulveda, J., Espejo, M., Tapia, J., Catalán, M., Toro, J., & Gálvez, M. (2017). Tecnologías, episteme y subjetivación en un régimen de garantías en salud. *Psicoperspectivas*, 16(3), 6-16.
- Chantziantoniou, N. (2014). Lady Andromache (Mary) Papanicolaou: The Soul of Gynecological Cytopathology. *Journal of the American Society of Cytopathology*, 3, 319-326. doi:- 10.1016/j.jasc.2014.08.004
- Chavez, L. R., McMullin, J. M., Mishra, S. I., & Hubbell, F. A. (2001). Beliefs Matter: Cultural Beliefs and the Use of Cervical Cancer-Screening Tests. *American Anthropologist*, 103(4), 1114-1129.
- Clarke, A. E. (2000). Maverick reproductive scientists and the production of contraceptives, 1915- 2000. In A. Rudinow Saetean, N. Oudshoorn, & M. Kirejczyk (Eds.), *Bodies of technology* (pp. 37-89). Columbus: The Ohio State University.
- Clarke, A. E., & Casper, M. J. (1996). From Simple Technology to Complex Arena: Classification of Pap Smears, 1917-90. *Medical Anthropology Quarterly*, 10(4), 601-623.
- Cortés García, C. M. (2007). *Programas para el Control del Cáncer de Cuello Uterino. Análisis Sociopolítico 1975-1995*. Tesis de maestría en Salud Pública, Universidad Nacional de Colombia, Retrieved from <http://www.bdigital.unal.edu.co/664/>
- Cortés García, C. M. (2016). *Representaciones sociales del cáncer de cuello uterino en mujeres Wayuu, en prestadores de servicios de salud y en tomadores de decisiónn del municipio de Uribia del Departamento de La Guajira, Colombia*. Tesis de doctorado en salud pública, Universidad Nacional de Colombia - Sede Bogotá, Retrieved from <http://www.bdigital.unal.edu.co/53097/>
- Cussins, C. (1996). Ontological Choreography: Agency through Objectification in Infertility Clinics. *Social Studies of Science*, 26(3), 575-610.

- De la Cadena, M. (2014). The politics of modern politics meet ethnographers of excess through ontological openings. Retrieved from <https://culanth.org/fieldsights/471-the-politics-of-modern-politics-meets-ethnographies-of-excess-through-ontological-openings>
- De Laet, M., & Mol, A. (2002). The Zimbabwe Bush Pump: Mechanics of a Fluid Technology. *Social Studies of Science*, 30(2), 225-263.
- Denis, J., & Pontille, D. (2014). Material ordering and Care of things. *Science, Technology & Human Values*, 1-30.
- Díaz Bustamante, R. (2011). *Lo que hay entre las piernas: Vivencias y formas de interpretar el cuerpo y la sexualidad femenina a través de la citología*. (Antropóloga), Pontificia Universidad Javeriana, Bogotá.
- Emerson, J. P. (2008). Behavior in private places: sustaining definitions of reality in gynecological examinations. *Recent Sociology*, 2, 74-97.
- Esteban, M. L. (2004). Antropología encarnada. Antropología desde una misma. *Papeles del CEIC*, 12, 1-21.
- Fausto-Sterling, A. (2006). Duelo a los dualismos y Sistemas de género: Hacia una teoría de la sexualidad humana. *Cuerpos sexuados* (pp. 11-46, 279-304). Barcelona: Melusina.
- Foucault, M. (2007 [2004]). "Clase del 17 de enero de 1979" y "Clase del 24 de enero de 1979". In *Nacimiento de la biopolítica* (pp. 43-92). México: Fondo de cultura Económica.
- Goffman, E. (2009 [1959]). Actuaciones. In *La presentación de la persona en la vida cotidiana* (pp. 31-92). Buenos Aires: Amorrortu.
- González Varela, S. A. (2015). Antropología y el estudio de las ontologías a principios del siglo XXI : sus problemáticas y desafíos para el análisis de la cultura. *Época*, XXI(42), 39-64.
- Gordon, L. (1990). Part III: From Women's rights to family planning. In *Women's Body, Women's right: a social history of birth control in America* (pp. 250-418). New York: Penguin.
- Haraway, D. (1999). The virtual speculum in the new world order. In A. E. Clarke & V. L. Olesen (Eds.), *Revisiting women, health and healing*. New York: Routledge.
- Haraway, D. J. (1995). Manifiesto para Cyborgs y Conocimientos situados: la cuestión científica en el feminismo y el privilegio parcial de la perspectiva. In E. Cátedra (Ed.), *Ciencia, cyborgs y mujeres. La reinención de la naturaleza* (pp. 251-346). Madrid.
- Ibáñez Martín, R. (2014). *Bad to eat? Empirical explorations of fat*. Universidad de Salamanca, Salamanca.

