

Pontificia Universidad Javeriana
Facultad de Ciencias Sociales
Carrera de Antropología

*“Lo que hay entre las piernas: vivencias y formas de interpretar el cuerpo y la sexualidad
femenina a través de la citología”*

Trabajo presentado para optar por el título de Antropóloga

Por: Raquel Díaz Bustamante

Dirigido por:

María Yaneth Pinilla Alfonso

Bogotá, Enero de 2011

TABLA DE CONTENIDO

	Número de página
Agradecimientos	3
Introducción	4
Antecedentes	7
Objetivos	15
Marco Teórico	16
Metodología	28
Resultados	35
Primera parte	36
Segunda parte	58
Conclusiones	71

ANEXOS

Anexo I: Cuestionario guía utilizado en la realización de los grupos focales

Anexo II: Cuestionario guía utilizado en las entrevistas semi-estructuradas con personal de salud.

Anexo III: Consentimiento informado

Agradecimientos

Son muchas las personas de las cuales he recibido ayuda, apoyo y orientación durante la elaboración de este trabajo, por lo tanto mi mejor deseo y sentimiento es dejar constancia aquí de mi agradecimiento a todas ellas. En primera instancia, quisiera agradecer a todos los profesores del énfasis de la salud, quienes con sus enseñanzas, enfoques, y orientaciones, contribuyeron en el desarrollo de este proyecto y en el futuro de mi profesión. A 'Mariaya', mi tutora de trabajo de grado, le agradezco por su infinita paciencia, sus sugerencias, y orientaciones, que permitieron la concretización de este proyecto. Ella fue una fuente motivación muy grande que no me dejó desistir de la idea de realizar este proyecto. A 'Mercedes' siempre le agradeceré, el haberme permitido establecer contacto con la mayoría de las mujeres que participaron en esta investigación. También agradezco a todas las enfermeras, ginecólogos/as, quienes con sus explicaciones y algunas sugerencias bibliográficas, me ayudaron a comprender de manera más clara las implicaciones del proceso de hacerse una citología. Siempre estaré muy agradecida con las mujeres que participaron en esta investigación, quienes a través de sus relatos y sus vivencias, le dieron voz y vida, al examen de la citología cérvico uterina. Aunque, este examen muchas veces no paso de ser más allá que un examen de rutina para la mayoría de hombres y mujeres con los que tuve la oportunidad de conversar sobre mi proyecto, ellas y sus comentarios permitieron realizar un acercamiento más profundo a la manera en que una mujer vive un examen, y lo que significa e implica hacerse el examen, en el contexto de sus vidas. A mí tía siempre le agradezco y le agradeceré de por vida el haberme brindado el calor de hogar que nunca llegué a tener en Australia. A mi madre, le doy infinitas gracias haber hecho a un lado sus obligaciones en Cali, y el darme el gusto de volver a vivir con ella después de tantos años por fuera de casa, durante el proceso de ejecución y escritura de este proyecto. A mi padre, nunca podré agradecerle lo suficiente, por su enorme paciencia y por siempre haberme apoyado en mi loca idea de ser 'mitad bióloga' con título de antropóloga. A mi hermano, por acompañarme a trasnochar. A todos mis amigos les agradezco por su motivación y su grata compañía en los momentos más complicados y desesperados de estos tres años. Ellos son testigos del esfuerzo físico y emocional que invertí a la concretización de esta meta. Finalmente, mi fe se puso a prueba con la ejecución y entrega de este proyecto, y si no fuera por las cadenas de oración de mis tías y tíos, yo no hubiera vuelto a creer. Por eso a todos mis familiares y amigos, sin excepción alguna: ¡Mil gracias por esperar!

Introducción

¿Cómo viven las mujeres una citología cérvico uterina? Este ha sido un cuestionamiento que durante el primer semestre del año 2009, permitió la realización de un primer trabajo de investigación por medio del cual, tuve la oportunidad de entrevistar a varias mujeres para tratar de abordar y plasmar desde las voces de las mujeres, la manera en que se realiza este examen. Este primer acercamiento al tema, me permitió comprender como la citología no es un examen cualquiera, y que puede ser comprendido como un proceso simbólico en donde el cuerpo y la sexualidad femenina, van a ser explicados e interpretados tanto por las mujeres como para el personal de salud, de manera subjetiva.

Esto terminó por estimular mi ‘curiosidad antropológica’ y para el segundo semestre del año 2010, la citología cérvico uterina se convertiría en el tema principal de mi trabajo de grado. De este modo, la siguiente investigación de corte cualitativo, tiene como objetivo principal recuperar las voces y las vivencias de un grupo de mujeres de la ciudad de Bogotá, en torno a la citología cervical. Con el fin de lograr captar lo anterior, se utilizó como estrategia metodológica la realización de grupos focales o entrevistas grupales (Mucchielli, 1996), los cuales permitieron crear un espacio de encuentro y de debate entre las mujeres participantes.

Las mujeres que dan vida al proceso de la citología a través de sus relatos, fueron seleccionadas bajo dos criterios: estar afiliadas al régimen contributivo y subsidiado del sistema de salud colombiano y tener edades entre los 15 y los 55 años de edad¹. Esto permitió reconstruir los pasos que deben realizar estas mujeres a la hora de hacerse el examen, y a la vez, ayudo a situar estos eventos dentro del contexto del sistema de salud en Colombia. Además, facilito evidenciar los significados que adquieren la citología, según estos criterios, y la etapa de vida de estas mujeres.

¹ Según la bibliografía médica consultada, las mujeres entre estas edades son las que más acceso tienen a la prueba.

Durante el diseño de este trabajo de grado, inicialmente no se tuvo en cuenta la participación del personal de salud encargado de realizar el examen, pero se hizo necesario realizar entrevistas semi-estructuradas con estos, pues a medida que progresaba la investigación, se hizo esencial incorporar estos relatos con el fin de comprender y profundizar en varios de los aspectos que componen el examen citológico.

El marco teórico incluido en este trabajo, se encuentra conformado por las categorías de cuerpo, sexualidad, salud y género y salud sexual y reproductiva. La construcción del mismo, contó con una revisión bibliográfica de varios autores tanto del área médico-epidemiológica como de las ciencias sociales, y de los cuales se destacaron los trabajos de la historiadora Ludmilla Jordanova, la socióloga y enfermera Vicky Singleton, filósofos post-estructuralistas como Michel Foucault y feministas como Judith Butler, entre otros.

Los resultados de la investigación, han sido divididos en dos partes. El primer aparte, corresponde a la reconstrucción de los cinco pasos que componen el proceso, por medio de los relatos de las mujeres, obtenidos a través de los grupos focales. De este modo, el primer paso hace alusión a la manera como las mujeres fueron introducidas al tema de la citología, y el proceso administrativo que deben llevar a cabo para solicitar una cita; el segundo paso se refiere al tipo de preparación previa (de carácter médico y/o personal) que deben llevar a cabo las mujeres con el fin de hacerse el examen; en el tercer paso las mujeres narran lo ocurrido dentro del consultorio médico durante la toma de la muestra; el cuarto paso se refiere a la entrega del resultado y la incidencia de este paso en sus vidas; y finalmente, el quinto paso mostrará como las mujeres perciben la repetición de todos estos pasos, en sus siguientes citologías.

El segundo aparte, corresponde a las apreciaciones y comentarios del personal de salud, con respecto a las vivencias de las mujeres. Con el fin de explicar y profundizar algunos aspectos de los pasos nombrados anteriormente, esa sección se encuentra estructurada a partir de los mismos puntos. Esta parte permitirá al lector, comprender mejor el mecanismo por el cual funcionan los trámites administrativos que deben realizar las mujeres para hacerse el examen, las estrategias utilizadas actualmente para promocionar la toma del examen, la finalidad y el uso de ciertas técnicas e instrumentos dentro de la práctica.

También se discutirá sobre el tipo de barreras emocionales o administrativas que están impidiendo el acceso de las mujeres al examen.

Cabe aclarar que este trabajo de grado no se centra en el análisis de las campañas de prevención e investigaciones sobre cáncer de cuello uterino en términos biomédicos, sino en las vivencias y experiencias subjetivas de las mujeres, que servirán para mostrar e ilustrar al lector/lectora, la manera como las mujeres vivimos el examen de la citología. Si bien esta prueba puede ser el único medio para detectar lesiones por ETS o cáncer cervical, pero no necesariamente hace alusión a una **única vivencia** y por el contrario, se expresa de manera diferente en el sentir y vivir del cuerpo y la sexualidad de cada mujer.

Finalmente, la intención de este proyecto también se fundamenta en la necesidad de mostrar como nuestra “curiosidad antropológica”, puede remitirnos y permitirnos trabajar, en otros campos de acción como el de la medicina y/o la salud pública, demostrando como la antropología tiene gran relevancia a la hora de entender la manera en que los seres humanos se relacionan con la salud, los procesos administrativos de los sistemas de salud y la enfermedad.

Antecedentes

La citología cérvico uterina se ha establecido dentro del espacio biomédico, como un examen de rutina para todas las mujeres adultas o con vida sexual activa. A través del tiempo, este examen se ha ido posicionando como una estrategia de prevención secundaria del cáncer de cuello uterino (CaCU)², porque permite realizar un diagnóstico temprano -o tardío- de esta enfermedad.

Los orígenes de esta prueba se remontan a principios del siglo XX cuando varios investigadores se dieron al estudio de un tipo de “neoplasia cervical”³, que ocasionaba cambios celulares en el útero femenino (Casper & Clarke, 1998). Sin embargo, sería el médico y zoólogo griego -*George Papanicolaou*- quien desarrollaría el método por el cual, se podían encontrar cambios celulares que indicaban lesiones de cáncer, a través de la exfoliación de las células del cuello uterino (o de cualquier otro órgano del cuerpo) (Ibíd., 1998).

En un comienzo la ‘Prueba de Papanicolaou’⁴, no fue bien recibida por la comunidad médica por la complejidad de realizar el proceso de examinar los órganos genitales de las mujeres debido a los ideales morales de la época (Casper & Clarke, 1996). Pero a partir de 1940 se daría inicio al entrenamiento de profesionales en la toma de citologías, y gracias a médicos como Arthur Holleb, esta práctica daría la vuelta al mundo al promocionarse como un método simple y de bajo costo (Casper & Clarke, 1998). A pesar de la rápida difusión de la citología cérvico uterina a escala mundial durante la segunda mitad del siglo, los números de muerte a causa de CaCU siguieron en aumento (Cronjé, 2005), considerado este suceso como un problema de salud pública en la década de los 90’s.

² Se considera la citología como una estrategia de prevención secundaria, porque no previene el CaCU, sólo evidencia las lesiones que pueden llevar al diagnóstico de la enfermedad.

³ Neoplasia cervical intraepitelial es el término médico que hace alusión al crecimiento anormal de las células del cuello uterino, que en ocasiones señalan la división pre-cancerosa de las mismas.

⁴ Otra forma de nombrar la citología cérvico uterina

El elevado número de muertes de mujeres a causa del CaCU en el mundo, motiva su inclusión en la agenda de la Conferencia Internacional de Población y Desarrollo realizada en El Cairo en 1994, con la cual se promovió reflexiones, acciones, y programas que tuvieran un papel central en el cuidado de la salud de las mujeres (Stern & Figueroa, 2001). Las recomendaciones de la Conferencia, junto con iniciativas locales y regionales han fomentado la regulación y el empleo de la toma de la citología en la mayoría de países alrededor del mundo, a través de protocolos de atención en el espacio de salud.

A pesar de los avances en fomentar el acceso y la toma de la citología, durante la primera década del siglo XXI se encontraron 529.409 nuevos casos de CaCU alrededor mundo, de los cuales 274.883 terminaron en muerte (WHO/ICO; 2010). Según datos de la *Agencia Internacional de investigación del Cáncer* (2010), los estimados más recientes sobre las cifras de CaCU a nivel mundial correspondientes al año 2008, muestran que el 86% de las muertes tuvieron lugar en países en vías de desarrollo (Tan sólo en América Latina y el Caribe se produjeron 31.700 muertes) (IARC- GLOBOCAN, 2010).

La citología cérvico uterina en el sistema de salud colombiano

La preocupación por la salud de las mujeres colombianas a principios del siglo XIX responde a la lógica de las mujeres como reproductoras de la sociedad colombiana, en este sentido se privilegia la atención del embarazo, del parto y del cuidado de los hijos y la familia (Quevedo, 1993. Jordanova, 1995. Plata, 1995, Restrepo 2006)

Uno de los elementos que llamaría la atención sobre la salud de las mujeres, un poco más allá de la reproducción, fue el incremento de las tasas de mortalidad femenina a causa del cáncer de matriz, útero, y cuello uterino. Al respecto se consideraba como estas se debían a que las mujeres sentían pudor y temor de ser examinadas por un médico, de tal manera que los diagnósticos y tratamiento no se lograban a tiempo: “Durante medio siglo se sostuvo que el cáncer [de útero] era más frecuente entre las mujeres – en el 75% de los casos- (...) su prevención se ciñó al diagnóstico precoz, a propagar la práctica de los chequeos médicos regulares, vencer el pudor femenino y convencer a las mujeres [de ser examinadas] (...) Desde entonces se consideró que la moderación en las relaciones sexuales es un factor

preventivo importante y la iniciación sexual temprana la causa primordial del mal” (C-2929 en Pedraza, 1999; 167).

Actualmente, la literatura médica considera que factores como el consumo de cigarrillo, ser madre multi-gestante, el uso prolongado de pastillas anticonceptivas, llevar una mala alimentación, el inicio de vida sexual a temprana edad⁵, y la “promiscuidad” de la mujer o de su pareja, favorecen la posibilidad de tener CaCU (Franco, 1991; Mangoma et al., 2006; Muñoz en WHO/ICO, 2010). En términos generales se considera que el factor más determinante para desarrollar esta enfermedad, la infección ocasionada por el Virus de Papiloma Humano (VPH), el cual es transmitido a través de las relaciones sexuales⁶.

Las primeras actividades para el control del cáncer de cuello uterino y cáncer de seno, que se llevaron a cabo en país, fueron motivadas por las Naciones Unidas y la propuesta de la “Década de la mujer” (Cortes, 2007). Fue así como los primeros programas de tamizaje encaminados a atender *exclusivamente* a mujeres que habían sido diagnosticadas con cáncer de cuello uterino, fueron lanzados entre los años 1975 y 1986 y entre 1990- 1995, con el objetivo de “(...) movilizar la opinión de las autoridades responsables del control del cáncer y de la opinión pública, con el fin de consolidar el tema del CaCU como un asunto de interés público buscando reducir la enfermedad y muerte de las mujeres, y motivar a las personas con la enfermedad desarrollada a recibir atención y un manejo apropiado” (Ibíd., 2007; 59).

A mediados de la década de los 90’s, varios movimientos sociales y académicos alrededor del mundo comenzaron a llamar la atención sobre los graves problemas de salud pública que atacaban a la población femenina, entre los más destacables era el cáncer de cuello

⁵ Lo cual ha hecho necesario coincidir la toma de las citologías cérvico- uterinas, con el inicio de la vida sexual (Herrero, 2008).

⁶ Existen alrededor de 50 tipos diferentes del virus del papiloma humano, pero tan solo 15 de ellos han sido vinculados al cáncer cervical (Pollack et al., 2006). En este momento se encuentran vacunas con una eficacia del 100% para atacar los serotipos 16 y 18 del virus (De la Hoz et al., 2009), sin embargo, los problemas que plantea son la edad y el acceso a la vacuna. Para el caso de las mujeres adultas o que han empezado una vida sexual, el mejor método para identificar lesiones celulares de este tipo sigue siendo la citología cérvico uterina.

uterino y la posibilidad de poner a disponibilidad de todas las mujeres, los métodos de diagnóstico y tratamiento destinados para esta causa (Salles & Tuirán, 2001).

Inspirada en la anterior propuesta, en el año de 1992, el estado colombiano lanza el programa de “*Salud para las Mujeres, Mujeres para la Salud*”, a través del cual se reconoce por primera vez en Colombia que el cáncer de seno y el cáncer cervical, son problemas de salud pública que requerían de atención urgente por parte del gobierno y sus instituciones y cuyos tratamientos debían estar a disposición de toda la población femenina (Plata et al, 1995), sin embargo, esta política dejaría de funcionar con la reforma al sistema de salud colombiano que se llevo a cabo a través de la Ley 100 de 1993.

Bajo la Ley 100 el acceso a los servicios de salud, incluyendo la citología se hace a través del régimen de afiliación; subsidiado, contributivo o vinculado⁷. Uno de los cambios más significativos entre el sistema anterior y el vigente en lo que respecta a la citología, según una de las ginecólogas entrevistadas, es que en el primer nivel de atención la citología deja de ser practicada exclusivamente por ginecólogos y ginecólogas⁸, para pasar a manos de auxiliares de enfermería, “*Generalmente cuando una mujer entraba a entrevista conmigo y hacía el chequeo ginecológico completo, se le explicaba sobre el procedimiento; pero desde la Ley 100, se empezó a exigir que si la citología no estaba autorizada, no se podía tomar, que la auxiliar de enfermería era quien podía tomarla, que porque no facturaba*”.

En el actual sistema de salud la toma de la citología, es una actividad que forma parte de la Norma técnica para la detección temprana del cáncer de cuello uterino y guía de atención de lesiones de cuello uterino que forman parte de la resolución 412 del año 2000, denominadas *Guías para la promoción y prevención de enfermedades en salud pública*⁹

⁷ El vinculado no es considerado un régimen, bajo este criterio son atendidas las personas que no se encuentran ni en el subsidiado, ni en el contributivo.

⁸ En los siguientes niveles de atención II y III las citologías como otros exámenes que comparten la misma técnica y dinámica son realizadas por personal más especializado

⁹ A través de la cual“(…) se adoptan las normas técnicas de obligatorio cumplimiento en relación con las actividades, procedimientos e intervenciones de demanda inducida para el desarrollo de las acciones de protección específica y detección temprana y las guías de atención para el manejo de las enfermedades de interés en salud pública, a cargo de las Entidades Promotoras de Salud, Entidades Adaptadas y Administradoras del Régimen Subsidiado” (Ministerio de Salud, 2000; 1).

(2000). Según esta norma, la toma de la citología es para todas las colombianas y su reglamentación tiene como objetivo “Identificar oportunamente lesiones preneoplásicas y neoplásicas del cuello uterino, orientar a las mujeres afectadas hacia los servicios de diagnóstico definitivo y definir de manera adecuada y oportuna el tratamiento, tendiente a incrementar las posibilidades de curación y el tiempo de sobrevivencia” (Min. De Salud, 2002; 6).

La guía sugiere hacer la búsqueda para cáncer de cérvix uterino en mujeres sexualmente activas que no hayan sido hysterectomizadas. Asimismo, se considera que las mujeres ancianas (mayores de 65 años)¹⁰ no activas sexualmente y con tres citologías previas negativas, presentan poco beneficio de búsqueda de esta neoplasia (Min. de la Protección Social, 2010; 175). En el 2003 se promulgó la política de Salud Sexual y Reproductiva en ella se contempla la tarea de sensibilizar a jóvenes adolescentes y a mujeres entre los 25 y 69 años, sobre la importancia de la realización de citologías periódicas, a partir de campañas y programas diseñados para que *todas* las mujeres afiliadas a ambos regímenes de atención, puedan tener fácilmente acceso a la prueba (Min. Protección Social, 2003).

En Colombia se observa que las mujeres entre los 25 a 44 años son las que más se realizan la citología anualmente, para el año 2009 este grupo de edad registró un promedio de 12.687 citologías, y le siguen mujeres entre los 45 y 64 años de edad con un promedio de 8.106 citologías (Liga contra el cáncer, 2009). Durante el año 2008, se estimaron 4.736 casos de citologías positivas¹¹, de los cuales 2.154 terminaron en decesos (IARC, 2010).

Respecto de Bogotá, se encontró como durante los años 2002 y 2006, se produjeron 747 casos de CaCU (INC, 2008). Sin embargo, otros estudios han realizado una estimación del número de casos de citologías positivas que podrían darse anualmente, llegando a la conclusión que el CaCU “(...) mata entre 250 y 350 mujeres cada año en la ciudad,

¹⁰ Las guías han estipulado que se debe practicar el Test de Papanicolaou anualmente hasta la edad de los 69 años, y si los exámenes previos fueron negativos, entonces se deduce que ya no hay factores de riesgo para desarrollar cáncer de cérvix (Min. de la Protección Social, 2010).

¹¹ Forma de nombrar una citología que reporta una anomalía celular.

mientras que se producirían entre 500 y 1.000 casos nuevos” (De la Hoz et al., 2009). Según Wiesner et al. (2010), existen muy pocos trabajos publicados en Colombia donde se evaluó el seguimiento de los casos y de las mujeres que han reportado una anomalía citológica, pero además, esto se suma al hecho de que cada institución que presta este servicio, tiende a manejar cifras diferentes y aisladas de las demás, lo que ha hecho difícil la labor de comparar y estimar, valores más seguros y recientes.

Aunque gran parte de la producción bibliográfica del tema de la citología cérvico uterina se ha generado dentro de áreas de conocimiento como la medicina, la citopatología, la epidemiología, la histología, la enfermería, algunas de estas investigaciones están optando actualmente por un enfoque cuantitativo y cualitativo que les permita entender el porqué las mujeres dejan de hacerse el examen (Seow et al., 2000; Radecki et al. 2001; Pollack et al., 2006; Din- Ling et al., 2010). En Colombia se encuentra una amplia bibliografía destinada a comprender el tema de la citología cérvico- uterina, desde un enfoque epidemiológico y cualitativo que busca dar a conocer como es concebida la citología desde la perspectiva de los actores de salud (Wiesner et al., 2009); y la accesibilidad a los servicios de salud por parte de las mujeres (Lucumí et al., 2004; Zea et al., 2006; Piñeros et al., 2007); y como el examen puede ser entendido como una herramienta para validar los derechos humanos de las mujeres, dentro del contexto de la salud (Wiesner et al., 2008).

En las Ciencias Sociales, a partir de la década de los 90's (cincuenta años después de la difusión del examen) se ha comenzado a problematizar el tema de la citología cérvico uterina. La mayoría de estas investigaciones, han rescatado el enfoque de género con el fin de comprender como el cuerpo de la mujer, su sexualidad, y la reproducción, son concebidos dentro del espacio médico y desde el personal de salud. Algunos de estas investigaciones dan cuenta en sus análisis de la incidencia del discurso biomédico en la construcción y el ejercicio de la feminidad, el significado de 'ser mujer', y la forma en que esta tecnología médica interviene dentro la cotidianidad femenina (Haraway, 1995; Bush, 2001).

Algunos de estos trabajos se han dado a la tarea de recrear el contexto histórico en el cual surge la citología, los diferentes actores sociales, normas, técnicas, entre otros, y los diferentes cambios técnicos que han terminado por moldearlo (Casper & Clarke, 1996). Sin embargo, sería el trabajo realizado por la socióloga y enfermera Vicky Singleton (1996), uno de los primeros intentos por separarse del análisis epidemiológico asignado al examen, para comenzar a reconstruir los significados que tiene la citología en la vida de las mujeres afiliadas al Sistema Nacional de Salud inglés y así, tratar de responder si la citología debe entenderse como un tipo de ritual donde todas las mujeres deben acceder en un momento de sus vidas, o del cual pueden prescindir al imponer su autoridad (Singleton, 1996).

Posterior al trabajo de Singleton, las investigaciones de Mangoma et al., 2006; Chávez et. Al, 2001, sobre las creencias y/o imaginarios creados por las mujeres alrededor del uso de la citología cérvico uterina y el cáncer de cuello uterino, encontraron que muchas de ellas prefieren recurrir a la sanación del cáncer de cérvix a partir de encantamientos o remedios caseros, en vez de la toma de una citología. Esto se da debido a que muchas no tienen los recursos económicos necesarios para acceder a una citología, por la imposibilidad de promocionar el examen en áreas rurales, la incidencia de imaginarios u otras formas de manejo del cuerpo. En este caso, las participantes practican estos remedios caseros regularmente como una forma de preparación para el examen o para asear sus genitales en caso de presentarse alguna molestia (Ibíd., 2006).

En el caso Colombiano, la investigación sobre citología se ha realizado privilegiando el enfoque epidemiológico, es el caso de la investigación realizada por la antropóloga Diana Cortes (2007) quien analiza los procesos de construcción de los programas para el control del cáncer de cuello uterino en el país, desde este tipo de enfoque. Tras realizar una amplia revisión bibliográfica sobre el tema de la citología en el país, no se encontró investigaciones que dieran cuenta de experiencias y voces de las mujeres en torno al examen y como este incide en sus vidas. Esta ausencia de información, así como las muertes por CaCU, me motivaron en el primer semestre del 2009 a plantear esta problemática como un trabajo de investigación, dentro de la materia de 'Antropología y

Salud Pública', y en este ejercicio, el objetivo era indagar las vivencias de un grupo de mujeres, con la citología.

Julia de 50 años nos dice:

“Eso es... se siente... es bastante molesto, porque es como un dolorcito que no es que lo vaya a matar a uno, pero si es bastante molesto... eso... el aparato ese cómo que le llega y le absorbe el útero, y lo saca. Eso es lo que siente uno, como que lo saca y yo creo que eso lo voltea”

Por su parte Irene de 92 años afirma:

“¡En mis tiempos no hacían citologías! Nada de eso. ¡Noo! Pero ya vieja me tocó y fue horrible... porque uno era tan penoso, y todo eso, me parecía a mí terrible, pero pues tuve que hacerlo”

Este primer acercamiento permitió evidenciar que para el grupo de mujeres entrevistadas, el examen no es sencillo, como el discurso médico sostiene. Cada mujer tiene una concepción y experiencia diferente de la citología y este puede llegar a incidir de una u otra manera sobre sus vidas, sus cuerpos y sexualidades. Es así como las mujeres y sus vivencias me llevaron a problematizar la citología e indagar por *¿Cuáles son las vivencias de las mujeres frente a la citología, y cómo esta práctica incide en la manera cómo viven su cuerpo y su sexualidad?*

Es así como la presente investigación desea recuperar las voces de las mujeres en el contexto de la citología vaginal, con el fin de indagar y destacar la forma en que las mujeres viven y sienten la citología, y la incidencia de ésta y del discurso médico, en la manera en que ellas conciben su cuerpo y su sexualidad.

“El contenido del significado ‘mujer’ es el contenido de la vida de las mujeres” (MacKinnon, 2006; 193). Es así como *‘lo que hay entre las piernas’* cobra un sentido particular, al presentarlo como un lugar del cuerpo sobre el cual se tejen vivencias y formas de entender la vida de las mujeres, dentro de un contexto particular.

Objetivos

Objetivo general

Indagar las vivencias y experiencias de un grupo de mujeres en torno al examen de la citología vaginal, y comprender la incidencia de este en la forma como ellas interpretan su cuerpo y su sexualidad.

Objetivos específicos

- Analizar la incidencia del discurso biomédico, utilizado en las citas ginecológicas por el personal de salud, sobre la vida sexual y reproductiva de las mujeres.
- Identificar en las vivencias de las mujeres elementos que favorecen o desfavorecen la toma de la citología.

Marco Teórico

La citología cérvico uterina emergió como una herramienta de diagnóstico para prevenir la incidencia del cáncer cervical entre las mujeres, sin embargo, el proceso en su conjunto contiene una fuerza simbólica, que aprisiona y controla el cuerpo y la vida de las mujeres, a través del discurso médico, cuya fuerza individual y colectiva ha construido una idea de cuerpo, de sexualidad, de la relación entre género y salud y de salud sexual y reproductiva. Elementos que consideramos como las categorías que permitirán articular teóricamente la presente investigación.

Cuerpo

El surgimiento del cuerpo de la mujer como sujeto de estudio de la medicina ha sobrellevado un proceso complejo de análisis y conversión. Tal como lo muestran los trabajos de las historiadoras Ludmilla Jordanova (1998) y Libia Restrepo (2006), la sexualidad de la mujer centrada en función de la maternidad, ha jugado un papel importante a la hora de definir la corporalidad femenina; es así como para el ‘aristotelismo’ el cuerpo femenino es un organismo incompleto y débil, el cual de manera misteriosa permitía la procreación de la especie humana: “Solo por la matriz es la mujer lo que es” (Van Helmont en Witkowski en Restrepo, 2006).

De igual manera la medicina ha representado a las mujeres de maneras diferentes según el momento histórico. Así (...) la gineco-obstetricia aparece en el siglo XVIII, cuando “se inventa la mujer” como un ser con derechos, con un cuerpo, parte del ‘binomio indispensable para la reproducción humana’ (Tovar, 2004; 259). Esta ‘invención’ del cuerpo de la mujer dentro del espacio médico, se hace a través de la medicalización de prácticas relacionadas con el embarazo y las labores de parto, que pasaría a ser regulado por los estados modernos a través de lo que el filósofo Georges Canguilhem (2004) ha definido

como las ‘políticas de los cuerpos’, y en términos de Michel Foucault (2004) tiene que ver con el ejercicio de la biopolítica¹².

Sin embargo, los sociólogos Scully & Bart (1973) señalan como la construcción del concepto de reproducción obligaría a los médicos a no ignorar el hecho de que tanto el cuerpo de la mujer y el del hombre, poseen un componente sexual importante a la hora de impulsar dichas políticas.

Para la teórica feminista Sandra Nicholson (2003) este momento en la historia de la medicina, permitiría que los genitales femeninos y sus funciones, comenzaran a ser nombrados e incluidos dentro de los saberes científicos sirviendo para promover, el control corporal de la mujer en términos de su reproducción: “Los órganos que habían compartido un nombre –ovarios y testículos- pasaron a distinguirse lingüísticamente. Los órganos que no se habían diferenciado por un nombre propio – la vagina, por ejemplo- se nombraron con uno solo” (Nicholson, 2003; 58).

Por su parte, el sociólogo Robert Hanh (1987) señala como estas nuevas formas de conocimiento coinciden con el surgimiento de la ginecología durante la segunda mitad del siglo XIX, produciendo un cambio dentro de la literatura médica al introducir el tema de la corporalidad femenina. No obstante, el cuerpo de la mujer no solo sería descrito en términos anatómicos, sino también a través de la personificación de virtudes morales y vicios asociadas a su función de madre y reproductora de la sociedad (Jordanova, 1989).

Dentro de este contexto, el cuerpo de la mujer podría ser entendido como lo denomina Emily Martin (2001) ‘*máquina reproductora*’, término que hace referencia a la manera como los cuerpos de las mujeres han sido concebidos y contruidos dentro del espacio médico, a partir de un modelo de masculino o patriarcal, comparando constantemente los cuerpos de hombres y mujeres, a través del uso de metáforas, prejuicios, estereotipos,

¹² “(...) el conjunto de mecanismos por medio de los cuales aquello que, en la especie humana, constituye sus rasgos biológicos fundamentales podrá ser parte de una política, una estrategia política, una estrategia general de poder; en otras palabras, cómo, a partir del siglo XVIII, las sociedades occidentales modernas, tomaron en cuenta el hecho biológico fundamental de que el hombre constituye una especie humana” (Foucault, 2004; 15).

tabúes, e imposiciones morales, terminando por alienar y fragmentar la corporalidad femenina dentro de la práctica a función de género ligados a la reproducción (Ibíd., 2001).

Lo anterior, ha sido fuertemente analizado y criticado por la teoría feminista que desde la década de los 60's, comenzaron a llamar la atención de los científicos sociales, sobre cómo este tipo de configuraciones históricas seguían incidiendo y manifestándose en pleno siglo XX, a través de los diferentes problemas experimentados por las mujeres en torno a su salud (Nicholson, 2003). Estas acciones las llevaría a realizar sus primeros intentos por redefinir el cuerpo de las mujeres, por fuera de los esquemas de la reproducción y a partir de un 'modelo biologicista' destacando las semejanzas y/o diferencias biológicas y sexuales entre hombres y mujeres.

No obstante para la década de los 70's, el llamado 'determinismo biológico' pasaría a ser replanteado, para así incorporar elementos de la *teoría de género*, que poco a poco fue transformando las primeras definiciones sobre el cuerpo femenino al refutar la idea de que tanto el sexo como el cuerpo, eran realidades biológicas que permanecen inalteradas dentro de los contextos sociales en las cuales emergen (Oudshoorn, 2001). La filósofa post-estructuralista Judith Butler (2001) indica la necesidad de separar lo sexual de lo biológico, y de comenzar a comprender las distintas dimensiones del cuerpo como una entidad *generizada y sexuada* (ibíd., 2001), esto llevaría a los científicos sociales a concentrarse en cómo las experiencias corporales son moldeadas por el tiempo y la cultura, lo cual de nuevo remitió a la creencia de como este tipo de vivencias hacían referencia a un tipo de realidad fisiológica e-histórica, que aun no le ponía fin a las ideas biológicas definidoras del cuerpo (Oudshoorn, 2001).

Un intento por comenzar a definir el cuerpo desde la perspectiva de género, permitió para la década de los años 80's, que algunas teóricas feministas comenzaran a indagar en las experiencias o vivencias de las mujeres con respecto a distintas prácticas médicas y asociadas con el tema de la reproducción (Butler 2001; Martin 1987; Lock 1993; Pollack 1995; Fox- Keller 2007; Haraway, 1995; McNeil, 2007). Este tipo de enfoque fue aplicado durante la década de los 90's, en investigaciones profundas sobre la relación existente de las mujeres con otros tipos de tecnologías médicas, desde la fertilización in vitro (Rapp,

2001) hasta los exámenes diagnósticos para el cáncer de seno, ovario, y cérvix (Casper & Clarke, 1996).

Trabajos como el de las sociólogas Vicky Singleton (1996) y Judith Bush (2001) sobre el tema de la citología cérvico uterina, exploran la incidencia que tiene, en el contexto histórico narrado anteriormente, el examen de la citología como una forma en que el Estado, sus políticas de salud pública, y la medicina, ejercer un control sobre el cuerpo sexuado de la mujer: “ (...) el cuerpo de la mujer, en este caso su cérvix, es un lugar sobre el cual se sitúa la vigilancia y el control profesional y/o estatal, por medio de un servicio preventivo al cual las mujeres deben de estar obligadas a participar” (Bush, 2001; 432).

Este tipo de trabajos resaltaron la necesidad de vincular y explorar en la investigación médica la categoría sexualidad, con el fin de comprender la manera cómo la medicina ha ido evaluando y definiendo esta y a las mujeres a través de la práctica médica.

Sexualidad

Como lo menciona Weeks (1986) la sexualidad existe como una presencia social palpable que configura la vida pública y personal de los seres humanos, en este sentido la sexualidad es una construcción histórica, que reúne una multitud de distintas posibilidades biológicas y mentales – identidad genéricas, diferencias corporales, capacidades reproductivas, necesidades, deseos y fantasías- que no necesariamente están vinculadas (Ibíd., 1986).

Todos los elementos constitutivos de la sexualidad tienen su origen en el cuerpo o en la mente. En este sentido la sexualidad de las mujeres se define de una manera particular, es así como para Marcela Lagarde (2003) la sexualidad hace referencia al “(...) conjunto de experiencias humanas atribuidas al sexo y definidas por éste, que constituye a los particulares, y obliga su adscripción a grupos socioculturales genéricos y a condiciones de vida predeterminada. La sexualidad es un complejo cultural históricamente determinado consistente en relaciones sociales, instituciones sociales y políticas, así como concepciones del mundo, que define la identidad básica de los sujetos” (Ibíd., 2003; 184). En el caso de las mujeres sexualidad y cuerpo son un campo político definido, disciplinado para la

producción y la reproducción, contruidos estos campos como disposiciones sentidas, necesidades femeninas irrenunciables (Ibíd., 2003).

Pierre Bourdieu (2000) señala cómo en el discurso médico, la sexualidad se hace presente desde sus inicios a través de la explicación de la diferencia visible de los órganos sexuales, y la manera en que estas fueron creando la división de las funciones genéricas de la mujer (Ibíd., 2000). Jordanova (1995) reitera lo anterior, al mostrar cómo este tipo de características anatómicas servirían para delimitar la sexualidad femenina en la reproducción, y de cómo la idea de la maternidad cobrara un valor importante dentro de las referencias hechas sobre la práctica de la sexualidad en las mujeres. A su vez, estas ideas irían haciendo visible el tipo de poder que genera el discurso de la medicina sobre el sexo dentro de las sociedades modernas (Jordanova, 1995).

Padvalskis (2007) explica como los controles ejercidos sobre el cuerpo de la mujer a través de la idea de reproducción, terminaron por generar una *pasividad de la sexualidad femenina* prohibiendo la exploración de sus propios cuerpos y la satisfacción de sus placeres eróticos, al encasillarlas por completo dentro de la función de madres (Lagarde, 2003; Padvalskis, 2007). De este modo, la apropiación del concepto de reproducción reemplazaría al tema de la sexualidad, durante el siglo XVIII y dentro de los nacientes Estados- Nación, establecería como los procesos reproductivos de toda mujer sería encaminados hacia una idea política de la “reproducción de la sociedad”, y por consiguiente, necesitaban del monitoreo de políticas públicas creadas con este fin (Jordanova, 1995).

La reproducción biológica también reproduce la vida social, y dentro de este contexto, las mujeres entrarían a tener una importancia política decisiva (Jordanova, 1995). Al respecto, Michel Foucault (2006) explica como lo anterior cimentaría las bases sobre las cuales los estados modernos generarían un discurso regulador de la sexualidad: “El sexo no es cosa que sólo se juzgue, es cosa que se administra. Participa del poder público; solicita procedimientos de gestión; debe ser tomado a cargo por discursos analíticos” (Foucault, 2006; 34).

Este tipo de acciones remiten a lo que Foucault definió como el *dispositivo de la sexualidad* (2006), el cual determinó la regulación de la vida sexual y colectiva a través de la

formulación del discurso religioso, leyes, políticas públicas, y el establecimiento de la medicina como el saber experto sobre los cuerpos y la sexualidad: “La formación de los saberes que a ella se refieren, los sistemas de poder que regulan su práctica y las formas según las cuales los individuos pueden y deben reconocerse como sujetos de esa sexualidad (sujetos sexuales, sujetos deseantes)” (Lagarde, 2003; 181).

Este tipo de eventos, han sido determinantes para comprender la manera como la sexualidad de la mujeres ha sido concebida y recreada dentro del discurso de la medicina y la biología, y cómo lo explica la psicóloga Elizabeth Lloyd (2006), aún es posible encontrar varias de las ideas vinculadas a este contexto histórico, dentro del discurso científico: “Desafortunadamente, un gran número de investigadores que trabajan en el área de la evolución de la sexualidad continúan afirmando que el pico de deseo sexual se da en el momento de la ovulación- de lo contrario esto no sería coherente-. Según varios investigadores, la sexualidad femenina no tiene sentido a no ser que se encuentre a servicio de la reproducción. No hay una defensa científica contra esta idea. Lo anterior se encuentra presente incluso dentro de las explicaciones evolutivas sobre el orgasmo femenino” (Lloyd, 2006; 95).

A pesar de la importancia de las definiciones médicas y biológicas, la sexualidad es algo que no se puede ver ni cuantificar completamente, y mucho menos se reduce a la estructura anatómica de los genitales de hombres y mujeres (Correa, 2001). Por lo tanto, una definición más apropiada de este concepto podría llevar a comprender “la sexualidad como una esfera autónoma donde se construyen y se transforman relaciones personales, sociales, culturales y políticas. (...) eso implica el reconocimiento que la construcción de las identidades de género y de las normas que subyacen la asimetría de las relaciones entre hombres y mujeres no sobre- determina necesariamente las manifestaciones del deseo, las prácticas eróticas de las personas, y las experiencias del placer” (Rubin en Correa, 2001; 146)

Es así como a la hora de valorar la sexualidad y sus prácticas, dentro del espacio de la salud: “Los sentidos que los conjuntos –y, por ende, los individuos- atribuyen a la

sexualidad pueden ser contradictorios con los fines de la salud y no se reducen a la preservación de la salud y la evitación de la enfermedad” (Sikos, 2000; 153).

La complejidad de la conceptualización del cuerpo y la sexualidad en el espacio de salud nos lleva a revisar la categoría género como una posibilidad en la comprensión de los procesos de salud – enfermedad- atención de las mujeres.

Género y Salud

Hoy en día, en términos generales se considera que el género hace referencia a “(...) las características que se les asignan a hombres y mujeres a partir de sus rasgos biológicos distintivos (pene/vagina) y que cubren desde ‘formas de comportamiento y relaciones sociales, hasta formas de sentir y pensar, pasando por oficios y profesiones... El género tiene que ver con las expectativas de comportamiento social para cada uno de los sexos” (Cotes en Suaza y Cotes, 2002; 197).

Pero en el caso de las mujeres, es necesario comprender como todas comparten los mismos genitales, funciones reproductivas, entre otras condiciones fisiológicas recalcadas por la práctica médica, pero no todas se apropian de estas características de la misma manera dentro de su cotidianidad, evidenciando que “Las mujeres (...) difieren en cuanto a sus situaciones de vida y en los grados y niveles de opresión” (Ibíd., 2003; 79). De este modo, la perspectiva de género permitiría romper con los patrones orientados a homogenizar las vivencias de las mujeres en torno a su cuerpo, su salud, y su sexualidad, al subrayar lo subjetivas y heterogéneas que pueden llegar a ser las experiencias de cada una de ellas.

Pese a esto, Mara Viveros y Franklin Gil (2006), señalan como a la hora de analizar los problemas afrontados por las mujeres dentro de los sistemas de salud alrededor del mundo, aún es posible encontrar sesgos de género, que se traducen en la homogenización de las necesidades y vivencias de las mujeres, y un continuo énfasis en que las diferencias entre hombres y mujeres son sólo de orden biológico, lo cual sigue reproduciéndose en la asignación de riesgos de morbilidad y mortalidad de manera prejuiciosa, para cada “sexo” (Viveros & Gil, 2006).

“El análisis de género identifica, analiza e informa sobre las acciones para abordar las desigualdades y las consecuencias de estas desigualdades sobre la salud” (Cao, 2005; 151). Por lo tanto, la intercepción de la categoría de *género* con el de *salud*, resulta pertinente a la hora de comprender los problemas encontrados y encarados por las mujeres dentro del sistema de salud de cualquier país: “Los estudios de género en el terreno de la salud generan gran polémica porque parecen criticar la praxis médica; la realidad no se trata de culpabilizar a nadie, sino de advertir y tratar de cambiar situaciones injustas que se producen sólo por diferencia de género, no de sexo” (Castro, 2005; 174).

Para finales del siglo XX, la Organización Panamericana de la Salud (OMS), comenzó a señalar la necesidad de incluir el enfoque de *género* en el análisis sobre la salud de la mujer, para lograr abandonar la reverencia a la biología que se arrastraba desde el siglo XIX (Gómez, 1997). Lo anterior, entraba a recalcar la necesidad que tiene el personal de la salud -como también la sociedad en general- de comprender como las mujeres *viven* y experimentan la salud a través de sus cuerpos, su estatus social, etnia, religión, lugar de residencia, y las circunstancias históricas en las cuales se sitúa (Ibíd., 1997).

Salles & Tuirán (2001) explican como lo anterior se tradujo en varias acciones durante la década de los 80's, llevando a varios movimientos sociales de mujeres, a señalar la necesidad de considerar un enfoque llamado “*Salud Reproductiva*”, para así incluir varios de los problemas de salud que aquejaban a la población femenina como lo era el acceso a métodos de planificación, el diagnóstico y tratamiento de cáncer de seno y uterino, entre otros (Salles & Tuirán, 2001).