- Jasanoff, S. (2004). Ordering knowledge, ordering society. In S. Jasanoff (Ed.), *States of knowledges: the co-production of sciences and social order* (pp. 67-86): Routledge.
- Kreimer, P. (2013). Internacionalización y tensiones para un uso social. In O. Restrepo Forero (Ed.), *Ensamblando Estado* (pp. 437-452). Bogotá: Centro de Estudios Sociales, Universidad Nacional de Colombia.
- Laqueur, T. (1994). Sobre el lenguaje y la carne. In *La construcción del sexo. Cuerpo y género desde los griegos hasta Freud* (pp. 15-54). Madrid: Ediciones cátedra
- Latour, B., & Woolgar, S. (1995). *La vida en el laboratorio: La construcción de los hechos científicos*. Madrid: Alianza Editorial.
- Löwy, I. (2011). The Pap smear. In *A woman's disease: The history of cervical cancer* (pp. 79-107). Oxford: Oxford University Press.
- Luna-Blanco, M. A., & Sánchez-Ramírez, G. (2014). Posibilidades sociales de prevención de la infección por virus del papiloma humano y de cáncer cervicouterino en San Cristóbal de Las Casas, Chiapas, México Estudios Sociales y Humanísticos. *Estudios Sociales y Humanísticos*, XII(2), 67-80.
- Lupton, D. (2003 [1994]). *Medicine as Culture*. London, Thousand Oaks, New Delhi: Sage Publications Ltd.
- Manrique Sánchez, A. E. (2013). *Más allá de un cuerpo saludable: Construcciones de género y riesgo a partir de la Citología cervico-uterina en mujeres de Suba, Bogotá*. Tesis de sociología, Universidad del Rosario, Bogotá.
- Martin, A., Myers, N., & Viseu, A. (2015). The politics of care in technoscience. *Social studies of science*(Think with care in science and technology studies), 1-17.
- Martin, E. (2001). The familiar an the exotic. Fragmentation and gender. Medical metaphors of Women's bodies: Menstruation and menopause. Medical metaphors of Women's bodies: Birth. Birth, resistance, race and class. The embodiment of opposition. In *The woman in the body, a cultural analysis of reproduction* (pp. 3-70, 139-155, 194-205). Boston: Beacon press.
- Martínez Medina, S. (2016). Hacer arteria carótida en el Laboratorio de Anatomía. Práctica y materialidad en una asignatura de medicina. *Revista Colombiana de Sociología*, 39(2), 31-47.
- Mol, A. (2002). *The body multiple: ontology in medical practice*. Durham, NC: Duke University Press.