Por lo tanto, el surgimiento del enfoque de género en la salud, es una “(...) construcción teórica que, aplicada a unidades de análisis de una población, arroja una cifra, absoluta o relativa, que refleja diferencias entre mujeres y hombres, en relación con la salud, atribuidas, fundamentalmente, a características o variables socioculturales” (Castañeda en Estrada, 2009; 7). Este referente teórico, ha permitido encontrar y comprender los problemas encontrados y encarados por las mujeres dentro del sistema de salud de cualquier país.

Esto ha permitido señalar como las mujeres son marginalizadas de la fuerza de trabajo; son más propensas a sufrir de desnutrición; no siempre tienen acceso a una educación formal; son víctimas de maltrato intrafamiliar al interior de sus hogares; y tienen un menor acceso a los servicios de salud (Ibíd., 2009). Otro factor que debe tenerse en cuenta para comprender lo anterior, es la edad de las mujeres ya que ésta pone en manifiesto los diferentes cambios que no sólo se reflejan a nivel corporal, sino también psicológico y socio-cultural, y que muchas veces van de la mano con las funciones reproductivas (Ibíd., 2009).

Pero además, dentro de los rangos de edad de 15 a 45 años, las mujeres corren más riesgo en contraer enfermedades de transmisión sexual, las cuales “Y en la mayoría de los casos, en la mujer muchas de las ETS pasan inadvertidas o son descubiertas tardíamente” (Ibíd., 2009; 115). Esto ocurre como consecuencia de los distintos obstáculos que enfrentan las mujeres a la hora de acceder a los servicios de salud, a causa de la falta de recursos económicos.

La comprensión de los anteriores factores, permitirían la visibilización de la mujer dentro de las políticas de salud de las naciones alrededor del mundo, pero aún estas ideas y acciones seguían girando en torno al tema de la reproducción y no sobre los derechos que tienen cada mujer a disfrutar sus derechos sexuales. La historiadora Teresa Ortiz (2006) señala como durante los años 90's varias asociaciones médicas comenzarían a percibir como las necesidades que tienen las mujeres con respecto a la salud, no son exclusivas del ámbito de la reproducción, sino que era necesario incentivar investigaciones sobre las distintas enfermedades que afectan a la población femenina (Ortiz, 2006).

Este tipo de críticas han llamado la atención de varios gobiernos, quienes con el fin de mejorar las condiciones en que se brinda el derecho a la salud a todas las mujeres, han constituido políticas públicas impulsando cambios en la atención de la población femenina, a partir del enfoque de género. Resultado de estos avances es una aproximación diferencial a la reproducción y la sexualidad, que ha recibido el nombre de Salud sexual y Salud Reproductiva y que se afianza en el discurso de los Derechos sexuales y reproductivos cuyos principios rectores parten de reconocer el cuerpo, la sexualidad, el género y la salud como procesos particulares.

Salud Sexual y Reproductiva

La de Salud Sexual Reproductiva hace alusión a las propuestas que desde un enfoque de género y salud, se han dado a la tarea de velar por el bienestar de la salud y de garantizar el libre ejercicio de la sexualidad de hombres y mujeres. No obstante, antes de comenzar a definir esta categoría, es necesario remontarse a sus orígenes, los cuales, se encuentran asociados con el surgimiento del concepto *Salud Reproductiva*.

Cómo se mencionó anteriormente, la necesidad de tener un enfoque de género dentro del área médica, fue el resultado de la influencia de los procesos sociales, económicos, institucionales, culturales y políticos en lo relativo a la salud de la población en general y de la mujer en particular, de igual manera con este enfoque se busca una mayor comprensión de las diferentes necesidades que tienen hombres y mujeres en torno a la reproducción (Salles & Tuirán, 2001) y que será materializado dentro del enfoque de *Salud Reproductiva*, el cual surge durante la década de los 80's y será difundido desde entonces a través de los diferentes programas y acciones tanto a nivel global – el Cairo 1994- como regional – Políticas de Salud Sexual y Reproductivas- (Ibíd., 2001).

Desde la política pública el concepto de Salud Reproductiva se definió “(...) como una perspectiva que reconoce el derecho de toda persona a: i) regular su fecundidad segura y eficientemente; ii) tener y criar hijos saludables; iii) comprender y disfrutar su propia sexualidad; y iv) permanecer libre de enfermedades, incapacidades o muerte asociadas con el ejercicio de su sexualidad y reproducción” (Ibíd., 2001; 94). Orientados bajo tres principios básicos: respetar la libertad de elección el número de hijos y el momento de tenerlos; reconocer la importancia que tienen hombres y mujeres de llevar a cabo una vida sexual satisfactoria y segura; y la incorporación del contexto cultural y socioeconómico de la salud reproductiva de todos los usuarios de los servicios en salud (Ibíd., 2004).

Lo anterior, entre otras cosas, promovió el diseño de políticas públicas basadas en los derechos reproductivos de las mujeres, el acceso a métodos de planificación familiar, la disponibilidad de información sobre enfermedades de transmisión sexual, la incidencia de la categoría de género y sexualidad (Correa, 2001). Con el tiempo este concepto ha sido

retomado en diferentes campos de acción como la salud pública, la antropología, la demografía, y la enfermería (Leslie, 2001).

Para Sonia Correa (2001) este enfoque ha contribuido a promover la comprensión de las decisiones y comportamientos sexuales- reproductivos de la personas, al brindar una definición de sexualidad desde un contexto ético, social y de salud (Correa, 2001). Al respecto Joanne Leslie (2001) advierte que este concepto tiende a ser utilizado dentro de los programas de ayuda y atención a la mujer, como un “(...) continuo entre la salud materna y la salud de las mujeres, pues por una parte es más amplia que la materna, pero por otra abarca menos que la salud de las mujeres que es un concepto más amplio” (Ibíd., 2001; 166). Este concepto vuelve a girar en torno al tema de la reproducción, dejando de lado el debate sobre los derechos sexuales de la mujer (Ibíd., 2001).

Para el caso colombiano el concepto de *Salud Reproductiva*, se integra en el espacio de salud a través de la política pública de *Salud Sexual y Reproductiva* (2003), la cual ha sido definida como “(...) un estado general de bienestar físico, mental y social, y no a la mera ausencia de enfermedades o dolencias en todos los aspectos relacionados con la sexualidad y la reproducción, y entraña la posibilidad de ejercer los derechos sexuales y reproductivos” (Min. De la Protección Social, 2003:9).

Esta política incluye un análisis de la situación de los derechos sexuales y reproductivos en Colombia, y para el caso de la citología cérvico uterina, plantea garantías para la promoción y prevención del CaCU para las mujeres afiliadas al sistema de salud, a través de la puesta en marcha de campañas y programas de toma gratuita del examen (Min. de Protección Social, 2003). Aunque la SSR (2003) tiene como uno de los objetivos lograr que las mujeres tengan derecho a vivir su sexualidad de manera plena y sin riesgos, las metas de la política están orientadas a dar prioridad a la salud de la mujer durante el embarazo y el crecimiento de los niños/a, mientras temas como el de la detección temprana del cáncer de cuello uterino parecen relegados a un segundo plano.

Frente a esto, varios investigadores del área de la salud y los movimientos sociales de mujeres, han generado varias críticas recalando como el término Salud Reproductiva necesita de una mayor precisión y ampliación conceptual, con el fin de abarcar los

verdaderos problemas de salud acarreados por el libre ejercicio de la sexualidad por un lado, y de la reproducción por el otro: “¿Por qué el término, salud reproductiva, sino todo lo que cubre el paraguas conceptual indicado es reductible a esta dimensión? Si se incluye la sexualidad en general ¿Por qué hablar entonces –en términos estrictos- de la reproducción?” (Salles & Tuirán, 2001; 97)

Tal como lo mencionó el Comité sobre Salud Reproductiva de la Unión Internacional para el Estudio Científico de la Población (1994), el término de Salud Reproductiva aún tiene varios limitantes que precisan de la ampliación conceptual de la reproducción y del derecho de hombres y mujeres a ejercer libremente y saludablemente su derecho a la sexualidad (Salles & Tuirán, 2001). Sin embargo, es a través de la categoría de Salud Sexual y Reproductiva como se podrá analizar la manera de cómo son atendidas las mujeres para la toma de su examen citológico, dentro del sistema nacional de salud colombiano.

Metodología

Esta investigación es de corte cualitativo, por cuanto como metodología permite la producción de datos descriptivos obtenidos tras la ejecución de técnicas de recolección de información, facilitando la observación directa de las conductas de los actores sociales involucrados en la investigación, lo cual posibilita entender los motivos que llevan a un individuo a actuar de cierto modo dentro de un contexto determinado (Taylor & Bogdan, 1996). La riqueza de este enfoque reside en la información surgida de las narraciones efectuadas por dichos sujetos, donde expresan la manera de sentir y vivir del entorno social que los rodea (Ibíd., 1996).

Como herramientas metodológicas se privilegiaron los Grupos Focales (GF) con las mujeres, y entrevistas semi-estructuradas con el personal de salud. Los GF o entrevista de grupo (Mucchielli, 1996) pueden ser definidos como un método que permite recoger información puntual y focal sobre un tema en particular, empleando las técnicas de la entrevista no directiva- centrada, aplicadas a un grupo de personas reunidas para participar en una sesión colectiva sobre un tema concreto (Ibíd., 1996; 88). Esta técnica es utilizada con frecuencia en investigaciones sociales orientadas hacia áreas como la demografía, programas de planificación familiar, o salud reproductiva, en los que se busca conocer e interpretar los comportamientos y significados del cuerpo y la sexualidad de las personas (Vela, 2001).

La construcción de la guía de los GF, se realizaron teniendo como base al análisis de las entrevistas semi- estructuradas realizadas en el ejercicio previo a esta investigación, y en la revisión bibliográfica que se había adelantado. Las preguntas fueron agrupadas según las categorías y conceptos del marco teórico, (Ver anexo número 1), y con el fin de realizar ajustes a las preguntas, se realizaron dos grupos focales pilotos, uno por cada régimen de salud (contributivo y subsidiado), estos permitieron ajustar las preguntas, así como ganar confianza en la dinámica de dirigir los GF.

Es importante aclarar que se revisó la propuesta de Massolo (1998), respecto de la importancia que posee el rescate de la memoria colectiva para adentrarse en los recuerdos y prácticas que se llevan a cabo en la cotidianidad, a través de los relatos que realizan las

mujeres. “La memoria de las mujeres en la memoria colectiva es imprescindible e ineludible. Contiene un frondoso vivero de recuerdos que, activados mediante la narración comunicativa, engarzan las iniciativas tomadas y las prácticas realizadas en el transcurrir cotidiano espacio- temporal, con los agentes sociales, los conflictos, acciones colectivas y cambios que se encuentran en el contexto en el que se inscriben sus vidas y experiencias” (Massolo, 1998; 17).

Es así como los relatos se encuentran posicionados dentro de un tiempo y un espacio, mediados por el género, por las relaciones de poder y de clase en las cuales se encuentran las mujeres. Estos eventos fueron de vital importancia en la observación, guía, y posterior análisis de los GF.

Para identificar las características de las mujeres y el número de GF a realizar, se tuvo en cuenta por un lado las edades bajo las cuales se hacen generalmente la citología, esto nos dio un rango muy amplio entre 15 y 55 años que nos obligo a dividir los grupos en edades que podrían tener cierta afinidad, de esta manera se planteo 3 grupos; de los 15 a 25 años; de los 26 a 45 años; y de los 46 a 55 años de edad. Esto permitía no sólo una mejor dinámica grupal, sino poder dar cuenta de cambios generacionales en torno a la vivencia, y permitir encontrar los diferentes significados que adquiere el examen, según las diferentes etapas de vida en la que se encuentre cada mujer.

Otro elemento a tener en cuenta fue el régimen de salud al cual pertenecían las mujeres; en principio se planteo hacer los GF con mujeres que estuvieran en el contributivo, el subsidiado y vinculadas, sin embargo fue imposible acceder a mujeres vinculadas, razón por la cual se trabajo con los regímenes subsidiado y contributivo. En términos individuales la condición más importante era el haberse practicado el examen de la citología al menos una vez en su vida y tener una orientación heterosexual¹³,

¹³ Esta investigación pudo haber incluido mujeres con otro tipo de orientación sexual, sin embargo se escogió trabajar con mujeres heterosexuales debido a que son las que normalmente han sido pensadas e incluidas dentro de las guías, protocolos, y campañas consultadas. Consideramos que abordar mujeres lesbianas o bisexuales amerita un mayor trabajo tanto teórico como práctico, que por motivos de tiempo no se podía realizar.

La forma en que se contactó a cada una de las participantes fue por medio del “voz a voz”, en donde las primeras mujeres contactadas directamente por la investigadora invitaban a otras mujeres, que cumplieran con los requisitos y desearan participar. Otra estrategia fue a través de la estilista y esteticista “Mercedes”¹⁴ quien por su trabajo accede con mayor facilidad e intimidad, a más y diferentes mujeres.

Bajo estos criterios se realizan seis GF, tres correspondieron al régimen subsidiado, y los otros tres al régimen contributivo en los tres niveles de edad planteados. Cada grupo focal fue realizado en locaciones cercanas a la residencia de las participantes debido a que muchas declinaron la invitación, aduciendo falta de tiempo, las largas distancias, etc. La realización de cada GF contó con la participación de una relatora y de una observadora.

A continuación se incluye una tabla correspondiente a la distribución del número de participantes en cada uno de los GF ejecutados:

Rango de edades por grupo focal	Número de participantes régimen subsidiado	Número de participantes régimen contributivo
15 a 25	4	4
26 a 45	6	5
46 a 55	5	4
Total	15	13

Como se menciono anteriormente, en un principio no se contemplaba entrevistar al personal de salud, sin embargo a medida que avanzaba la investigación y buscando una mayor comprensión e interpretación de las experiencias de las mujeres, se hacía evidente la necesidad de conocer los relatos del personal de salud que tiene a su cargo la realización de

¹⁴ Su nombre ha sido cambiado con el fin de preservar su verdadera identidad.

citología. Dado lo complejo de hacer GF con el personal de salud, particularmente por los horarios laborales y disponibilidad de tiempo, se optó por hacer las entrevistas semi-estructuradas, teniendo como categorías las planteadas para la investigación y los grupos focales.

El personal de salud fue contactado a través de las participantes y se logró entrevistar a dos enfermeras jefes; una auxiliar de enfermería; dos ginecólogas y un ginecólogo. El único criterio de selección fue tener experiencia en la toma de citología de ser posible en los dos regímenes. Para las entrevistas, de igual manera se hizo una guía de entrevista, que fue piloteada y ajustada, (Ver anexo número 2).

Las entrevistas con el personal de salud se realizaron en Bogotá, tanto en sus lugares de residencia y en algunos casos en consultorios privados¹⁵. Igualmente se tuvo la oportunidad de asistir a la *Primera jornada distrital de actualización en prevención del cáncer de cuello uterino de Tamizaje*, realizada en el mes de agosto de 2010. Este evento contó la participación de estudiantes de medicina y enfermería, personal de salud capacitado para la toma del examen, las directivas de la Secretaria Distrital de Salud, citopatólogos, y visitantes médicos provenientes de diferentes laboratorios.

El objetivo principal de esta jornada, era el de dar a conocer nuevas técnicas de laboratorio aplicadas para la toma de la citología, difundir nuevos estudios y tratamientos contra el VPH, pero también poner en evidencia los problemas de acceso que afrontan las capitalinas a la hora de acceder al examen. Este ejercicio también ayudó a comprender las dificultades que afrontan los investigadores y especialistas en el tema del CaCU en Colombia, debido a la falta de recursos económicos que permitan el establecimiento de técnicas de laboratorio con una sensibilidad más alta de detección de los papilomas. Sin embargo, llamó la atención escuchar en reiteradas ocasiones, el énfasis que algunos de los ginecólogos y ginecólogas ponentes hicieron sobre la necesidad de no juzgar de manera negativa la forma en que las usuarias ejercen su sexualidad, y la manera en que afecta la consulta

Implicaciones éticas

¹⁵ Es necesario aclarar que esta investigación se realizó por fuera del contexto de hospitales, I.P.S., y E.P.S. debido al demorado proceso burocrático que exigen estas instituciones.

En la presente investigación se llevaron a cabo consentimientos informados tanto con las mujeres como con el personal de salud entrevistado (Ver anexo número 3). Estos fueron presentados antes de las actividades, en ellas se explicaba la investigación, los alcances que se esperan de la misma, la importancia de participar en ella, la confidencialidad de la información, la autonomía de los y las participantes para indagar y recibir información clara y la posibilidad de aceptar o no participar, así como la de retirarse en el momento que lo deseen. De igual manera se solicitó permiso para grabarlo en audio.

Cabe aclarar que todas las personas aceptaron firmar y participaron de principio a fin en las actividades a las cuales se les convocó.

Análisis de Resultados

Al inicio de cada sesión se les preguntaron algunos datos socio- demográficos que brindaron información sobre las participantes. En la primera parte del ejercicio, se indagaron algunos datos como su nivel de educación, en donde las mujeres del régimen subsidiado en su mayoría han cursado entre el grado noveno y once de bachillerato, mientras que en el contributivo la mayoría son universitarias o han cursado un grado de especialización. Sin embargo, en ambos regímenes fue común encontrar un gran número de amas de casa que no se encuentran ejerciendo ningún tipo de actividad laboral remunerada.

Igualmente, este momento previo a la entrevista, puso en evidencia como las participantes tan sólo eran consientes de pertenecer al Sisben o a una EPS, y fue necesario dar una breve explicación sobre la manera en que funcionaba tanto el régimen contributivo y el subsidiado.

En la segunda parte, se indagaron datos sobre la salud sexual y reproductiva, como el número de embarazos, el número de hijos o hijas vivos/as o fallecidos/as, la edad de la llegada de la menstruación y del inicio de su vida sexual. Estos datos revelaron cómo entre las participantes del régimen subsidiados es frecuente el embarazo adolescente entre las participantes más jóvenes (en el momento de la entrevista, dos se encontraban en estado de embarazo) y entre las más adultas también, y esto podría estar relacionado con la edad del

inicio de sus relaciones sexuales, que en promedio es entre los 12 y los 17 años. En el caso de las participantes del régimen contributivo, se encontró como los rangos de edades del inicio de las relaciones sexuales está entre los 16 y 22 años de edad.

Para la última parte de este ejercicio, hace referencia al tema de la citología, al preguntarles sobre la edad de su primera citología, la fecha de su última citología, el motivo y el por qué reclamaron el resultado del examen. Aquí se observó cómo muchas de las participantes tuvieron problemas al recordar la fecha o la edad de su primera citología y asombradas, trataron de responder al por qué es importante para ellas reclamar el resultado.

Sin embargo, esto permitió entender cómo las mujeres del régimen subsidiado que sí recordaron la edad de su primera citología, se encuentran en el rango de edades entre los 16 y 30 años. Con respecto a la fecha de su última citología, muchas de las fechas se encuentran entre el 2008 y el 2010, pero en ciertos casos muchas dejaron en blanco esta casilla, o respondieron que hace varios años no se hacen el examen. Esto también permitió ver como todas estas mujeres asisten a hacerse el examen solas y reclaman sus resultados para saber cómo se encuentran de salud. No obstante, algunas afirmaron no haberlos recogido debido a que habían cerrado el centro de salud en el que habían sido atendidas.

En el caso de las participantes del régimen contributivo, los rangos de edades para la primera citología se encuentran entre los 18 y los 40 años, mostrando como varias de estas mujeres habían trascendido su etapa reproductiva sin haber recurrido al examen. La fecha de las últimas citologías se encuentra en el periodo del 2008 y 2010, y se observó como todas contestaron a esta pregunta. Estas participantes también afirmaron haber asistido solas al examen, o en el caso de las más jóvenes recordaron haber ido en compañía de sus madres. Finalmente, y pese a que la gran mayoría afirmó haber recogido los resultados del examen, algunas participantes afirmaron no haber recogido sus resultados debido a la pereza, el olvido, o a la falta de tiempo.

Este tipo de información hizo parte del primer momento de la realización de los grupos focales y permitió poner en contexto este tipo de datos que servirían a comprender la manera en que cada una de ellas se relaciona con el examen de la citología. Ellas, son las mujeres que a continuación narraran los pasos que componen el proceso de la citología.

Resultados

Primera parte: La citología un procedimiento sencillo ¿Para quién?

“La citología vaginal es una de las ayudas diagnósticas más importantes pues es muy útil, indolora, relativamente rápida, económica y sencilla” (Díaz, 2010)

“Yo me lo pienso y me lo pienso, yo sé que es necesaria... pero ¡Ay! Que hartó y eso de madrugar para pedir la cita, y luego ir allá y mostrar todo y lo que más me molesta es que uno no se puede quejar porque lo regañan y a mí sí me duele, yo no sé por qué, pero me duele... cuando me meten ese tubo, eso es como si me chuzaran y no me gusta”
(Sara, mujer de 32 años, régimen subsidiado)

“Sé que es importante hacerla anualmente y mi ginecólogo es muy querido, amable, pero es un procedimiento donde no dejo de sentirme “rara”, ni cómodo, ni grato, es muy raro, pero lo hago obligándome a mí misma”
(Marcela. Mujer de 43 años, régimen contributivo. La citología la hace con un ginecólogo particular)

La realización de una citología cérvico uterina, conlleva más allá de la recolección de las células del cuello uterino y el análisis de las mismas a través del microscopio: “A mí cuando la doctora me examina se lava las manos, se pone guantes, destapa ese cosito desechable, se coloca su tapabocas... yo creo que eso es una citología” (**Beatriz**, grupo subsidiado 15-25). En una citología confluyen la técnica, las normas, las políticas públicas, pero de igual manera las apreciaciones que sobre el cuerpo, la sexualidad, y el género, tienen tanto quienes realizan la práctica, como en quien es realizada.

En términos generales para las mujeres participantes de esta investigación, la citología está lejos de ser un procedimiento sencillo e indoloro, por el contrario, es un *proceso*, entendido como una serie de pasos o momentos vividos por las mujeres cuando les realizan este examen. Y es en cada uno de ellos donde la fuerza simbólica de la citología cérvico uterina, como examen exclusivo sobre el cuerpo de las mujeres, toma forma social y cultural, y le imprime un valor al cuerpo femenino.

La citología como proceso nos servirá de guía para recorrer a través de las narraciones de las mujeres sus vivencias, sus percepciones, y los elementos que inciden de manera positiva y/o negativa en la manera cómo ellas interpretan su cuerpo y sexualidad.

Primer paso: ‘Pidiendo la cita’

La primera citología de las mujeres es un paso más en el reconocimiento de sí mismas como mujeres; es otra entrada al mundo de la “salud de las mujeres”. Las razones para realizarse el examen son generalmente derivados de un problema de salud ginecológico, y hasta no llevarla a cabo, no es muy claro el por qué, o para que se debe hacer el examen. En este sentido, la información básica que recibieron las entrevistadas sobre el procedimiento, provenía de sus madres o amigas más cercanas:

Dayana: Mi mamá fue la primera en explicarme, yo pensé que la citología se la hacían a uno desde cierta edad, y no sabía si era por tener relaciones, que por ahí a los doce años empieza uno a hacerse la citología, y no, ella me dijo ‘cuando tenga su primera relación le van a hacer una citología

(Participante grupo subsidiado 15-25).

Clara: Yo sí fui con mi mamá y ella nos decía que eso dolía mucho. Casi no me la pueden hacer, porque yo le tengo miedo al dolor, y la enfermera me decía que no, tranquila, que eso no va a doler, y sí, sentí mucho dolor y cuando salí me desmaye del dolor, sabiendo que no, ahoritica me la hacen (...) es igual a lo que me hicieron con mi mamá, pero ahora no me desmayo, no me da nada (...)

(Participante grupo subsidiado 25-45)

Varias de las entrevistadas afirmaron no haber sido informadas por personal de salud o educativo alguno, sobre la importancia de hacerse la citología, el procedimiento, la interpretación de los resultados, y el tratamiento a recibir si este es necesario. Las madres y las amigas que se han realizado el examen se convierten en las referentes del tema. Al respecto, la investigadora Rosa Geldstein (2000) en su investigación sobre salud reproductiva en adolescentes, explica como la figura de la madre, en la mayoría de los casos, no sólo constituye el primer modelo de referencia para la construcción de la identidad de género y el aprendizaje de roles de género de sus hijas, sino que también se convierte en el primer referente para estas, en cuanto a la construcción del ejercicio de la sexualidad.

Pero además, sus madres no sólo les brindaron la primera información sobre el examen a partir de sus propias vivencias, sino también, una primera descripción sobre la anatomía de sus genitales y lo que estos experimentan a la hora de la citología: *“Mi mamá me dijo que la citología es cuando le introducen como unas ‘tijeritas’, y ahí arrancan un pedacito para ver usted que tiene” y con el embarazo ella me explicó porque los doctores no le dicen a uno nada, o a mí no me han explicado”* (Dayana, grupo subsidiado 15-25).

Según lo reglamentado dentro del sistema de salud, desde el momento en que una mujer da inicio a su vida sexual, es un motivo fundamental que la sitúa dentro de la población apta para la toma de la citología. Pero pese a lo anterior, las mujeres entrevistadas afirmaron como muchas veces llegan a hacerse el examen, guiadas por motivos no siempre relacionados con lo establecido por la normatividad. Fue aquí donde las mujeres comenzaron a expresar como la citología tiene diversos significados según las situaciones o etapas de vida en las que se encuentren:

Laura: Pues yo me la hice porque presente una infección urinaria, entonces el doctor me dijo que me la mandaba a hacer.

Antonia: Yo por lo que quede embarazada a los 16 años

(Participantes grupo subsidiado 15-25)

Flor: Uno no sabe el esposo con quien esta, entonces uno va con al examen con muchas cosas, por ejemplo, si yo tengo cáncer de útero por culpa de una infección, eso tiene que salir ahí.

(Participante grupo contributivo 25-45)

Irma: Yo cuando me la hice, fue porque llegue a un centro de salud, y vi un letrero que decía: “Citologías”; y dije voy a aprovechar

(Participante grupo subsidiado 45-55)

Martha: Yo me hago la citología porque yo tengo dos hermanas que les dio cáncer en la matriz

(Participante grupo contributivo 45-55)

Como se mencionó inicialmente, la enfermedad o el malestar que se traducen en desajustes en el ciclo menstrual, la presencia de infecciones urinarias, dolores bulbares, presencia de flujos o secreciones de consistencia extraña, entre otros, son situaciones que llevan a pedir primero la cita con médico general y que de ésta se solicite la citología. Se encontró como la *frecuencia* con la que estas mujeres solicitan una cita para el examen, va a estar en

relación directa con la manifestación de algún malestar en el cuerpo y en caso de no presentarse, muchas de ellas se abstienen de hacerse una citología:

María Camila: De pronto como la última citología me salió bien, uno deja pasar el tiempo y se deja de pensar si necesita hacerse una más
(Participante grupo subsidiado 25-45).

Inés: No, no eso es por ahí cada año cuando puedo, me da como pereza ir al médico, que me vaya a dar una mala sorpresa. Eso es cada dos años
(Participante grupo subsidiado 25-45).

Pero además, las mujeres entrevistadas afirmaron como la decisión de acceder a una citología de manera frecuente o no, servirá para reiterar o desmentir la sospecha de haber contraído una enfermedad de transmisión sexual a través de sus parejas. Igualmente, muchas de ellas expresaron sentir un temor constante de contraer alguna de estas enfermedades, cuando existe la sospecha de que sus novios o esposos, le son infieles. Al respecto, McMullin et al. 2001 explica como lo anterior hace alusión a varias de las creencias que tienen las mujeres con respecto al cáncer cervical, en donde las que tienen mayor riesgo de contraer esta enfermedad serán quienes tienen varios compañeros sexuales, las que sufren de infecciones transmitidas durante las relaciones sexuales, y aquellas que tienen una pareja “infiel” y promiscua, que se encuentra contagiada de alguna ETS y que funciona como vector (Ibíd., 2001).

Una vez se entra en la dinámica de la citología, la frecuencia con la cual se debe hacer el examen, va a tener otros determinantes como los inconvenientes administrativos experimentados en el momento de solicitar una cita para el examen. Es importante anotar que para estas mujeres es poco claro el funcionamiento del régimen al cual pertenecen y a los derechos tienen acceso desde este. En este sentido, se encontró que la vinculación a uno u otro régimen ha creado imaginarios frente a los derechos que ellas tienen a la hora de acceder o no, en este caso, a la citología, y lo que podrían exigir en la misma en términos de atención: *“Todo eso depende de muchas cosas, de la E.P.S. que si uno va y tiene la plata. Yo siempre he dicho, una cosa es el Sisben y otra cosa es la E.P.S. necesitan arreglar*

muchas cositas, porque dirán si uno no paga entonces toca que lo atiendan así” (Cecilia, participante grupo subsidiado 15-25).

Si bien se considera que la calidad de la atención es diferente por la pertenencia a uno u otro régimen, las mujeres entrevistadas en general, consideran como todas tienen que pasar primero por el médico general, quien se ha convertido en el personaje encargado de recomendarles y recordarles la necesidad de hacerse el examen de la citología: *“Sí, no tengo una fecha especial para hacerme el examen, pero cada vez que uno va al médico general siempre me pregunta ‘¿Pero ya se hizo la citología?’” (Constanza Participante grupo 25-45).*

Otra situación común en ambos regímenes es la demora en la asignación de citas, la cual tiende a ser más larga para el régimen subsidiado. Esto ha incidido en que muchas de las entrevistadas no tengan una fecha predeterminada de para sus citologías anualmente, como se ha estipulado a través de las normas que la regulan:

Cecilia: A usted le dan la cita para dentro de dos meses si la pide hoy.

Antonia: Sí, como a las cinco tocaba madrugar porque entregan unas fichas, y dan hasta cierta cantidad

Cecilia: Le dicen que está llena la agenda

(Participantes grupo subsidiado 15-25)

Flor: Ahora en mi EPS se están demorando porque yo tenía que habérmela hecho ya; yo iba anteriormente y a uno le daban la cita, de tal hora a tal hora te la toman, pero ahora tiene que estar a las seis de la mañana y lo atienden como a las tres, ósea, tome [una] ficha y a esperar. Entonces uno tiene que dedicarle medio día a eso.

(Participante grupo contributivo 25-45)

Otra similitud encontrada en las vivencias de las mujeres vinculadas a ambos regímenes, es la falta de capacidad para elegir el género del personal de salud que les practicara el examen, lo cual, quedó resumido en la siguiente frase: *“Lo que le tocó, le tocó” (Cecilia, participante grupo subsidiado 15-25).* Frente a esto las apreciaciones son singulares; por un lado algunas mujeres expresaron sentir pudor al ser atendidas por un hombre durante el examen, sin embargo, otras compartieron la idea del ‘enfermero delicado’ y prefieren ser

atendidas por alguien del género opuesto, que por una mujer, con quien probablemente el pudor es menor, pero su actuar se caracteriza por el de la ‘enfermera o médica brusca’. En este sentido, algunas mujeres expresaron que les gustaría poder elegir a una u otra persona con quien la citología hubiese sido menos incomoda y dolorosa, pero esto es imposible a menos que sea en la consulta particular, de tal manera que sólo queda “esperar” o “rezar” para que quien haga el procedimiento sea “delicado/a”

Uno de los objetivos de la política de Salud Sexual Reproductiva (2003), es la de permitir “el acceso a servicios y programas de calidad para la promoción, detección, prevención y atención de todos los eventos relacionados con la sexualidad y la reproducción, independientemente del sexo, edad, etnia, clase, orientación sexual o estado civil de la persona” (Ministerio de Protección Social, 2007; 3). Sin embargo, estos inconvenientes administrativos tienden a contrariar lo anterior, debido a la falta de cupos para brindar una cita para ciertas fechas lo cual está causando la demora en su asignación, y no está permitiendo ni facilitando que estas mujeres tengan un fácil acceso a la toma de sus citologías.

Este tipo de *problemas administrativos* a la hora de solicitar una cita con el médico general, constituyen los primeros inconvenientes encontrados por las mujeres a la hora de acceder al examen, a través de sus regímenes de atención. Por esto y con el fin de obviar estas demoras y retrasos para acceder a la consulta con el médico general, varias han decidido recurrir a otras estrategias establecidas por la política de SSR (2003), que les permite un acceso directo al examen, como ocurre con las campañas de toma gratuita de la citología:

Bertha: Aquí en el salón comunal, de pronto encuentra los avisos de citología, en tal fecha, de tal hora a tal hora

Inés: Yo vi la propaganda ahí en el salón comunal, y yo aproveché y me la hice

(Participantes grupo subsidiado 25-45)

Estas campañas son una opción valiosa para las mujeres, porque les permite realizarse el examen de manera inmediata y sin cita previa, si se cumplen con los requisitos para la realización del examen. Comparadas con campañas realizadas en décadas anteriores, el

grupo de mujeres mayores de 45 años nos narraron como se sentían molestas por la manera en que se realizaban, al respecto Silvia mayor de 45 años nos cuenta “*Eso fue en el Centro. Ahí me mandaron a mí a la primera citología (...) Yo no me acuerdo muy bien, Pero había una fila, bueno todas éramos mujeres, y era una citología porque teníamos chanclas y teníamos falda*¹⁶... cuando comienzan a entrar de a cinco, seis... y yo le digo que fue horrible, para mí, mi primera citología fue una experiencia terrible” (**Silvia**, grupo subsidiado 45-55).

Otra estrategia que facilita el acceso de las participantes al examen, fue el establecimiento de programas de toma de la citología dentro de las IPS y las EPS, cuyos horarios de atención se acomodan a las necesidades de algunas de las participantes: “*Yo llego a mi EPS y pregunto: “Buenas hágame un favor, ¿A qué horas están haciendo las citologías?” y dicen: “De lunes a viernes, entre las 8 am hasta las 12.00 pm, y desde las 2 de la tarde hasta las 4 de la tarde”* (**Patricia**, grupo contributivo 45-55).

La última opción que tienen estas mujeres para hacerse la citología de manera más rápida, es la de recurrir a la cita particular, la cual se encuentra disponible para aquellas que tienen capacidad de pago. Aunque lo anterior tiende a incrementar sus gastos, algunas de ellas prefieren recurrir a esto, a seguir soportando la demora para la asignación de sus citas o debido al estado avanzado de su enfermedad: “*Por la E.P.S. es demorado. Yo un día quería hacérmela, llame y me dijeron que tenía que ir primero al médico general y de ahí él me remitía. A mí nunca me ha gustado la E.P.S., yo la tengo pero no la uso, siempre voy a médico particular. Entonces, nada, llame a una clínica cerca a mi casa y enseguida me daban la cita. Pues tenía que pagar aparte, pero fue así”* (**Juliana**, Participante grupo subsidiado 15-25)

Aunque muchas participantes han recurrido a algunas de las estrategias nombradas anteriormente, se debe recalcar cómo no todas tienen los medios para costear una cita

¹⁶ La falda era un recurso que en años anteriores servía para combatir la vergüenza y pudor ocasionados por la desnudez. Varias entrevistadas afirmaron hacer uso de la misma actualmente para la toma de sus citologías.

particular o incluso, no todas estas mujeres se enteran de la realización de las campañas gratuitas que se realizan en algunos centros de salud o salones comunales de sus barrios. Finalmente, llama la atención como al ser el ejercicio de la sexualidad uno de los requisitos que llevan a una mujer a hacerse el examen, esto se ha convertido en un limitante en el acceso al examen, de aquellas mujeres que ya no se encuentran sexualmente activas: *“Pero yo ya no tengo relaciones. Tengo meses que no tengo relaciones. Ó sea sí, yo en la calle veo letreros sobre la citología y me pongo pensativa, no sé si hacérmela o no. La relación hay que tenerla con el hombre, no con el espéculo. Pero la citología se hace porque ahí hay relación sexual”* (Victoria, participante grupo subsidiado 25-45).

No obstante, las entrevistas con el personal de salud sirvieron para entender como mujeres a partir de los 25 años que nunca han tenido relaciones sexuales o aquellas que han reducido la frecuencia de las mismas, deben hacerse la citología: *“Si a los veinticinco la mujer no ha iniciado su vida sexual, le comenzamos a solicitar que empiece a hacerse una citología cérvico-vaginal, esto es muy importante, ¿Porqué? como hemos dicho ya, los cambios en el cuello de la matriz -que no necesariamente tienen que ver con la relación sexual-, son cambios que pueden afectar en algún grado el riesgo de bienestar de la mujer, entonces el proceso de irritación, de inflamación por cambios hormonales de la mujer”* (Ginecólogo; Consulta particular).

Al respecto, Singleton (1996) explica como la sexualidad femenina tiene gran importancia a la hora de diseñar políticas y programas para la toma de la citología *“existe un consenso medico en el que se ha vinculado el cáncer cervical con la actividad sexual y con “la promiscuidad” que conlleva explicito una sanción a las prácticas sexuales, particularmente las femeninas. Por lo tanto, el programa está dirigido a mujeres que son sexualmente activas”*¹⁷ (Ibíd., 1996; 447). Esto explicaría como en los documentos promocionales del examen y muchas de las campañas o comerciales de radio y televisión, han reforzado la idea que el examen sólo se encuentra disponible para mujeres sexualmente activas. Esta falta de información y de aclaración con respecto a cómo los cambios hormonales u otros

¹⁷ Traducción propia.

factores, también deben ser tenidos en cuenta a la hora de hacerse el examen, y probablemente está privando a aquellas mujeres que aun no han iniciado su vida sexual o que han reducido la frecuencia de las mismas, de hacerse el examen.

Lo anterior, lleva a concluir como la condición de una vida sexual activa recreadas en las guías, manuales, y políticas públicas, juega un papel determinante dentro de la decisión de estas mujeres de hacerse el examen, y como a lo mejor, está dejando por fuera aquellas mujeres que no cumplen con este requisito.

Segundo paso: ‘Preparaciones previas’

Tras solicitar la cita, el personal de salud encargado les pide a las mujeres llevar a cabo una serie de recomendaciones, para facilitar la calidad de la muestra obtenida a través del examen: *“Se toma la citología 10 días después de finalizado el periodo menstrual, no es adecuado tomar la citología con este; no haber tenido relaciones sexuales tres días antes del examen; no haberse aplicado óvulos ni duchas vaginales; y entre otras cosas, pues asistir con ropa cómoda”* (**Enfermera Jefe**, nivel 1 de atención; programa de EPS). Estos puntos han sido estipulados dentro de la Norma y se estima que el no cumplimiento de estos pasos puede afectar la lectura que el cito patólogo, hará de la muestra.

Para las mujeres la recomendación más relevante fue el hecho de abstenerse de tener relaciones sexuales días previos al examen, pero ninguna de ellas conocía el verdadero trasfondo o significado de este tipo de indicación. Aun así, algunas participantes expresaron molestias frente a las mujeres que no cumplen con este requisito: *“Y el requisito cuando uno va es no tener relaciones, como desde ocho días antes, pero hay mujeres que por hacérselo rapidito, porque yo he escuchado conversaciones y me pareció como tan feo, porque se supone que la citología es para cuidarse uno, no del marido. ¡Si tuviste relaciones, no te la hagas ¡pero no, ellas van por coger el espacio, y el tiempo para hacerse la citología y me parece como incorrecto, entonces si hay como mujeres que no están bien informadas sobre la importancia de la citología”* (**María Camila**, Participante grupo subsidiado 15-25)

Sin bien los requisitos obedecen a necesidades técnicas, en su mayoría las mujeres las asociaron con normas de higiene y aseo, que son interpretadas y ejecutadas de manera diferente, según la edad de las participantes. Para las mujeres entre los 15 y 25 años, además de cumplir con los anteriores requisitos, han optado por la depilación de sus genitales (aun cuando no aparece dentro de la lista de recomendaciones) como una forma de prepararse y presentarse ante el personal de salud:

Angélica: A uno le dan, un folletico para prepararme antes de la citología, obviamente, que no tuviera el periodo

Juliana: Ah pero obvio

Valentina: Yo tengo que irme depilada

Juliana: No es que siempre se aplique lo del papelito, pero por lo menos yo siempre me depilo

(Participantes grupo subsidiado 15-25)

Las participantes de los grupos de edades entre los 25- 45 y los 45- 55 años del régimen subsidiado, le dieron una mayor importancia al hecho de realizarse un aseo adecuado de sus genitales y a la necesidad de ir en ropa cómoda al examen. El aseo íntimo que estas mujeres realizan, se manifiesta en el uso de remedios caseros que no siempre han sido recomendados por el personal de salud y que más bien hacen alusión a saberes heredados de madres a hijas, que de igual manera son formas de aseo utilizadas regularmente tras las relaciones sexuales:

Viviana: Normalmente se baña uno bien, aseo como mandan a decir; de pronto si cuando decían que en falda, era en falda

Clara: A mí me dijeron que antes de hacerse la citología, es necesario su baño vaginal; echarle unas góticas de vinagre al agua. Independientemente uno no se debe echar jabón en las partes genitales, sino un poquito de vinagre y con eso se moja, y se hace eso en su vagina y se lava.

Inés: Yo nunca he escuchado que se echa uno vinagre jajaja

Beatriz: No, para eso hay jabón de baño.

(Participantes grupo subsidiado 25-45)

Silvia: Pero digamos en el caso de las mujeres que teníamos marido, y a veces los maridos son bien ‘perrunchos’ como el mío... yo llegue a tener

infección por culpa de él. Yo tuve una pequeña infección, y cuando mi mamá me dijo “mija, báñese con jabón Rey” para mí, eso es sagrado. Y desde ahí no sé que es una infección, no sé que es un mal olor

(Participante grupo subsidiado 45-55)

Con respecto al aseo personal, el personal de salud tiene diversas opiniones, para algunos/as los baños vaginales íntimos no deberían llevarse a cabo, no sólo porque pueden alterar la muestra, sino incrementar el riesgo de la aparición de una enfermedad. Sin embargo, el personal de salud si ha sido enfático en promover el aseo externo de los genitales, e incluso hay quienes descalifican o recalcan como esto puede llegar a afectar la calidad de la muestra.

De otro lado, la higiene genital no siempre está en manos de las pacientes, ni del personal de salud, tal como lo narra una de las enfermeras auxiliares: *“Por lo menos una vez llego una paciente que yo le decía, o mejor dicho la mande a bañar porque olía terrible, y me dijo no, que ella nunca se podía bañar porque al esposo no le gustaba que se hiciera aseo genital, entonces ya a uno se le sale de las manos. De lógica la muestra va a salir, primero que todo contaminada, y después con lo que venga”*.

Es así como en el otro extremo se encuentran mujeres que insisten en la higiene genital y la depilación, por el temor a ser juzgadas por el personal de salud durante la citología. Al respecto Judith Bush (2001) muestra como la literatura feminista ha explorado la manera en que el discurso médico tiende a regular la forma en que las mujeres asimilan sus genitales como “partes del cuerpo sucias” las cuales necesitan de una regulación estricta de aseo, y que debe ser incorporada dentro de su femineidad (Ibíd., 2001). Margaret Lock (1993) señala como por lo general, los fluidos corporales han sido referidos dentro del espacio biomédico, como construcciones normativas para brindar explicaciones sobre la enfermedad, la sexualidad y el orden moral, ayudándonos a comprender cómo la necesidad de regular el aseo de los genitales se convierte en una especie de “carta de presentación” ante el personal de salud y la manera como las mujeres quieren ser percibidas dentro de esta práctica.