- Mol, A. (2008). *The logic of care: Health and the problem of patient choice*. New York: Routledge.
- Mukherjee, S. (2012). Una Telaraña. In *El emperador de todos los males: Una biografía del cáncer* (pp. 357-379). Bogotá: Taurus.
- Murphy, M. (2012). *Seizing the means of reproduction. Entanglements of feminism, health, and technoscience*. Durham, NC: Duke University Press.
- Olarte-Sierra, M. F., Díaz del Castillo, A., Pulido Ronchaquiro, N., Cabrero Villota, N., & Suárez Montañez, R. (2013). Verdad e incertidumbre en el marco del conflicto armado en Colombia: Una mirada a los sistemas de información como prácticas de memoria. *Universidad humanística*(79), 233-254.
- OPS, O. (2014). *Control integral de cáncer cérvicouterino: Guía de prácticas esenciales*. Washington: OPS.
- Oudshoorn, N. (2005). *Beyond the natural Body*. New York: Tylor and Francis.
- Oudshoorn, N., & Pinch, T. (2003). Introduction: How users and non-users matter. In N. Oudshoorn & T. Pinch (Eds.), *How users matter: the co-construction of users and technologies* (pp. 1-25). Cambridge: MIT press.
- Papadopoulos, D. (2018). *Experimental Practice. Technoscience, Alterontologies, and More-Than-Social Movements*. Durham: Duke University Press.
- Pickering, A. (1995). *The Mangle of Practice: Time, Agency and Science*. Chicago: The University of Chicago Press.
- Puig de la Bellacasa, M. (2011). Matters of care in technoscience: Assembling neglected things. *Social studies of science*, 41(85), 85-106.
- Puig de la Bellacasa, M. (2017). *Matters of care: Speculative Ethics in more than human worlds*. Minneapolis: University of Minnesota Press.
- Pérez-Bustos, T. (2016). Embodying a Caring Science: An ethnographic analysis of the communicative practices of a Colombian Trans-women scientist in the Media. *Universitias Humanística*(81), 429-459.
- Pérez-Bustos, T., Olarte, M. F., & Díaz del Castillo, A. (2012). Working with care: Narratives of invisible women scientists practicing forensic genetics in Colombia. In E. Medina, I. da Costa Marques, & C. Holmes (Eds.), *Beyond imported magic: Essays on Science, technology, and society in Latin America* (pp. 67-83). Boston: MIT.
- Pérez-Bustos, T., Tobar-Roa, V., & Márquez-Gutierrez, S. (2016). Etnografías de los contactos. Reflexiones feministas sobre el bordado como conocimientos

- Antípoda Revista de antropología y arqueología*, 26, 47-66.
- Rose, H. (1983). Hand, Brain, and Heart: A feminist epistemology for Natural Sciences. *Signs*, 73-90.
- Rudinow Saetnan, A. (2000). Women's involvement with reproductive medicine: introducing sharing concepts. In A. Rudinow Saetean, N. Oudshoorn, & M. Kirejczyk (Eds.), *Bodies of technology* (pp. 1-30). Columbus: The Ohio state University.
- Schiebinger, L. (1987). Skeletons in the closet: The first Illustrations of the female skeleton in Eighteenth-Century anatomy. In *Gallagher, Catherine Laqueur, Thomas* (pp. 42-82). Berkeley: University of California Press.
- Scott, J. W. (1999 [1986]). El género: una categoría útil para el análisis histórico. In M. Navarro & C. Simpson (Eds.), *¿Qué son los estudios de mujeres?* Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica, México.
- Shapin, S. (1984). Pump and circumstance: Robert Boyle's Literary Technology. *Social Studies of Science*, 14, 481-520.
- Singleton, V., & Michael, M. (1993). Actor-Networks and Ambivalence: General Practitioners in the UK Cervical Screening Programme. *Social Studies of Science*, 23(2), 227-264.
- Smith, D. E. (2005). *Institutional Ethnography: a sociology of people*. United States of America: AltaMira Press.
- Teixeira, L. A., & Löwy, I. (2011). Imperfect tools for a difficult job: Colposcopy, 'colpocytology' and screening for cervical cancer in Brazil. *Social Studies of Science*, 41(4), 585-608.
- Van Oost, E. (2003). Materialized gender: How shavers configure the users' femininity and masculinity. In N. Oudshoorn & T. Pinch (Eds.), *How users matter: The co-construction of users and technologies* (pp. 193-227). Cambridge: MIT Press.
- Viveros, M. (1996). Saberes y dolores secretos: Mujeres, Salud e identidad. In L. G. Arango, M. León, & M. Viveros (Eds.), *Género e identidad: Ensayos sobre lo femenino y lo masculino* (pp. 149-167). Bogotá: Tercer Mundo Editores, Ediciones Uniandes, Universidad Nacional de Colombia.
- Wall, L. L. (2018). *Tears for my sisters: The tragedy of obstetric fistula*. Baltimore: John Hopkins University Press.
- Wiesner-Ceballos, C., Vejarano-Velandia, M., Caicedo-Mera, J., Tovar-Murillo, S., & Cendales-Duarte, R. (2006). La Citología de Cuello Uterino en Soacha, Colombia:

Representaciones Sociales, Barreras y Motivaciones. *Revista de Salud Pública*, 8(3), 185-196.

Wilson, E. A. (2015). *Gut Feminism*. Durham: Duke University Press.

Woolgar, S., & Lezaun, J. (2013). The wrong bin bag: A turn to ontology in science and technology studies? *Social Studies of Science*, 43(3), 321-340.