Otro requisito es el uso de ropa cómoda, sin embargo no es muy claro para quién, para qué, y a qué hace alusión esta comodidad. Para las mujeres entre 25 y mayores de 45, se traduce en el uso de falda y sandalias, pues fue una recomendación que se daba en años anteriores, en respuesta al pudor de las mujeres y a la ausencia de batas. Hoy en día a pesar de la presencia de las batas, varias mujeres comentaron preferir ir en falda, porque sólo hay disponible una bata para todas:

Mercedes: Antes recomendaban que uno fuera en falda y sin medias de pronto pero uno allá, puede ir como quiera eso es solamente que se quiten la ropa de ahí para abajo

(Participantes grupo contributivo de 45-55)

Mariana: Yo voy en falda

Fernanda: En falda

Flor: Yo me voy en sudadera

María Camila: De todos modos allá le dan a uno una bata. Lo que no me gusta es que a veces colocan una y se la ponen todas

Diana: ¡Se la ponen todas!

María Camila: Eso es lo que lo hace como antihigiénico, eso sí lo note...

(Participantes grupo contributivo de 25-45)

Finalmente las mujeres reconocen que deben hacer otra preparación antes de la citología, que no es contemplada en las recomendaciones del personal de salud: “*Se prepara uno. O por lo menos psicológicamente me preparo; ‘Dios mío que no me vaya a doler’*” (Silvia, grupo subsidiado 45-55).

La preparación consiste en tener una “actitud emocional positiva” que las ayude a afrontar la citología, y lograr dejar de lado malas experiencias y el profundo deseo de encontrarse con un personal amable, que les sonría, las salude, no las regañe, que las trate como personas. Para otras la preparación es pensar que es un examen “normal y natural”, sin mayores implicaciones en sus vidas, en el cual no sienten nada, y en donde en la medida de lo posible, se desea se haga de manera rápida. En palabras coloquiales, ‘*al mal paso darle prisa*’.

En uno u otro caso la vivencia que las mujeres han tenido no sólo con el proceso del examen, sino con el personal de salud, con su genitalidad, su sexualidad, y sus parejas, inciden en la preparación personal para sobrellevar el proceso de hacerse el examen.

Tercer paso: ‘La toma de la muestra’

Primero: El formato

Bertha: Preguntan cuando fue su última citología

María: Pues a uno le preguntan lo normal...

Inés: Cuántos hijos tuvieron, cuántos abortos

Bertha: Cuántos embarazos, cuántos hijos vivos, cuántos nietos

María: Embarazos normales, cesáreas

(Participantes grupo subsidiado 25-45)

María Camila: Me preguntaban [una vez], cómo una pregunta, cómo tan... tan fea: “¿Con cuántos hombres has estado?” eso es tan absurdo

(Participante grupo contributivo, 25-45)

Segundo: La desnudez...

Clara: Dice “Pase al baño mamita”

Bertha: Salga como Adán y Eva

Clara: Desvístase

Inés: Toca quitarse los calzones

(Participantes grupo subsidiado 25-45)

Tercero: Asumiendo una posición en la camilla ginecológica...

Andrea: Pues te dicen como sentarte

Ángela: Entonces están los aparaticos estos donde uno pone los pies, entonces yo siempre que lo hago, yo digo que me siento embarazada

(Participantes grupo contributivo 15-25)

Diana: Uno coloca los pies en esas cosas

Constanza: Y uno por lo general cierra las piernas, le da pena

Patricia: Eso es ‘abra las piernas’ entonces uno no las abre y le dicen, “ábralas más”, y eso da pena

Flor: Y uno es ‘no me jale que me va a tumbar de la camilla señorita’

(Participantes grupo contributivo 25-45)

Cuarto: La introducción del espéculo a través del canal vaginal...

Antonia: Eso cogen esas ‘cucharitas’ y hacen como esto (Con las manos imita la apertura del espéculo)

Cecilia: Y eso es muy frío, y ya en el momento cuando le introducen eso... se siente feo ¿Sí?
(Participantes grupo subsidiado 15-25)

Gloria: Tiene que uno relajarse, ‘relájese y aflójese’

Matilde: Eso cierro los ojos, no más. Y me tengo así de la camilla (cierra fuertemente los puños). Cuando me van a colocar una inyección, lo mismo
(Participantes grupo contributivo 45-55)

Quinto: Lo que se siente durante la toma de la muestra...

Inés: Duele un poquito

Bertha: Sí

Inés: Un pellizquito

Bertha: Se siente como si le estuvieran arrancando algo

Alicia: ¿Eso lo extraen de la matriz o del cuello del útero?

Clara: ¡Lo extraen! para ellos poder limpiar con el copito
(Participantes grupo subsidiado 25-45)

La toma de la citología en el espacio de salud es un proceso formado de pequeños pasos, donde se es susceptible de ser y sentirse juzgada. Las mujeres narraron cómo el primer paso a seguir durante la consulta, es el de diligenciar un *formato*¹⁸, que generalmente indaga por datos sociodemográficos y reproductivos. Sin embargo varias mujeres expresaron como particularmente las enfermeras hacen preguntas sobre la vida sexual de las mujeres, en un tono que muchas, suelen llamarlo como acusatorio. Al respecto Antonia nos narra lo siguiente:

“Pues a mí me han preguntado con cuantos hombres he tenido relaciones, pero yo digo que solo he estado con mi esposo. Una vez me dijo la persona que me estaba atendiendo: ‘Ay pero usted no sabe si su esposo se está acostando por allá con otra’, y yo le dije ‘No’, y me dijo ‘Use condón así este en embarazo’, y yo le dije ‘Que no, que yo estoy segura’. También me preguntaron sobre cómo tengo sexo; si sexo anal, sexo oral, sexo no se qué, y así... Y la enfermera se me quedaba así viendo y me decía ‘¿Usted me está diciendo la verdad?’ y yo le dije que claro, que cara de que me está viendo... Pero qué pena, ¿Es que acaso

¹⁸ En el formato se llena con los datos básicos, es decir: la fecha, el nombre de la institución que la está tomando, los nombres y apellidos, la edad, la fecha de nacimiento, teléfono, dirección, la ciudad, fecha última citología, si es operada para no tener hijos, métodos de planificación y ahí le dan a uno unas pautas que sí es con preservativos, sí es inyectable, sí es oral, u otros, entonces a uno marca dependiendo de lo que le diga el usuario. También se pregunta donde se tomó su última citología, cómo le salió el resultado, si le han hecho procedimientos en el cuello o la matriz (cauterización o radioterapia, histerectomía). Igualmente se coloca el nombre de la persona que tomó la citología, que puede ser promotora de salud, enfermera auxiliar, citopatóloga, o la enfermera jefe (Enfermera auxiliar; Consulta IPS Cali).

todo el mundo ha tenido sexo anal? Después de eso entró otra compañera, yo le pregunte que si le habían preguntado lo mismo, y dijo no.

(Antonia, grupo subsidiado 15-25).

Las mujeres participantes no saben el por qué de este tipo de preguntas, y ellas expresan como la falta de “tacto” a la hora de preguntar, junto con los reproches que muchas veces suelen hacer las enfermeras sobre sus parejas y su sexualidad, han provocado que muchas de ellas duden, omitan o no respondan con sinceridad estas preguntas.

María Camila: Es que a uno le toca, porque a veces uno no quiere como decir todas las cosas. Toda la vida de uno es personal. No hay lío ahí, si estuve con 2, 3, 10 hombres, uno que va a saber

Diana: Sí estuve con mi marido y con el amante, uno no se va a poner a contarles cómo le va en la cama

Flor: Yo creo que nadie dice la verdad

(Participantes grupo contributivo 25-45)

Este tipo de cuestionamientos pueden ser realizados con una buena intención, pero terminan vulnerando y juzgando la vida de las mujeres. De este modo, se juzga la vida sexual y afectiva de los hombres a través del cuerpo de las mujeres, e incluso algunas mujeres ven en la citología y en lo que esta puedan decir de sus cuerpos, la evidencia de la infidelidad masculina. En uno y otro caso, esto pone en evidencia como la sexualidad, la reproducción, la genitalidad, el erotismo y los afectos se relacionan de manera compleja con otros espacios diferentes al íntimo, y en todos ellos, las ideas de lo qué es un hombre y una mujer, poseen una importancia particular.

El espacio de salud no es ajeno a esta dinámica y por el contrario, en el caso que nos ocupa cobra relevancia, como bien lo afirma Patricia Tovar (2006) explica cómo muchas veces el encuentro médico- paciente suele estar guiado por el tono acusatorio empleado por el personal de salud para referirse a la vida sexual de las mujeres, en donde los regaños y la falta de una explicación concisa sobre el origen de estas preguntas, suele causar desagrado entre las usuarias de estos servicios (Ibíd., 2006).

Pierre Bourdieu (2001) recalca cómo los comportamientos y actos sexuales se encuentran afectados por los significados sociales que hombres y mujeres, les han atribuido (Ibíd., 2001). Esto ha terminado por influenciar y fortalecer sesgos de género en el área de la salud traducidos en diferencias en la atención de hombres y mujeres (Castro, 2005; 163).

Por su parte las mujeres mayores de 45 años de edad, dijeron no haber sido “víctimas” de este tipo de abusos y por el contrario consideraron necesario responder a este tipo de preguntas con el fin de lograr un mejor diagnóstico: *“La verdad es necesario, porque, así conforme uno tenga su vida sexual, así mismo es su vida de salud. A veces uno de mujer, cree que porque es joven, por x o y motivo, uno a veces tiene una vida sexual desorganizada”* (**Silvia**, participante grupo subsidiado 45-55). Es muy posible que a las mujeres mayores no se les haga este tipo de preguntas por considerar que no llevan una vida sexual activa, esto se relaciona con las apreciaciones que se tienen culturalmente de la sexualidad femenina durante la vejez.

Un elemento común que también les causa malestar sin importar la edad ni el régimen de atención, fue la falta de privacidad de los consultorios durante la consulta:

“A mí me tocó en el Hospital San José, donde hay mucha practicante. Allá me tocó ver como trataban a las pacientes. Las más grandes les preguntan a las estudiantes “Entonces, ¿Qué tiene ella?”, y ese día recuerdo que me regañaron... uno no tiene por que salir regañada”

(**Flor**, grupo contributivo 25-45).

“Nunca falta la posibilidad que uno este en la citología y entre alguien, siempre es normal” (**Mercedes**, grupo subsidiado 25-45).

La medicina siempre ha establecido límites entre lo público y lo privado dentro de la práctica, y tal como lo indica Ludmilla Jordanova (1989) tanto el uso del espéculo dentro del examen ginecológico como la intención de proteger el pudor y la intimidad de las mujeres durante la consulta, ha exigido que este tipo de prácticas sean llevado a cabo en el terreno de lo privado, en donde el pudor de la mujer sea lo menos violentado. Sin embargo, vivencias como las anteriores fueron encontrados en todos los grupos focales, mostrando

cómo esta norma de 'lo privado', ha pasado a un segundo plano, haciendo que la falta de privacidad dentro de los consultorios, se haya convertido en una práctica recurrente.

Varias de las entrevistadas han vivido estas experiencias que les genera vergüenza o incomodidad pero ninguna señaló haberse quejado ante su IPS o EPS, al respecto mencionan que lastimosamente existe un tipo de acostumbramiento a estas deficiencias en la atención. Judith Bush (2001) dice que este tipo de resignación ha generando en las mujeres un rechazo hacia el examen.

El uso del espéculo:

Dayana: Pero cuando me dice esa muchacha que había que abrir las piernas y cuando veo esas *“tijeras”*

(Participante grupo subsidiado 15-25)

Juliana: A mí el doctor me la hace con las *“palitas”*

(Participante grupo contributivo 15-25)

Constanza: Eso es una *“espátula”*

(Participante grupo contributivo 25-45)

En la citología el espejo es un objeto ajeno y desconocido para las mujeres y ninguna de las entrevistadas ha recibido información previa de cómo funciona, la finalidad de este instrumento dentro del examen, los tipos de espejos que hay, el por qué en ocasiones se utilizan de material de acero quirúrgico y en otras de plástico, o el tipo de esterilización que reciben los espejos “metálicos”. De este modo, la dudosa esterilización de este instrumento, ha fomentado entre las entrevistadas, la creencia de que estos son *“objetos reciclables”* que pueden transmitirles infecciones urinarias y enfermedades de transmisión sexual, entre otros: *“Y uno no sabe si después de la anterior paciente, lo lavaron o lo dejaron así. Igual cuando uno entra ahí no hay nadie, no sabe si lo lavaron o qué”* (**Cecilia**, grupo subsidiado 15-25).

Al desconocer el espejo, la experiencia de ser penetradas por este objeto resulta molesta e incómoda, de tal manera que se le nombra de acuerdo a cómo ellas sienten (tijeras, chuzos,

tubos, palitas, etc.) y que de igual manera hace alusión a como ellas imaginan el interior de sus genitales.

Las participantes señalaron que este tipo de dudas e inseguridades podrían resolverse fácilmente, a través de una buena información previa al examen, sin embargo, la brevedad del tiempo de la consulta (10 minutos) y el hecho de no ser atendidas por la misma enfermera anualmente, han sido dos elementos que han terminado por afectar la comunicación, y el establecimiento de lazos de confianza entre las participantes y el personal de salud: *“La segunda citología que me hice en la E.P.S, no me gusto mucho, porque la enfermera fue súper odiosa. Me sentí incomoda, porque era como con afán... fue muy rápido entonces cuando a ti te hacen eso, te lastiman”* (Ángela, participante grupo contributivo 15-25)

Mitos o verdades, la creencia en la transmisión de enfermedades a través de las herramientas utilizadas durante la toma de la citología puede de nuevo llevarnos a pensar cómo este tipo de inconvenientes, debería motivar a las mujeres para hacer efectivos sus derechos y a la vez hacer evidente el tipo de factores que están afectando negativamente las vivencias sentidas por las mujeres relacionadas con la citología.

Cuarto paso: ‘La entrega del resultado’

El éxito de la citología va mucho más allá de que las mujeres se hagan el examen o el hecho que la muestra haya sido tomada correctamente. Este también depende de las medidas tomadas por el personal de salud para evitar que las mujeres se sientan degradadas, denigradas, o maltratadas. Pero además, probablemente el momento más decisivo de todo este proceso será la entrega y lectura de resultados y dependiendo de estos, la atención y tratamiento al que toda mujer tiene derecho.

La entrega y lectura del resultado, es uno de los pasos más emotivos de todo este proceso, debido a que un buen o mal resultado, puede llevar a la mujer más que a reflexionar, a estigmatizarse y discriminarse, por creer que tuvo “malas” conductas que están incidiendo de manera negativa sobre su salud:

Constanza: Cuando sale algo, entonces uno dice no: ‘pues yo cometí este error’; cuando me dicen esto que me tengo que hacer, ya ahí de pronto uno se sienta a pensar, a cuestionarse

Diana: Exacto, sí

Constanza: Uno dice no, como mi citología está bien, entonces no he hecho nada. Pero cuando sale mal, es que yo creo que vienen los remordimientos.

(**Participantes** grupo contributivo 25-45)

Vicky Singleton (1995), en su investigación sobre la toma de citología en el sistema de salud inglés, encontró como muchas veces este tipo de culpabilización producido por las mujeres, se debe a los tabúes sociales y prejuicios que la sociedad ha impuesto sobre el cáncer cervical, los cuales, han terminado por definirla como una ‘enfermedad sucia’, vinculada a la promiscuidad ejercida por parte de la mujer (Ibíd., 1995). Esto hecho hace que las mujeres sean juzgadas por sus propias acciones, promulgando una visión distorsionada de lo que realmente ocurre en el cuerpo de una mujer y cómo la relación de pareja influye en este tipo de diagnóstico (Ibíd., 1995).

A lo anterior se suma la falta de claridad, por parte del personal de salud, para explicar los resultados, de tal manera que algunas hacen su propia interpretación, como bien lo mencionan las siguientes mujeres:

Patricia: No, hay cosas que no... por lo menos cuando me dan los resultados, uno nunca pregunta todos los términos que salen ahí

María Camila: Cuando me dan los resultados, uno por intuición sabe que salió la flora y tiene esto... Uno por ideas

Flor: Pero yo no entiendo

María Camila: El doctor le explica a uno, que se le presenta por esto y lo otro...

Patricia: Y dicen: “eso no es nada grave”, pero uno no sabe

(**Participantes** grupo contributivo 25-45)

De nuevo, sale a relucir, la importancia que tiene la relación entre el personal de salud y las pacientes, mostrando como muchas de las dudas y temores sentidos por las mujeres en

relación a su diagnóstico, podrían ser resueltos si el personal de salud se diese a la tarea de explicar los resultados y las implicaciones que traen para la salud.

Respecto a la calidad de los laboratorios y la precisión de los resultados, muchas mujeres pertenecientes a ambos regímenes, manifestaron su preocupación por la calidad del análisis que las instituciones en donde se les practica el examen hacen sobre las muestras de su citología, y cómo un mal diagnóstico le ha impedido a algunas mujeres recibir un tratamiento oportuno. Este tipo de situaciones de igual manera motivan que las mujeres busquen la consulta particular a la hora de hacerse el examen.

Laura: Pero eso no es 100% seguro, porque mi hermana hace como tres años más o menos, tuvo cáncer de cuello uterino y ella ya no puede tener hijos. Ella iba a hacerse su citología anualmente y cuando se lo descubrieron, fue porque le llegó una hemorragia y le dijeron que era un aborto, para más piedra. Pero era que tenía cáncer y ya la masa le había invadido todo el útero

(Participante grupo subsidiado 15-25)

Flor: Mi mamá se hacía la citología, todo le salía bien, de pronto que se le había inflamado nada más un poquito, pero hasta que no le hicieron la citología con la biopsia, fue como el gran golpe. Fue duro para ella, y luego ya no hubo nada que se pudiera hacer, tenía un cáncer, un tumor, más grande que un huevo. Entonces eso se la llevo.

(Participante grupo contributivo 25-45)

Los manuales, guías, protocolos y pautas que se dan al personal de salud para realizar la citología no ofrecen información que les permita abordar los problemas antes mencionados, es decir, las emociones y dudas de las mujeres con relación a este paso, no se contemplan como problemas sentidos. Este tipo de acciones podría poner en evidencia como muchas veces la práctica médica “(...) lleva a ignorar aspectos humanos como las emociones y nuestras relaciones con los demás” (Martín, 2001; 20).

Quinto paso: ‘Controles o siguientes citologías’

El último paso a seguir por las participantes de los grupos focales, es la toma de su siguiente citología:

“Yo creo que la primera vez se te quito el miedo y viste que no pasa nada, todo depende de la primera experiencia, es como en todo. Si tuviste una buena experiencia en tu primera vez, ya la segunda sabes a lo que vas, la tercera también, la cuarta, la quinta, y yo la verdad, yo voy a la fija, jajaja, yo voy a lo que voy” (Juliana, grupo contributivo 15-25).

Sin embargo, las mujeres cuyos resultados de la citología fueron positivos para lesiones de CaCU, deberán seguir un protocolo diferente que las hará acceder al examen de la colposcopia biopsia¹⁹, el cual se encuentra amparado dentro del nivel de atención II del sistema de salud colombiano: *“No, no, no, esa colposcopia ya la hace el ginecólogo, eso es un procedimiento especial hecho a la paciente”* (Enfermera Jefe; Consulta EPS). De este modo, estas mujeres pasan de ser atendidas del personal de enfermería, a consulta con ginecólogas y ginecólogos.

Algunas de las participantes entre los 25 y 45 años que narraron haber tenido citologías positivas²⁰, señalaron como se les había solicitado hacerse la colposcopia biopsia, sin embargo, varias comentaron cómo aún no han sido informadas sobre el procedimiento: *“A mí no me pudieron hacer la última biopsia porque me la enviaron en diciembre, fue cuando otra vez me empezaron las hemorragias, y no he estado muy bien desde entonces para podérmela ir a hacer, porque se va el período pero queda una manchita, y ya después viene el período, después una hemorragia, es una cosa que no he podido ir a hacérmela. Pero no sé cómo será con una biopsia, me imagino que es tomar un pedazo, uno entiende que será un pedazo de músculo, de tejido digámoslo así. Me imagino qué es lo mismo que la citología, es como tomar un pedazo”* (Diana, grupo contributivo 25-45).

¹⁹ “En la colposcopia biopsia, se utiliza un lente de aumento con el que examina en detalle el cuello uterino, y aplica unas coloraciones para buscar de que sitio fue el origen de la anomalía de la citología; según lo encontrado uno toma una muestra llamada biopsia que es un pedacito de tejido de cuello de la matriz y se manda otra vez a examen patológico; se manda en un liquido fijador, en formol, allá le echan colorcito, la miran al microscopio en detalle, para ver porque era la anomalía en la citología y ya la paciente debe seguir un control riguroso, estricto, hasta que haya normalizado la situación, y se hagan los tratamientos requeridos” (Ginecóloga; investigadora grupo AMC)

²⁰ Citologías positivas se refiere a aquellos resultados que indican la presencia de lesiones de cáncer de cuello uterino

Es preocupante observar cómo muchas de las participantes no tienen información precisa del tratamiento que deberán llevar a la hora de tener un resultado positivo. De igual manera es resultó ser mucho más angustiante encontrar que el sistema de salud no lleva un control o seguimiento de estos casos. Este dato se hizo evidente durante la asistencia a la Jornada de Actualización de Tamizaje, en donde se discutió cómo muchas de las IPS o EPS encargadas de atender este tipo de pacientes, no tienen la infraestructura para realizar los posteriores exámenes requeridos durante el tratamiento.

Al pertenecer la colposcopia biopsia a otro nivel de atención superior, se ha requerido en la mayoría de los casos, remitir a las pacientes a instituciones privadas, porque ninguno de estos regímenes se hace cargo de este proceso, hecho que dilata el diagnóstico y tratamiento oportuno, evidenciando que el problema de la toma de la citología no es exclusivo de la voluntad o conciencia de las mujeres, sino va mucho más allá, e involucra las políticas y reglamentaciones que sobre el tema se realizan.

El proceso de diagnóstico y tratamiento, es considerado por las mujeres, como más demorado y de baja calidad en el régimen subsidiado. Esto las lleva a atravesar por tres situaciones: una dejar en manos de un ser supremo (Dios) su vida, emprender acciones jurídicas como tutelas, o hacer esfuerzos económicos y afiliarse al régimen contributivo con el fin de evitar demoras y tener acceso a especialistas que se dieran a la tarea de orientarlas durante todo el proceso. Así lo expresaron dos de las participantes:

“Cuando fui a hacer las terapias y me dijeron que tenía que hacerme la quimioterapia, estábamos pasando por una situación económica dura, llegó mi esposo y me dijo ‘yo necesito que trabaje, necesito de alguna manera se mejore, yo veo que está enferma, yo no sé cómo voy a hacer, a mí no me alcanza el sueldo’ ¿Pues qué hice? me subí a una azotea a hablarle a Dios, ‘llore en silencio’ como se dice, y el médico quedo atrás. La situación económica no lo permite (...) muchas veces no son los maridos, yo creo que debería haber un auxilio para esas personas que en cierto momento llegan a necesitarlo”

(Silvia, grupo subsidiado 45-55).

Por su parte Irma nos comenta:

“Sí, para que. Allá fue todo más sencillo que en la IPS; fueron muy buena gente, y son como menos groseros los médicos con los que uno va a pedir cita normal. Porque en esa institución son muy bellas personas, por lo menos los que a mí me tocaron, muy sencillos. Y le hablaban, le explicaban a uno lo que le iban a hacer, y según como saliera el examen, lo que nos tocaba hacer, no era de esas personas como “bueno ya, hasta luego, ya estuvo el examen, váyase”, ¡No! Se sentaban con uno, iban anotando, y ella le explicaba a uno lo que iban anotando.

El tratamiento para el control avanzado de las lesiones de CaCU, suele ir acompañado de la toma de citologías en lapsos cortos de tiempos (tres meses aproximadamente), con el fin de observar el progreso y efectividad del tratamiento. Pese a lo incomodo que puede resultar este tipo de tratamientos, muchas de las entrevistadas están dispuestas a sobrellevar este tipo de tratamiento con el fin de recuperarse totalmente de esta enfermedad.

‘Silvia’ nos muestra como muchas veces las mujeres han debido sobreponerse a los malestares de sus cuerpos debido a petición de terceros. Como lo señala Lagarde (2003), el cuerpo de la mujer en estos casos, pareciera pertenecer a un tercero que tienden a decidir sobre lo que se hace o no sobre este: “Sobre ese cuerpo y esa sexualidad históricos se han estructurado su subjetividad y sus posibilidades de vida como espacio para los otros. La historia de la mujer como género, ha sido hasta ahora la de un ser-de-los-otros” (Lagarde, 2003; 64). Esto ayuda a interpretar como en este caso, ella tuvo que decidir interrumpir su tratamiento al pensar en el bienestar de su familia, pero además se vio obligada a hacerlo, debido a la falta de recursos económicos y de un deficiente sistema de salud.

Segunda parte:

‘Tomar una citología: Vivencias desde el espacio de salud’

En el aparte anterior se compartieron las vivencias de las mujeres con la toma de sus citologías. A través del análisis y evaluación del proceso para hacerse el examen, se encontraron varios puntos que hicieron alusión al discurso y la forma de llevar a cabo esta práctica dentro del sistema de salud colombiano, están incidiendo en la manera como ellas conciben el examen, en sus cuerpos, y en el ejercicio de su sexualidad.

Las vivencias de las mujeres frente al examen fueron una invitación a indagar por las apreciaciones que el personal de salud tenía sobre este mismo proceso, las cuales se encuentran mediadas por la práctica de protocolos, técnicas, y trámites administrativos. Este sección abordara las apreciaciones del personal de salud frente a la citología en contrastaste con las vivencias de las mujeres

Para empezar, si bien el discurso de la salud contempla en la actualidad el ciclo de vida de la mujer como un referente significativo en su quehacer, la citología no es contemplada como un examen que amerite un acercamiento particular, es decir, las normas no consideran informar a las mujeres desde la adolescencia sobre este examen en todos sus aspectos. Esto plantea por un lado la poca investigación social que se ha realizado sobre este examen, lo que llevaría a replantear el significado de ‘salud de la mujer’ y el enfoque de género en trabajos que se den la tarea de analizar prácticas –como la citología– aparentemente cotidianas.

Primer paso: ‘Otorgando la cita’

Cómo se mostró anteriormente la citología se ubica dentro del primer nivel de atención y efectivamente para acceder a ella se debe pasar por el médico general: *“La promoción de la toma de la citología, [se hace] a través de la consulta efectuada por los médicos generales, y por medio de unos talleres realizados a toda la población femenina, entonces pues esa es la primera medida”* (Enfermera Jefe; Consulta EPS).

Algunas instituciones que cuentan con un programa establecido para la toma de la citología, realizan este tipo de talleres, los cuales buscan consolidar la estrategia de promoción y prevención para incentivar y educar a las usuarias –y sus parejas- en la necesidad de solicitar una cita para la toma de citología cada año y de cómo la citología sirve para detectar a tiempo la presencia del Virus de Papiloma Humano causante del CaCU.

Pero cuando no existen programas organizados, el personal de enfermería recurre a las carteleras o afiches explicativos, con los pasos del procedimiento y fotos de cuellos uterinos exhibiendo distintas patologías. Sin embargo, la advertencia más importante durante todo el proceso, es la de explicar cómo pedir una cita para el examen no evita el desarrollo del cáncer de cuello uterino, pero sí puede llevar a un diagnóstico oportuno:

“Si se toma la citología, no es que no le vaya a dar la enfermedad, porque eso es falso, si le puede dar la enfermedad, pero la importancia de esto es que cómo a través del examen se le puede diagnosticar a tiempo una afección, y en base a ese diagnóstico oportuno, se le puede hacer un tratamiento”

(**Enfermera jefe**; consulta EPS).

Estas estrategias, que son esfuerzos significativos, no fueron reconocidas por ninguna de las mujeres participantes, ni en los grupos focales o en los pilotos. De otro lado, aunque el discurso bajo el cual se organizan estas actividades intenta tener un nuevo enfoque, por ejemplo invitar a las parejas, no tiene una reflexión del papel que juegan los hombres en la citología y de hecho para algunas de las entrevistadas, la pareja no representa un apoyo en este proceso, sino por el contrario y como se señaló anteriormente, el resultado de la citología da cuenta de la actividad sexual del compañero.

Los esfuerzos realizados por el personal de salud para motivar a que las mujeres se realicen la citología no logran su objetivo, ocasionando que las entrevistadas perciban la insistencia médica de hacerse el examen, como una presión, imposición, u obligación: “*La verdad yo*

le soy sincera, a mí la citología yo me la hice por obligación, porque me la exigieron, a mí no me gusta” (Silvia, grupo subsidiado 45-55).

Frente a las barreras para acceder a la citología, el personal de enfermería entrevistado expresó como esto se debe a hechos culturales o emocionales: *“Hay muchas mamas que ya no creen en la ciencia y dicen que ya eso es mentira; el temor de ir a abrir las piernas allá y mostrar todo, les da vergüenza” (Enfermera auxiliar; Consulta IPS).* De este modo, se atribuye la ausencia de las pacientes en los consultorios a la pena o vergüenza ocasionada por la exhibición de los órganos genitales frente al personal de salud, especialmente cuando estas van a ser atendidas por hombres.

Sin embargo, las mujeres expresaron cómo la brusquedad de algunas enfermeras las ha hecho optar por ser atendidas por enfermeros quienes son más delicados en la toma de la muestra. Al respecto, el ginecólogo entrevistado explicó: *“Las ventajas que tenemos las personas de otro género, es que como no sabemos todo lo que puede sentir una mujer, tenemos una actitud cuidadosa, procuramos ser lo suficientemente cuidadosos para no molestar, eso es lo que yo puedo decir desde mi experiencia” (Ginecólogo; consulta particular).*

Contradictoriamente el pudor mostrado por muchas mujeres frente al hecho de ser atendidas por un hombre, ha hecho que se contraten generalmente mujeres²¹, afectando la contratación de éstos para la toma del examen: *“Sí, para las pacientes era más difícil, aunque antes había poquitos hombres ejerciendo, pero era más duro así, sobre todo porque hay muchas pacientes que preferían con mujeres. Como en la parte de citología siempre debe haber un auxiliar de enfermería encargada de las citologías, entonces a nivel laboral la gente contrata es enfermeras y no enfermeros, porque por lo general, siempre hay un rechazo hacia ellos” (Enfermera Jefe; consulta pre-pagada).*

²¹ Esto explicaría también el porqué fue difícil encontrar un enfermero para ser entrevistado.

Según las ginecólogas/os entrevistadas, las barreras que están impidiendo el acceso de las mujeres a una cita para el examen, no son de tipo cultural sino de carácter administrativo. Al respecto, las ginecólogas y ginecólogos fueron bastante críticos frente al modo de operar del sistema de salud, y la poca regulación de la atención y calidad del servicio de la toma de la citología, alegando como esto se debe a la falta de recursos económicos:

“Si, son muy pocos los programas y sitios donde tú puedes llegar para hacerte la citología sin problemas; porque las EPS le dan al hospital una cierta cantidad de dinero para hacer todos los programas de promoción y prevención; entonces tu aplicas vacunas, atiendes a las embarazadas, haces todas las citologías, haces todos los programas de ‘P y P’ con una sola enfermera. Entonces terminas teniendo una franja muy restringida, y aunque tienes una enfermera disponible, no que es realmente esté disponible para la toma de citología, sino está ahí para hacer todas estas actividades, por lo tanto, eso es una barrera de acceso que tú ves en los horarios, en lo económico” (Ginecóloga, consulta IPS y EPS).

Lo anterior podría explicar entonces, algunas de las deficiencias administrativas narradas por las entrevistadas en cuanto a lo difícil que resulta solicitar una cita a causa de la demora en la asignación y la calidad de las mismas, alegando cómo la citología ha quedado confinada a un rincón de poca importancia frente a los demás servicios de atención: *“(…) es como si se hubiese dejado la práctica de la citología cérvico-vaginal, en manos de las enfermeras o el personal auxiliar de enfermería, como si fuese la citología una cosa accesorio, como si fuese como ‘modistería’, que es un término que se utiliza en la formación del personal de salud en Colombia, cuando se llega a alguna materia, que es parte del pensum, pero que no es esencial, eso me llamó la atención siempre y por eso me gusta frente a mis pacientes, ser yo mismo quien toma la muestra de la citología cérvico-vaginal (Ginecólogo; Consulta Particular).*

Las ginecólogas y el ginecólogo participantes en esta investigación, señalaron cómo el proceso de pasar primero por el ‘filtro’ del médico general para luego llegar a la citología, no sólo ha producido una demora en la atención e incomodidad de las mujeres facilitando el avance de la enfermedad, alejándolas de obtener una explicación especializada sobre lo que realmente sucede con sus cuerpos: *“Lo otro es que yo veo pacientes ya enfermas con*

una anomalía citológica y generalmente no llegan a mí para que les practique una citología, el primer contacto que yo tengo con ellas es la colposcopia; a la paciente ya le hicieron esas citologías y esa anormalidad en el resultado, se la explico la enfermera y generalmente las explicaciones son erróneas” (Ginecóloga; Consulta EPS e IPS).

El personal de enfermería ha tenido que enfrentarse a casos críticos de lesiones de cáncer de cuello uterino bastante avanzados, debido a los problemas de fragmentación del sistema que dilata la atención e impide hacer seguimiento de un nivel a otro. Al respecto una de las ginecólogas que ha trabajado con población subsidiada y contributiva afirma:

“Hay un problema gravísimo también a nivel de especialistas, de médicos, y enfermeras, y es el desconocimiento para muchos de la reglamentación existente. “En teoría deberías conocer como es la Red de prestación de servicios, eso es algo que se debe difundir, la Secretaría Distrital de Salud como ente rector, debería obligar a cada hospital que tiene contrato con determinada EPS, hacer conocer a sus médicos y a la gente con la cual trabaja, sus enfermeras, como a toda la red que sigue a una paciente de primero, segundo y tercer nivel, para no perder esa validez” (Ginecóloga; Consulta EPS e IPS).

Finalmente, muchos de los esfuerzos para incluir a todas las mujeres dentro de las estrategias destinadas a la promoción y prevención de cáncer de cuello uterino se quedan a medias frente a los difíciles y complejos problemas administrativos existentes. Esto coincide con las críticas realizadas al enfoque de la Salud Reproductiva señaladas por la investigadora Joanne Leslie, en donde muchos de los servicios de atención a la salud de la mujer que se centran en la reproducción y servicios como la citología, quedan relegados a un segundo plano ya sea por la poca atención recibida o por la falta de recursos destinados a esta causa (Leslie, 2001).

Segundo paso: ‘Preparaciones previas’

La ‘Norma técnica para la detección temprana del cáncer de cuello uterino y guía de atención de lesiones preneoplásicas de cuello uterino’ (2000), ha establecido un protocolo

de preparación previa a seguir por las pacientes, con el fin de obtener una buena calidad en la muestra. Pero el poco cumplimiento de estos requisitos, han hecho que la norma haya revaluado lo anterior con el fin de captar un mayor número de pacientes: *“Dada la dificultad de acceso de algunas mujeres al programa de toma de citología, o su escasa motivación, las contraindicaciones para tomar la citología se deben minimizar y aprovechar el momento en que acude la paciente para realizar el examen, por lo que se puede tomar en los siguientes casos: durante el período menstrual cuando el sangrado sea escaso; en caso de abundante flujo, previa limpieza del cuello uterino con una torunda de algodón; en caso de relaciones sexuales recientes o de ducha vaginal previa; en presencia de sangrado genital persistente, excepto que sea profuso”* (Ministerio de Salud, 2000; 8).

Estos cambios efectuados dentro de los protocolos, muestran como el afán de incentivar a más mujeres para la toma de sus citologías, ha llegado a desmentir ciertas ‘excusas’ utilizadas por ellas para evitar la toma del examen: *“(…)no importaba si las mujeres tenían o no el período, anteriormente decían que si lo tenían no se la podían hacer, pero entonces ya no importa, y se trataba de llamar a las “mamás” a hacerse la citología, porque siempre sacaban la disculpa que tenían de tener el período, que no podían, que una cosa, y era por el temor a hacérsela”* (Enfermera Auxiliar; Consulta IPS). Sin embargo, ninguna de las mujeres entrevistadas hizo algún comentario afirmando tener conocimiento de lo anterior, pero en varias ocasiones, algunas rechazaron acciones como las de presentarse al examen tras haber tenido relaciones sexuales la noche anterior o tener el periodo menstrual:

Victoria: ¿Y se tiene que tener la menstruación para hacerse el examen o no?

Bertha: ¡No!

Clara: Ni ‘manchando’²²

(Participantes grupo subsidiado 24-45)

El personal de salud se ha encargado de promocionar el examen y de preparar a las pacientes para la toma de su citología, sin embargo se encontró en las entrevistas con el

²² Varias mujeres hicieron uso de esta expresión para referirse a los días de menor sangrado del ciclo menstrual

personal de enfermería, como ellas mismas no han logrado adquirir la rutina de hacerse la citología. En este caso aduciendo largas jornadas de trabajo, el temor de tener alguna enfermedad, o incluso por evitar la vergüenza de ser examinadas por sus compañeras/os de trabajo: “*No pues ahorita como trabajo de 7 pm a 7 am, entonces no. La verdad hace como un año que no me la hago. No, como dos años que fue cuando tuve la niña. Como diríamos nosotras, ‘En casa de herrero, cuchillo de palo’, y la verdad es que sí, se ven tantos casos y uno dice: ‘Ay Dios mío, mire que un cáncer que otra cosa’, pero uno no toma las precauciones. Y uno le inculca a la usuaria, a la paciente, que tiene que hacérsela, que tiene que ir, que piense en sus hijos, pero uno no se piensa, en uno. Uno piensa en los demás*” (**Enfermera Auxiliar**; Consulta IPS).

Finalmente, estos comentarios muestran cómo el conocimiento no es garantía de asumir prácticas de auto- cuidado, señalando la necesidad de profundizar en las causas que llevan a las mujeres, a no desear practicarse una citología. Los discursos del personal de salud en ningún momento contemplan el cuerpo, el género o la sexualidad como un entramado complejo en el cual la citología es más que un examen de laboratorio, y entra a ser un espacio de encuentro de apreciaciones y vivencias de las mujeres frente a su sexualidad, y a la manera como el discurso médico la ha construido.

Tercer paso: ‘La toma de la muestra’

Primero: *Las preguntas...*

Ginecóloga: ¿Por qué es importante preguntar? En la parte ya específica del cuello uterino el inicio muy temprano de las relaciones sexuales tiene una alta relación con cáncer, y el alto número de compañeros sexuales, eso está relacionado también con más probabilidad de cáncer, entonces son preguntas obligatorias y como decía también la historia obstétrica, cuántos hijos ha encargado, cuantos ha tenido...

(Consulta IPS Y EPS)

Segundo: *la desnudez de las pacientes...*

Ginecólogo: Se le pide que pase al baño, y desocupe la vejiga urinaria, porque el espéculo -el aparato con el que separamos un poco las paredes vaginales- si hay una vejiga llena, siempre puede molestar y fastidiar a la mujer

(Consulta Particular)

Ginecóloga: Entonces uno lo que ve más complicado es el tema de la desnudez. Hay muchas partes donde les dicen “quítense la ropa y acuéstese” ¡Pero no! aquí es indispensable la batica, y que se sientan vestidas. Si esa es una de las partes en donde se sienten más humilladas Pero a veces hay unas batas tan desechables que son transparentes y quedan igualiticas

(Consulta IPS Y EPS)

Tercero: *Asumiendo una posición en la camilla ginecológica...*

Ginecólogo: Se recuesta en la mesa del examen, se pone obviamente en posición ginecológica que es con las piernas flexionadas y sentada en el borde de la mesa, para que así, se tenga acceso mucho más cómodo a los genitales de la mujer

(Consulta particular).

Cuarto: *La introducción del espéculo a través del canal vaginal...*

Enfermera Jefe: Se debe utilizar colocando un poquito de gel en el espéculo, se pone en el mismo sentido de la apertura de la vagina, y cuando ya está adentro lo voltea y lo abre. Se utiliza una especie de linterna, “cuello de cisne” como dicen allá, para poder guiarse y ver hasta el fondo donde llega el cuello. Al cuello uterino tú lo vas a ver como una bolita con un puntico en el centro, y ahí ya sabes que lo encuentras

(Consulta pre-pagada).

Quinto: *La toma de la muestra...*

Enfermera Jefe: Se toman dos tipos de muestras: la endo- cervical y la exo- cervical, es decir, adentro y afuera del cuello uterino. Estas dos muestras son tomadas en una lámina especial, la cual debe estar marcada con el nombre de la paciente, sus datos y unos registros ya internos de la institución; esta muestra es fijada con un líquido especial. Se incluye un formato que se le llena a la paciente antes de la toma del examen, en el cual se le preguntan datos como el número de hijos, si ha tenido procedimientos en el cuello uterino, si ha tenido patologías, los cuales son importantes en el momento del estudio de la citología. Ya con ese formato, esas muestras son enviadas al laboratorio donde las estudian

(Consulta EPS)

El cuestionario de preguntas realizado por el personal de salud al inicio de la consulta para la toma de la citología, es una herramienta necesaria para construir la historia médica de la paciente y llevar así, un control o seguimiento de las usuarias, al interior de las instituciones en las que son atendidas. Al respecto, los entrevistados y entrevistadas afirmaron la importancia de realizar este tipo de preguntas, a la hora de realizar un diagnóstico oportuno

de lesiones ocasionadas por enfermedades de transmisión, en donde la edad del inicio de las relaciones sexuales y el número de compañeros son los factores asociados con el riesgo de desarrollar lesiones por CaCU, pese a las posibles precauciones tomadas durante sus relaciones sexuales: *“Pero igual hoy en día, hay muchas niñas que desde los 12 años que empiezan relaciones sexuales y llegan a la edad de 25 años y ya tienen muestras cancerígenas (...) Porque así mismo cómo la mujer lleve su vida sexual, se cree que las muestras van a salir. Por medio del sexo hay transmisión de enfermedades, de los papilomas humanos. Entonces ahí hay riesgo para que la paciente contraer cáncer”* (**Auxiliar de Enfermería**; Consulta IPS).

Aquí llama la atención el cómo se considera que el número de prácticas sexuales son las generadoras de la enfermedad. Pero a su vez, esto entra en contradicción con la historia de aquéllas mujeres que no han tenido vida sexual o solo han tenido una pareja y presentan ETS o lesiones cancerígenas. Al respecto, se encontró como en los casos en el cual la mujer reclama no haber tenido una “mala conducta” sexual, entonces se utiliza el discurso de la pareja “promiscua”, siendo entonces el problema la protección y no el número de relaciones. Detrás de esto se encuentra un deficiente abordaje de la sexualidad por parte del personal de salud, lo cual hace que las relaciones personal de salud – pacientes no se fortalezcan y menos se retroalimenten.

Es importante recordar la forma en que las entrevistadas comentaron asombradas que muchas de estas preguntas indagaban en un tono agresivo, sobre su vida sexual. Siendo de gran importancia las preguntas sobre el comportamiento sexual para el registro en la historia clínica de una paciente, ninguno de los entrevistados y entrevistadas pudieron responder al porqué del tono agresivo con el cual han sido realizadas estas preguntas. Sin embargo, algunas de la enfermeras entrevistadas afirmaron como este tipo de prácticas tienden a ser bastante recurrentes y cómo han ido ocasionando la costumbre en las pacientes a omitir datos sobre su vida sexual: *“Sí, al iniciar tuvimos una profesora de entrenamiento, pero ella no se tomaba muy en serio su papel como educadora, entonces cuando uno entraba a la toma de la citología ella tendía a juzgar a la paciente y a hacer hipótesis sobre su vida sexual y la de su compañero. Entonces me parecía muy mal, porque*

igual es su vida privada, no sabemos lo que hace su esposo en su vida personal, y entonces como que estaba mal enfocada esa educación, siempre había ese juzgamiento” (**Enfermera Jefe**; Consulta Pre-pagada).

La idea de la promiscuidad se encuentra bastante arraigada en el personal de salud, pero aún no se contempla lo que significa indagar bajo este calificativo, la vida de las mujeres y sus parejas. Al respecto el ginecólogo afirma: “*¿Usted sospecha que su pareja tenga relaciones con otras personas? Es una pregunta que para nosotros es imprescindible; hemos descubierto con sorpresa, que el 90% de las mujeres que tienen relaciones con personas promiscuas no lo sospechan, entonces al ser afirmativa esta respuesta pues le advertimos lo importante es que ella se cuide, entonces esto es lo más relevante en vez de entrar a hacerle todo un show o drama ante el hecho de que tenga relaciones con otra persona”* (**Ginecólogo**; Consulta particular).

Este tipo de indagaciones contienen implícita una versión de la sexualidad femenina restrictiva, una negación de los derechos sexuales de las mujeres y una aceptación de la sexualidad masculina sin mayores cuestionamientos. Todo esto se traduce en la práctica de la citología, a los malos tratos que han recibido algunas mujeres por parte del personal de salud, quienes se consideran con la autoridad suficiente para esto.

Respecto a la calidad de los elementos utilizados en la toma del examen, las mujeres del personal de salud reconocen que el miedo de contraer algún tipo de enfermedad a través del uso de un espéculo mal esterilizado, es un temor frecuente no solo en las pacientes, sino en ellas mismas cuando se practican el examen: “*Ellas piensan que todos los materiales usados para la citología son materiales reciclables y que se infectan a través de estos; que les genera dolor, me parece que es algo que le expresan a uno muy frecuentemente; incluso uno mismo lo vive”* (**Ginecóloga**, nivel 2 y 3; atención colposcopias).

La re- utilización de estos objetos obedece a la falta de recursos económicos en algunas de las instituciones que impide tener batas nuevas a disposición de las usuarias y la esterilización adecuada de los espéculos de acero: “*En instituciones públicas uno veía más*

que todo el uso de espéculo en material quirúrgico, que ellos tienen que esterilizar, pero uno sabe que en cuanto al papiloma, las esterilizaciones comunes y corrientes no eliminan muchas veces el virus. Pero ahora uno ve que tanto en instituciones públicas como privadas en este momento, de lo que yo conozco, usan espejulo desechable y las mismas señoras afortunadamente lo exigen” (Ginecóloga; Consulta IPS y EPS).

Respecto al espéculo, el personal de salud sólo contempla la calidad del mismo, y no el tipo de incomodidades que puede causar el uso de un espéculo de acero quirúrgico o desechable en las pacientes. Aunque el temor de ser infectadas por medio de un espéculo de acero es conocido por el personal de salud, se observa con asombro como para algunas enfermeras el uso del espéculo de acero es mejor que el desechable: *“Si claro, la clínica maneja espéculo metálico, se re-esterilizan, son mucho más suaves y cómodos que los espéculos plásticos, ya que cuando los cierras al terminar de tomar la muestra, (los espéculos plásticos) tienden a pellizcar las paredes vaginales; en el momento en el que cierras, un pellizco de esos debe doler y son más duros de manejar, en cambio el espejulo metálico es más fácil, y entra más suave” (Enfermera Jefe; Consulta pre-pagada).*

Muchas mujeres se sentirían más tranquilas si se les garantizara la desinfección correcta de estos espéculos, los cuales han brindado mucha facilidad al personal de salud. Sin embargo, los entrevistados no mostraron señales sobre posibles soluciones a este tipo de inconvenientes y, por el contrario, alegaron como día tras días han tenido que volverse recursivos, frente a la falta de calidad de los materiales suministrados por las instituciones para la realización del examen.

Cuarto paso: ‘Entrega de resultados’

Para el personal de enfermería entrevistado, este paso muchas veces suele ser el más difícil del proceso, debido a que muchas mujeres no reclaman los resultados de la citología, o no dan sus datos, de tal manera que comunicarse con las mujeres es casi imposible en algunos casos. Al respecto una enfermera jefe afirmó: *“Muchas nos dejan datos falsos, lo que dificulta la visita domiciliaria, y a veces se nos pierden, tengo como cuatro ahí perdidas. Y*

no, se van y se olvidan... hay mujeres desinteresadas, y hay otras que se hacen una aquí, y otra allá, porque dicen que con hacérsela en otra institución van a encontrar: 'Ah es que en la otra citología se equivocaron'. Ellas no creen, y en un principio hay una negación, toca explicarles bien todo, porque ellas se hacen las locas con sus cuerpos” (Enfermera Jefe; Consulta IPS).

Para algunos de los entrevistados, el origen de este problema son las mujeres. Sin embargo, estos no tienen en cuenta el contexto y se observa cómo el cuerpo de las mujeres se encuentra como una entidad aparte, sobre la cual no inciden las relaciones de género, ni la clase social, o la sexualidad.

Frente a la calidad de los exámenes el personal de salud manifestó su preocupación por el incremento en el número de diagnósticos equivocados, y como esto refleja la falta de control de calidad por parte del Instituto Nacional de Salud, y el escaso número de citopatólogos disponibles para la lectura de las muestras: *“Hay de todo, se supone que toda citología debe ser dirigida por un citopatólogo con experiencia, y como le digo, los laboratorios deben tener un control de calidad por parte de un patólogo de lectura, entre otros. Sin embargo se presentan muchos casos de ‘falsos negativos’, ó sea que tenga una enfermedad y que el examen salga negativo. Pero eso como le digo, muchos es por toma, la toma misma de la muestra y otros que son de lectura y que no hay nada en el control de calidad, pero en esos se está trabajando” (Ginecóloga; Consulta IPS y EPS).*

Lo anterior podría explicar las situaciones que plantearon las mujeres entrevistadas, respecto de los casos positivos para cáncer de cuello uterino que fueron confundidos con embarazos o detectados de manera tardía. Sin embargo, resulta preocupante confirmar las sospechas de las participantes con respecto a la baja calidad de los laboratorios que analizan las muestras, y lo desagradable de recibir un resultado equivocado, generando injustificadamente angustia y temor entre las mujeres.

Quinto paso: ‘Control o nueva citología’

Como se explicó en el capítulo anterior, en el momento en que una citología es reportada como positiva, toda mujer deberá someterse a exámenes más especializados como la colposcopia biopsia. Es en este proceso donde especialmente las ginecólogas entrevistadas señalan el tipo de *fragmentación* que presenta el servicio y la atención a las usuarias de la citología: *“Digamos desde el punto de vista clínico, tu sabes que a una lesión de alto grado hay que hacerle un gol, pero hasta ahí llega tu conocimiento, porque no sabes si la paciente está en el POS, no sabes donde tienen contratadas las EPS ni las IPS”* (**Ginecóloga**; Consulta IPS y EPS).

Según el resultado arrojado por la colposcopia-biopsia, estas mujeres comenzaran un tratamiento que muchas veces será monitoreado con la toma de citologías cada tres meses, o en menos tiempo según lo indicado por los especialistas. Durante esta parte del proceso, el personal de salud subrayó como la relación de pareja tiende a ser afectada de manera negativa por este tipo de diagnósticos: *“No sé, pero entonces si me parecía importante en la consulta la parte de la relación de pareja, porque aquellas que recibían reporte de citología positiva tenían unos conflictos muy bravos, la mayoría de hombres las tildaban de prostitutas y eran unos problemas bastante, bastante complejos... en lo personal, se trataba de citar a la pareja y le explicaba como es el asunto, como se transmite, que él hiciera un “recorderis” de su vida, y yo la mayoría siempre les sugería que hicieran ellos mismos el test completo dey que por favor también se hicieran tratamiento”* (**Ginecóloga**; Consulta IPS y EPS).

Es interesante observar cómo las mujeres evalúan la vida sexual de sus compañeros a través de su condición de salud, pero en el espacio médico, esto sólo se materializa cuando la enfermedad es evidente, y de nuevo la culpa recae sobre el comportamiento sexual de la mujer. Esta es una situación que evidencia la forma en que la sexualidad juega un papel fundamental en el reconocimiento que se hace de la mujer en todos los ámbitos y cómo en el ámbito de la salud se debe contemplar de una manera crítica el papel de los hombres en sus propios procesos de salud – enfermedad, y en los de las mujeres.

Conclusiones

En la realización de este proyecto se pudo observar lo complejo que puede llegar a ser el proceso de hacerse un examen tan “simple” como el de la citología. Paso a paso, el cuerpo y la sexualidad de estas mujeres fue interpretado de manera diferente, a partir de sus propias apreciaciones sobre la calidad de la atención, la relación médico paciente, o el tratamiento de sus enfermedades. Como se ha mencionado reiteradamente, la citología cérvico uterina es mucho más que un examen médico. Es un proceso que se inicia desde la primera experiencia citológica, y se va construyendo y reconstruyendo a lo largo de la vida de cada mujer.

El hecho de tener que omitir datos sobre su vida sexual, nos muestra como aún todo lo concerniente al ejercicio de la sexualidad femenina aún permanece rodeado de tabúes y prejuicios, recreando aquel sesgo de género que varias veces descalifican la atención de la mujer en los contextos de salud. Pero además, esta omisión está llevando a algunas mujeres a considerar su sexualidad como algo censurado que está destinado a permanecer en el dominio privado de sus habitaciones y hogares.

En este examen confluyen las subjetividades tanto de quien toma la muestra como de quien es tomada la muestra. Esto plantea una relación de desigualdad, por cuanto el discurso biomédico sigue primando como una verdad frente a la vivencia de las mujeres, quienes a su vez interpretan de diversas maneras, el examen que sobre ellas se practica.

El proceso de la citología reproduce las relaciones de desigualdad en que se encuentran las mujeres, al ser un proceso a través del cual se puede calificar la sexualidad de las mujeres de acuerdo a la presencia o no de evidencia de lesiones o enfermedades. Este cuestionamiento puede ser una de las causas por las cuales las mujeres no desean hacerse la citología o se la hacen pero no recogen los resultados.

Lo anterior podría ser una de las razones por las cuales las mujeres que participaron en esta investigación, llegaron a la citología a partir de un malestar físico y con la información suministrada por las madres o amigas cercanas, y no por la invitación que se hace a través

de pautas publicitarias. Es así como las infecciones, hemorragias, piquiñas, el embarazo adolescente, o las sospechas de haber contraído una enfermedad de transmisión sexual a través de sus parejas, entre otros, se constituyen en algunos de los indicadores más frecuentes dentro de los relatos de las mujeres, para saber el momento adecuado de hacerse el examen. Es aquí donde el cuerpo y la sexualidad tienden a ser dos factores importantes que llevan a estas mujeres a sustentar el por qué es necesario hacerse una citología, y el momento adecuado para realizarlo.

El ordenamiento del sistema de salud actual, no facilita el acceso ni la comprensión de su funcionamiento, a partir de sus experiencias las mujeres reconocen que los regímenes permiten un mayor y menor acceso al examen, o incluso, son determinantes en la calidad de la toma de la citología y lo que se desprenda de su resultado. Esto finalmente ha generado que algunas mujeres del régimen subsidiado consideren no exigir una mejor atención, debido a que no pagan.

En este mismo orden, la fragmentación del sistema complejiza el seguimiento de una citología cuando el resultado es positivo, particularmente en el régimen subsidiado. Esto puede llevar a indagar por la manera cómo se promueve el goce de los derechos sexuales en este tipo de prácticas y a su vez, plantea nuevos retos investigativos, en torno a procedimientos como la colposcopia, la implementación de la vacuna del virus del papiloma humano, entre otros.

La calidad de los laboratorios forma parte del proceso de la citología, pues diagnósticos erróneos pueden desencadenar graves consecuencias para la vida de las mujeres. En este sentido el control sobre los procedimientos no es exclusivo de las citologías, sino de cualquier procedimiento que se realice. El acceso a la citología se limita con la consulta al médico general, no sólo por la demora en la obtención de las citas, sino porque se prolonga el diagnóstico, que es vital en los casos donde la enfermedad esta avanzada.

Es evidente la ausencia de una reflexión seria sobre el género y la salud en la formación del personal de salud y más aún en sus prácticas, donde la técnica aún está por encima de los y las sujetos. De igual manera se percibe una ausencia de discusión ética y bioética sobre la citología con una perspectiva de género.

La citología es observada y vivida de manera diferenciada. En la apropiación que las mujeres hacen de este examen, practicas como el uso del jabón 'Rey', las infusiones de anamú o caléndula, y el uso de vinagre para el 'mantenimiento' de sus genitales, se convierten en estrategias de aseo o preparación previa para el examen, mostrando cómo muchas veces las mujeres tienen sus propios protocolos que responden a las ideas que tienen sobre lo que es la citología que contrasta con la definición que se tiene biomédicamente de la misma. Es importante subrayar lo interesante de ahondar e investigar sobre cómo las mujeres se diagnostican así mismas enfermedades que involucran su sexualidad, los remedios a los que recurren y cómo se relacionan con el sistema de salud.

La relación entre personal de salud y pacientes es determinante en la vivencia de la citología e influye en la vida sexual de las mujeres en la medida que puede determinar la decisión de hacerse o no el examen, y con éste prevenir o atender una enfermedad que podría afectar todos los ámbitos de la vida de las mujeres. Lo anterior plantea la importancia de realizar una asesoría previa a la citología por personal calificado, que de una manera clara permita a las mujeres conocerse físicamente; identificar cómo y por qué se lleva a cabo el procedimiento; a decir u ofrecer una explicación que les facilite familiarizarse con el espéculo.

También, es necesario que el personal de salud dialogue sobre los derechos que tienen las mujeres en este espacio y comenzar a concebir la idea de sexualidad sin sesgos de ningún tipo, permitiendo a las mujeres preguntar libre y tranquilamente sobre lo que ocurre en sus genitales y las prácticas sexuales, sin correr el riesgo de ser estigmatizadas o juzgadas. Estas características deberían ser contempladas de igual manera por los talleres brindados en algunas IPS y EPS.

Acorde con lo anterior la entrega del resultado no puede dejarse libre, tanto si es positivo como negativo, debe procurarse un espacio en el cual las mujeres puedan resolver sus dudas frente al resultado, ser orientas en los pasos a seguir, hacer seguimiento, y brindar apoyo a través de los niveles de atención.

Lo que hay entre las piernas de las mujeres, entre nuestras piernas, es un universo que una vez más evidencia de como no estamos hechas por pedazos, por fragmentos, y que la fractura es una manera herrada de interpretar el cuerpo y la sexualidad femenina. En este caso la citología sirve como punto de partida y de llegada de una reflexión antropológica sobre una técnica medica que termina configurando relaciones de género en el ámbito de la salud.

Referencias Bibliográficas

Bibliografía citada:

- Bourdieu, Pierre (2000). *La dominación masculina*. Barcelona: Anagrama. Pp 159.
- Bush, Judith (2000). 'It's just a part of being woman: cervical screening, the body and femininity'. *Social Science and Medicine*. 50: Pp 429- 444.
- Butler, Judith (2001). *Mecanismos Psíquicos del Poder*. Madrid: Ediciones Cátedra. Pp 213.
- Canghillem, Georges. *Escritos sobre la medicina*. Buenos Aires. Amorrortu Editores. 2004. 126pp.
- Cao, M. J. (2005). *Género y salud: abordando desigualdades. . Vivir siendo mujer a través de la historia*. Editorial. Valladolid, Universidad de Valladolid: Pp 145-161.
- Casper, Monica & Clarke Adele (1998). 'Making the Pap smear into the "Right Tool" for the job: Cervical cancer screening in the USA, circa 1940- 1995'. *Social Studies of Science*. 28. (2): Pp 255- 290.
- Casper, Monica & Clarke Adele (1996). 'From simple technology to complex arena: classification of Pap Smears, 1917- 90'. *Medical Anthropology Quarterly*. 10 (4): Pp 601- 623.
- Castro, M. J. (2005). *Evidencias de las diferencias de salud entre mujeres y hombres. Vivir siendo mujer a través de la historia*. Valladolid, Universidad de Valladolid: Pp 163- 176.
- Correa, Sonia (2001). 'Salud Reproductiva, Género y Sexualidad: Legitimación y Nuevas Interrogantes'. En: *Sexualidad y Salud Reproductiva. Avances y retos para la investigación*. Claudio Stern, Juan Guillermo Figueroa (Coordinadores). México: El Colegio de México. 127- 153PP.
- Cortes, Claudia (2007). *Programas para el control del cáncer de cuello uterino. Análisis sociopolítico 1975- 1995*. Facultad de Medicina. Instituto de salud pública. Universidad Nacional de Colombia. Pp: 10-21.

- Cotes, Miriam (2002). 'Género'. En: *Palabras para desarmar. Una aproximación crítica al vocabulario del reconocimiento cultural en Colombia*. Bogotá: Ministerio de Cultura. Pp 441.
- Cronjé, H. S. (2005). 'Screening for cervical cancer in the developing world'. *Best Practice & Research Clinical Obstetrics and Gynecology*. 19 (4): Pp 517- 529.
- De la Hoz, Fernando et. Al (2009). 'Evaluación de la Carga de Enfermedad por el Virus del Papiloma Humano en Bogotá'. *Revista Salud Pública*. 11 (3): Pp 454-467.
- Din-Ling, J. et al. (2010). 'Perception and experience of primary care physicians on Pap smear screening for women with intellectual disabilities: A preliminary finding'. *Research in Developmental Disabilities* (31): Pp 440- 445.
- Estrada, Harold (2009). 'La articulación de las categorías género y salud: un desafío inaplazable'. *Rev. Gerenc. Polít. Salud*. 8 (17): Pp 106-122.
- Estrada, Harold (2009). *Una cuestión poco conoSIDA. Evaluación crítica del proyecto piloto de educación para la sexualidad y la construcción de ciudadanía - hacia la formación de una política pública (2006-2008)*. Bogotá: Digiprint Editores. Pp 300.
- Franco, Eduardo (1991). 'The Sexually Transmitted Disease Model for Cervical Cancer: Incoherent Epidemiologic Findings and the Role of Misclassification of Human Papillomavirus Infection'. *Epidemiology*. 2(2): Pp 98- 106.
- Foucault, Michel (2004). *Nacimiento de la Biopolítica*. Buenos Aires: Fondo Nacional de Cultura.
- Foucault, Michel (2005). *Historia de la Sexualidad. La Voluntad de Saber*. Tomo I. Madrid: Siglo XIX editores. PP
- Foucault, Michel (2006). *Seguridad, territorio, y población*. Curso en el Colláege de France (1977- 1978). Buenos Aires: Fondo de la Cultura Económica. Pp 484.
- Geldstein, Rosa et al. (2000). 'La salud reproductiva de las adolescentes frente al espejo: discursos y comportamientos de madres e hijas'. En: *Reproducción, Salud y Sexualidad en América Latina*. Alejandra Pantelides, Sarah Bott (editoras). Buenos Aires: Editorial Biblos. Pp 205- 220.

- Gómez, Elsa (1997). *Género y Salud en las Américas*. Washington: OPS. Pp 304.
- Hahn, Robert (1987). 'Divisions of labor: Obstetrician, woman, and society in William's obstetrics, 1903-1985'. *Medical Anthropology Quarterly, New Series*. Obstetrics in the United States: Woman, physician, and society. 1(3): Pp 256-282.
- Haraway, Donna (1995). *Manifiesto para cyborgs: ciencia, tecnología y feminismo socialista a finales del siglo XX. Ciencia, cyborgs y mujeres. La reinención de la naturaleza*. Madrid, Ediciones Cátedra: Pp 251- 311
- Jordanova, L. (1989). *Medical Images of the Female Body. Sexual Visions. Images of gender in science and medicine between the eighteenth and twentieth centuries*. Wisconsin: The University of Wisconsin Press: 134- 159.
- Jordanova, L. (1995). *Interrogating the Concept of Reproduction in the Eighteenth Century. Conceiving the New World Order. The Global Politics of Reproduction*. Los Angeles, University of California Press: Pp 369- 406.
- Leslie, Joanne (2001). 'La definición de salud reproductiva en el contexto de la vida de las mujeres'. En: *Sexualidad y Salud Reproductiva. Avances y retos para la investigación*. J. G. F. Claudio Stern. México D.F., El Colegio de México: Pp 127- 153.
- Lagarde, Marcela (2003). 'Sexualidad'. En: *Los cautiverios de las mujeres: madresposas, monjas, putas, presas y locas*. Coayacán: Universidad Nacional Autónoma de México. Pp 177- 199.
- Lock, Margaret (1993). 'Cultivating the body: anthropology and epistemologies of bodily practice and knowledge'. *Annual Reviews Inc*. No. 22: Pp 133- 55.
- Lloyd, Elisabeth (2006). 'Pre- Theoretical Assumptions in Evolutionary Explanations of female Sexuality'. En: *Oxford Readings in feminism. Feminism and Science*. Evelyn Fox Keller & Helen E. Longino (Editores). Oxford: Oxford University Press: Pp 91- 117
- Lucumí, Diego & Fernando, Gómez (2004). 'Accesibilidad a los servicios de salud en la práctica de citología reciente de cuello uterino en una zona urbana de Colombia'. *Revista Especial Salud Pública*. 78: Pp 367- 377.

- Mackinnon, Catharine (2006). 'Feminismo, marxismo, método y estado: una agenda para la teoría'. En: *Crítica Jurídica*. Mauricio García, Isabel Jaramillo, Esteban Restrepo (Compiladores). Bogotá: Ediciones Uniandes. Pp 163- 192.
- Mangoma et. Al (2006). 'An Assessment of Rural Women's Knowledge, Constraints and Perceptions on Cervical Cancer Screening: The Case of Two Districts in Zimbabwe'. *African Journal of Reproductive Health / La Revue Africaine de la Santé*. 10 (1): Pp 91-103.
- Martin, Emily (2001). *The Woman in the Body*. A cultural Analysis of Reproduction. Boston: Beacon Press. Pp 276.
- Martin, Emily (2006). 'The egg and the sperm: how science has constructed a romance based on stereotypical male-female roles'. En: *Oxford Readings in feminism. Feminism and Science*. Evelyn Fox Keller & Helen E. Longino (Editores). Oxford: Oxford University Press: Pp 103- 117.
- Massolo, Alejandra (1998). 'Testimonio autobiográfico femenino: un camino de conocimiento de las mujeres y los movimientos urbanos en México'. En: *Los usos de la Historia de vida en las Ciencias Sociales II*. Lucero Zamudio, Lulle Thierry y Pilar Vargas (Editores). Barcelona: Anthropos. Pp 9-26.
- Ministerio de la Protección Social (2000). *Norma técnica para la detección temprana del cáncer de cuello uterino y guía de atención de lesiones preneoplásicas de cuello uterino. Resolución 412 de 2000*. Anexo 1-2000. Pp 1-9.
- Ministerio de la Protección Social (2003). *Política Nacional de Salud Sexual y Reproductiva*. Bogotá: Fondo de Población para las Naciones Unidas. Pp 68.
- Ministerio de la Protección Social. (2007). 'Cérvix Uterino'. En: *Guías de promoción de la salud y prevención de enfermedades en la salud pública*. Tomo I. Programa de Apoyo a la Reforma de Salud. Universidad Nacional de Colombia. Bogotá: Instituto de Investigaciones Públicas. Pp 175.
- McMullin, Juliet et al. (2001). 'Beliefs matter: cultural beliefs and the use of cervical cancer- screening tests'. *American Anthropologists, new series*. 103 (4): Pp 1114- 1129.

- McNeil, M. (2007). *New reproductive technologies. Stories of dreams and broken promises. Feminist Cultural Studies of Science and Technology*. New York, Routledge: Pp 71- 93.
- Mucchielli, Alex (1996). *Diccionario de métodos cualitativos en Ciencias Humanas*. España: editorial síntesis. Pp 367.
- Nicholson, Linda (2003). 'La interpretación del concepto de género'. En: *Del sexo al género. Los equívocos de un concepto*. Valencia: Ediciones Cátedra. Pp 47- 81.
- Oudshoorn, Nelly (2001). 'On bodies, technologies, and feminisms'. En: *Feminism in the twentieth- century. Science, technology, and medicine*. Angela N.H. Creager, Elizabeth Lunbeck, Londa Schiebinger (Editores). Chicago: The University of Chicago Press. Pp 199- 213.
- Ortiz, T. (2006). 'Género, relaciones de género, sexismo y androcentrismo. Definiciones y críticas'. En: *Medicina, Historia y género. 130 años de investigación feminista*. K. ediciones. Oviedo: Universidad de Oviedo. Pp 368.
- Padvalskis, C. (2007). 'La mística y el matrimonio espiritual'. En: *Feminismo, Género e Instituciones. Cuerpos que importan, discursos que (de) construyen*. C. Schickendantz (Editor). Córdoba, Universidad Católica de Córdoba: Pp 164- 167.
- Pedraza, Zandra (1999). *En cuerpo y alma: visiones del progreso y de la felicidad*. Bogotá: Departamento de Antropología Universidad de los Andes. Pp: 399.
- Piñeros, Marion et al. (2007). 'Cobertura de la citología de cuello uterino y factores relacionados en Colombia, 2005'. *Revista Salud Pública*. 9 (3): Pp 327- 341.
- Plata, M. et al. (1996). 'A policy is not enough: Women's Health Policy in Colombia'. *Reproductive Health Matters*. (6): Pp 107-113.
- Pollack, R. (1995). *The body as property: a feminist re-vision. Conceiving the New World Order. The Global Politics of Reproduction*. Los Angeles, University of California Press: Pp 387- 406
- Pollack, R. et al. (2006). 'Other urgent threat to women's health: the unfinished agenda Cervical Cancer. Cervical Cancer: A call for political will'. *International Journal of Gynecology and Obstetrics*. 94: Pp 333- 342.

- Profamilia (2000). *Salud Sexual y Reproductiva. Resultados Encuesta Nacional de Demografía y Salud 2000*. Dirección de investigación y evaluación, Profamilia. Bogotá: Pp 9- 10; Pp 23- 28; Pp 161- 167; Pp 189- 190; Pp 217.
- Quevedo, Emilio (1993). *Medicina*. Volumen 1. Bogotá: Colciencias.
- Radecki, Carmen et al. (2007). 'Poor Knowledge regarding the Pap Test among Low-Income Women Undergoing Routine Screening'. *Perspectives on Sexual and Reproductive Health*. 37 (2): Pp 78-84.
- Rapp, R. (2001). 'Gender, Body, Biomedicine: How some feminist concerns dragged reproduction to the center of social theory'. *Medical Anthropology Quarterly, New Series*. 15(4): Pp 466- 477.
- Restrepo, Libia (2006). *Médicos y comadronas o el arte de los partos. La ginecología y la obstetricia en Antioquia, 1870- 1930*. Medellín: La carreta editores. Pp 182.
- Salles, Vania & Rodolfo, Tuirán (2001). 'El discurso de la salud reproductiva: ¿Un nuevo dogma?' En: *Sexualidad y Salud Reproductiva. Avances y retos para la investigación*. Claudio Stern, Juan Guillermo Figueroa (Coordinadores). México: El Colegio de México. Pp 93- 126.
- Seow, Adeline et al. (2000). 'Effects of Social Support, Regular Physician and Health-Related Attitudes on Cervical Cancer Screening in an Asian Population'. *Cancer causes and control*. 11(3): Pp 223-230.
- Sikos, Graciela (2000). 'Modificación de concepciones y conductas de riesgo sexual en el imaginario y las costumbres'. En: *Reproducción, Salud y Sexualidad en América Latina*. Edith Alejandra Pantelides, Sarah Bott (Editoras). Pp 153- 187.
- Singleton, V. (1996). 'Feminism, Sociology of Scientific Knowledge and Postmodernism: Politics, theory and Me'. *Social Studies of Science*. 26 (2): Pp 445- 468.
- Scully, Diana & Pauline, Bart (1973). 'Funny Thing Happened on the Way to the Orifice: Women in Gynecology Textbooks'. *The American Journal of Sociology*. 78 (4): Pp 1045- 1050.

- Taylor, S.J. & R. Bogdan (1996) *Introducción a los métodos cualitativos de investigación. La búsqueda de significados*. Barcelona: Editorial Paidós. Pp 31- 46; Pp 100- 131.
- Tovar, Patricia (2006). 'De historias, histerias e histerectomías. La construcción de los discursos médicos y los imaginarios sobre la reproducción femenina'. En: *Saberes, culturas y derechos sexuales en Colombia*. Mara Viveros (Editora). Bogotá: Tercer Mundo Editores; CLAM; CES. 87- 108.
- Viveros, Mara & Franklin, Gil (2006). 'De las desigualdades sociales a las diferencias culturales. Género, "raza" y etnicidad en la Salud Sexual y Reproductiva en Colombia'. En: *Saberes, culturas y derechos sexuales en Colombia*. Mara Viveros (Editora). Bogotá: Tercer Mundo Editores; CLAM; CES. Pp 87- 108.
- Vela, F. (2001). *Un acto metodológico básico de la investigación social: la entrevista cualitativa. Observar, escuchar y comprender sobre la tradición cualitativa en la investigación social*. México, Flacso: Pp 63- 96.
- Weeks, Jeffrey (1986). *Sexualidad*. México: Editorial Paidós. Pp 134.
- Wiesner-Ceballos, C. (2009). 'Control del cáncer cérvico uterino en Colombia: la perspectiva de los actores del sistema de salud'. *Revista Panamericana de Salud Pública*. 25 (1): Pp 1-8.
- Wiesner- Ceballos (2008). 'Aplicación de un modelo para el control del cáncer de cuello uterino en Soacha, Colombia'. *Revista Salud Pública*. 10 (5): Pp 691- 705.
- World Health Organization (2010). 'Human Papillomavirus and Related Cancers: Colombia. Third Edition'. *WHO/ICO information centre on HPV and Cervical Cancer*. Pp 1-60.
- Zea, Jairo Restrepo (2007). 'Accesibilidad a la citología cervical en Medellín, Colombia en 2006'. *Revista Especial Salud Pública*. 81: Pp 657- 666.

Bibliografía consultada:

- Briggs, Laura (2000). 'The Race of Hysteria: overcivilization and the savage Woman in Late Nineteenth Century Obstetrics and Gynecology'. *American Quarterly*. 52(2): 246- 273.

- GlaxoSmithKline (2008). *Evite el cáncer de cuello uterino, hable con su médico. Producciones científicas*. Bogotá, Colombia.
- Guber, Rosana (2004). *El salvaje metropolitano. Reconstrucción del conocimiento social en el trabajo de campo*. Buenos Aires: Editorial Paidós. Pp 203- 246.
- Facundo, Ángela (2006). 'Los padres y las madres de la patria. Representaciones médicas de las mujeres en Bogotá a comienzos del siglo XX'. En: *De mujeres, hombres y otras ficciones. Género y sexualidad en América Latina*. Mara Viveros, Claudia Rivera, Manuel Rodríguez (compiladores). Bogotá: Facultad de Ciencias Humanas. Pp 77- 97.
- Flick, Uwe (2007). 'Las narraciones como datos'. En: *Introducción a la investigación cualitativa*. Segunda Edición. Madrid: Ediciones Morata. Pp 110-125.
- Hériter, Françoise (2007). 'Obstáculos y bloqueos. Del uso del cuerpo de las mujeres'. En: *Masculino/Femenino, disolver la jerarquía*. Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica de Argentina. 249- 305.
- Hesse-Biber, Sharlene (1999). *Feminist approaches to theory and methodology. An Interdisciplinary Reader*. New York: Oxford University Press. Pp388.
- Instituto Nacional de Cancerología (2008). 'Aplicación de un Modelo para el Control del Cáncer de Cuello Uterino en Soacha, Colombia'. *Revista Salud Pública*. 10(5): Pp 691- 705.
- Le Breton, David (1995). *Antropología del cuerpo y modernidad*. Buenos Aires: Ediciones Nueva Visión SAIC. Pp 249.
- Lewin, Ellen (2006). *Feminist Anthropology. A reader*. Oxford: Blackwell Publishing. Pp460.
- Melo, Marco (2006). 'La categoría analítica de género: Una introducción'. En: *De mujeres, hombres y otras ficciones. Género y sexualidad en América Latina*. Mara Viveros, Claudia Rivera, Manuel Rodríguez (compiladores). Bogotá: Facultad de Ciencias Humanas. Pp 33- 38.
- Organización Panamericana de la Salud (2002). *Perfil sistema de servicios de salud de Colombia*. Programa de organización y gestión de sistemas y servicios de salud. División de desarrollo de sistemas y servicios de salud. Pp 1-35.

- Pedraza, Zandra (2006). 'Biopolítica y sexualidad: el dominio público de la vida íntima'. En: *Saberes, culturas y derechos sexuales en Colombia*. Mara Viveros (Editora). Bogotá: Tercer Mundo Editores; CLAM; CES. 87- 108.
- Purves, William et al. (2004). 'Cells: the basic units of life'. En: *Life, the science of biology*. Seventh edition. Courier Companies Inc. U.S.A.
- Rodrigo, María et al. (2008). 'Miradas desde la historia: el cuerpo y lo corporal en la sociedad medieval'. En: *Cuerpos que hablan. Géneros, identidades y representaciones sociales*. Gil, Marta & Cáceres, Juanjo (compiladores). España: Montesinos Ensayo. Pp 17- 91.
- Rubin, Gayle (1998). 'El tráfico de mujeres: notas sobre la 'economía política del sexo''. En: *¿Qué son los estudios de mujeres?* Marysa Navarro, Catharine R. Stimpson (Compiladoras). Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica. Pp 15-73.
- Rubin, I.C. & Josef, Novak (1956). 'Gynecologic examination'. En: *Integrated Gynecology, principles and practice*. Vol. I. New York: The Blakiston Division; McGraw- Hill book company, Inc.
- Scott, Joan (1999). 'El género: una categoría útil para el análisis histórico. En: Sexualidad, género y roles sexuales'. En: *El género: la construcción cultural de la diferencia sexual*. Marysa Navarro & Catharine R. Stimpson (Compiladoras). Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica de Argentina S.A. 37- 75.
- West, Candance & Don H. Zimmerman. 'Haciendo género'. En: *Sexualidad, género y roles sexuales*. En: *El género: la construcción cultural de la diferencia sexual*. Marysa Navarro & Catharine R. Stimpson (Compiladoras). Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica de Argentina S.A. 109- 146.
- Varela, Nubia (2006). *Feminismo para principiantes*. Barcelona: Ediciones B. Pp 397.
- Viveros, Mara (1995). 'Saberes y dolores secretos. Mujeres, salud e identidad'. En: *Género e identidad. Ensayos sobre lo femenino y lo masculino*. Luz Gabriela Arango, Magdalena León y Mara Viveros (compiladores).

Páginas Web:

- Diaz, Gonzalo (2010). *Ultrasonido – Telemedicina*. Visitado el 20 de septiembre de 2010. Disponible en: <http://www.drgdiaz.com/eco/index.shtml>
- Globocan- Internacional Agency for Research on Cancer (2010). *Latin America and the Caribbean*. Visitado el 20 de septiembre de 2010. Disponible en: <http://globocan.iarc.fr/factsheets/populations/factsheet.asp?uno=962>
- Instituto Colombiano de Cancerología (2008). *Cáncer en cifras*. Visitado el 19 de octubre de 2010. Disponible en: <http://www.cancer.gov.co/contenido/contenido.aspx?catID=434&conID=790&pagID=1298>
- Liga Colombiana Contra el Cáncer. (2009). *Campaña nacional para la detección temprana del cáncer de cérvix 2008*. Visitado en Agosto 11 de 2009. Disponible en: http://www.ligacancercolombia.org/index.php?option=com_content&task=view&id=89&Itemid=122
- Liga Colombiana Contra el Cáncer. (2009). *Campaña nacional para la detección temprana del cáncer de cérvix 2009*. Visitado en septiembre 20 de 2010. Disponible en: http://www.ligacancercolombia.org/index.php?option=com_content&task=view&id=89&Itemid=122.
- Profamilia. (2009). *Profamilia lanza su programa nacional para la prevención del cáncer de cuello uterino*. Visitado en Agosto 11 de 2009. Disponible en: http://www.profamilia.org.co/cancerdecuellouterino/PROGRAMA_PREVENCION_CANCER_DE_CUELLO_UTERINO.pdf

ANEXOS

Anexo I: Cuestionario guía utilizado en la realización de los grupos focales

CATEGORIAS	PREGUNTAS
<p>Salud, género y SSR</p>	<p>PRACTICAS DE LA CITOLOGÍA.</p> <ul style="list-style-type: none"> - ¿Cómo imaginaron la citología? - ¿Cómo fue la primera citología y cuál fue el motivo? - ¿Cómo fueron las siguientes y cuál es la que más recuerda? - ¿Tenias vida sexual activa? - Cuál es el ritual: - Consulta médica para pedirla. - ¿Solicitud personal recomendación médica? - Pasos médicos que deben seguir antes de hacerse la citología - Qué preparación previa tienen: que hacen con su cuerpo y sensaciones previas. - Espera, espacio, personas, etc., cita - ¿Relación con quien hace el procedimiento: quién le ha explicado el procedimiento? - ¿Se lleva a cabo como dijeron que se hacía? - ¿Cómo se siente durante el proceso? - ¿Qué piensa del especulo? - Quien generalmente le hace la citología? Enfermera, Md, asistente de laboratorio. - Lo bueno y no tan bueno: explicación del procedimiento, compañía, temores previos y posteriores, siguiente citología. - A la hora de hacerse la citología ¿Usted prefiere que se la haga un hombre o una mujer?, ¿por qué? - ¿Qué influye para que ustedes se la hagan? - ¿Por qué hacerse la citología?

	<ul style="list-style-type: none"> - ¿Qué cosas impiden hacer la citología? (BARRERAS: Subjetivas. Sistema. Geográficas. Culturales) enumerar - ¿Es diferente hacerse la citología en la EPS o con el médico particular? ¿Por qué? - ¿Ustedes creen que la manera en que se lleve a cabo la primera citología que uno tiene en la vida, tiende a incidir en la manera en que se vivirán las otras? - ¿Por qué creen que las mujeres no se hacen la citología? ¿Qué factores están influyendo en esto? - ¿Saben que la citología se puede realizar sin espejulo qué opinión le merece esta práctica? - ¿Creen que debería cambiarse la manera en que se está haciendo el examen? - ¿Cómo creen ustedes que debería de ser la citología? Especificar RITUAL - ¿Ustedes le han dicho al personal de salud lo molesta o grato que resultó esta experiencia, que ha pasado?
<p>Sexualidad Y Cuerpo</p>	<ul style="list-style-type: none"> - ¿Se ha sentido intimidada, cuestionada, evaluada con alguna pregunta o afirmación del personal de salud? ¿Con cuál? - ¿Cuando el personal de salud indaga sobre su vida sexual y reproductiva respondió con la verdad u omite algunos datos? ¿Por qué? - En qué momento sus parejas se han interesado por la citología. - ¿Le cuesta hablar con el personal de salud sobre su sexualidad y las molestias, dudas, o malestares que han presentado debido a que son sexualmente activas? De ser así ¿Cuáles han sido los motivos que las han llevado a sentirse así? - Con respecto a lo anterior ¿Qué tanto ha incidido la manera en que el personal de salud aborda su vida sexual, en la forma en que ustedes viven su sexualidad? - ¿La citología ha influido en la manera como concibo mi cuerpo y mi sexualidad?

Anexo II: Cuestionario guía utilizado en las entrevistas semi-estructuradas con personal de salud.

CATEGORIAS	PREGUNTAS
<p>Salud, género y SSR</p>	<p>PRACTICA DE LA CITOLOGÍA.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Para empezar me podría contar hace cuanto tiempo lleva ejerciendo y en donde se encuentra trabajando actualmente 2. ¿Recuerda la primera citología que realizó? ¿Cómo fue ese aprendizaje? 3. ¿Después de esto crees que ha cambiado la forma de hacer la citología? 4. ¿Qué es la citología? 5. ¿Qué tipo de mujeres y cuando, deben hacerse la citología? 6. ¿La citología es un procedimiento que se lleva a cabo siempre de la misma manera en todas las vaginas o hay diferencias anatómicas que no permite que se viva de la misma manera? 7. ¿Si por lo menos alguien es virgen y presenta una infección es posible hacer una citología? 8. ¿Cuáles son los pasos de carácter administrativo que deben seguir las mujeres para hacerse una citología en los sitios en los que trabajas? 9. ¿Cómo son los consultorios en los que trabaja? ¿Hay privacidad? 10. ¿Usted mismo realiza las citologías? ¿Cuáles son los pasos para hacer una citología –tanto médico y de las mujeres-? 11. En tu caso, ¿Cuánto tiempo te demoras haciendo citologías? 12. ¿Cuáles son los espéculos con los que trabaja por lo regular? ¿Hay diferentes tipos? 13. ¿Qué tal son los laboratorios que examinan las muestras? 14. ¿Las mujeres reclaman los resultados de sus citologías? ¿Por qué? 15. ¿Desde su propia experiencia, por qué crees que de pronto las mujeres están reacias a hacerse el examen cumplidamente? 16. ¿Recuerdas algún comentario o imaginario que haya compartido alguna de tus pacientes con respecto a lo que ellas creían que era la citología o con enfermedades de Transmisión sexual?

Sexualidad Y cuerpo	<ol style="list-style-type: none">1. ¿Cuáles son el tipo de preguntas que realiza al inicio de la consulta? ¿Les explica en qué consiste el examen?2. ¿Qué tan necesario es preguntar sobre la vida sexual de las pacientes?3. ¿Ha tenido pacientes con virus del papiloma humano? ¿Cual es el protocolo a seguir con estas pacientes?4. ¿Es fácil hablar con sus pacientes sobre la manera en que ellas llevan a cabo su sexualidad?5. ¿En su caso particular ha encontrado pacientes que le han mentido u omitido datos? ¿A qué se debe?6. ¿Será que la manera en que se viene realizando la citología influye en la manera en que las mujeres interpretan su cuerpo y sexualidad?7. ¿Ha tenido casos en el que las parejas de sus pacientes se han interesado por la citología?8. ¿Usted cree que algún día se encontrara un sustituto a la citología?
------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Anexo III: Consentimiento informado

CONSENTIMIENTO INFORMADO²³

Yo _____ certifico que he sido informada acerca de la naturaleza y propósito de la investigación a realizar denominada “Lo que hay entre las piernas: vivencias y formas de interpretar el cuerpo y la sexualidad femenina a través de la citología”.

Por consiguiente, acepto voluntariamente en esta investigación y declaro que se me ha informado de los posibles inconvenientes y beneficios derivados de mi participación en el estudio. La investigadora principal se ha comprometido a darme información oportuna sobre los alcances y limitaciones de esa investigación, así como responder cualquier pregunta y aclarar cualquier duda que le plantee acerca de este trabajo.

Comprendo que conservo el derecho a retirarme del estudio en cualquier momento que yo considere conveniente. La investigadora responsable me ha dado seguridades de que no se me identificará en las presentaciones o publicaciones de que deriven esta investigación y de que los datos relacionados con la privacidad serán manejados en forma confidencial.

Nombre de la participante

Nombre investigadora

Fecha _____

G.F. _____

²³ Este formato ha sido adaptado de Estrada, J.H. Una cuestión poco conocida. Universidad Nacional (2009)