



**Tipo de documento: Tesis de Doctorado**

**Título del documento: Prácticas médico-clínicas y ontologías corporales : sus relaciones en los campos de la ginecología, la urología y la sexología médica en Buenos Aires**

**Autores (en el caso de tesis y directores):**

**Ana Mines Cuenya**

**Mario Pecheny, dir.**

**Lucía Ariza, co-dir.**

**Datos de edición (fecha, editorial, lugar,**

**fecha de defensa para el caso de tesis: 2019**

Documento disponible para su consulta y descarga en el Repositorio Digital Institucional de la Facultad de Ciencias Sociales de la Universidad de Buenos Aires.  
Para más información consulte: <http://repositorio.sociales.uba.ar/>

Esta obra está bajo una licencia Creative Commons Argentina.  
Atribución-No comercial-Sin obras derivadas 4.0 (CC BY 4.0 AR)



La imagen se puede sacar de aca: [https://creativecommons.org/choose/?lang=es\\_AR](https://creativecommons.org/choose/?lang=es_AR)



Lic. Ana Mines Cuenya

**“Prácticas médico-clínicas y ontologías corporales: sus relaciones en los campos de la ginecología, la urología y la sexología médica en Buenos Aires”**

Tesis para optar por el título de Doctora en Ciencias Sociales Facultad de Ciencias Sociales Universidad de Buenos Aires

Director: Dr. Mario Pecheny

Co-directora: Dra. Lucía Ariza

Buenos Aires

2019

## Resumen

El objetivo principal de la tesis es describir y analizar, en tres campos médicos en Buenos Aires, las maneras en las que la medicina produce y regula cuerpos sexogenerizados, cuerpos de “hombre” y “mujer”, así como las funciones sexuales y/o reproductivas, la sexualidad, la diferencia sexual, y las patologías o disfunciones ligadas a lo sexual. Para ello se examinan las relaciones entre las prácticas médico-clínicas de la ginecología, urología y sexología médica y las llamadas ontologías corporales. Se entiende por prácticas médicas aquello que médicos y médicas realizan en consultorios y servicios: las maneras en las que llevan a cabo “exploraciones semiológicas”, “procedimientos diagnósticos” e indicación de tratamientos. Las ontologías corporales refieren a aquello que los cuerpos son, los modos en que se constituyen y definen semiótica y materialmente.

En la tesis se analiza un conjunto de materiales heterogéneos: entrevistas a médicos, médicas y estudiantes de medicina, programas de formación, guías de prácticas clínicas, protocolos de atención, artículos académicos, instrumentos diagnósticos y semiológicos. El procedimiento analítico consiste en la elaboración situada de categorías que permiten abordar las articulaciones entre prácticas médicas y ontologías corporales. Algunas de ellas son: “condensaciones ginecológicas”, “composiciones urológicas”, “desequilibrios prácticos”, “artefactos diagnósticos”, “entramados semióticos materiales”, “moldeamiento corporal”.

El campo de la ginecología se define por la “atención integral de la mujer”. Esta especialidad se analiza a partir de la idea de “condensaciones ginecológicas”, es decir, de las articulaciones entre micro y macropolíticas. Se examinan cinco condensaciones establecidas por los entramados entre: 1- regulaciones estatales, el “cuidado integral de la mujer” y el campo de la salud sexual y reproductiva; 2- procesos corporales y el control de la sexualidad y de las capacidades reproductivas de las mujeres cis; 3- regulaciones sexo-genéricas, las nociones de “prevención”, “responsabilidad” y “cuidado” y los aspectos técnicos que tienen lugar en los “controles ginecológicos”; 4- la conformación de la sexualidad según las nociones de “normalidad”, “exceso”, “riesgo”; 5- el cissexismo y la transfobia en la atención de hombres trans.

El campo de la urología se define por el abordaje de “las patologías que atañen al árbol urinario de ambos sexos y al aparato reproductor del varón”, así como por sus competencias técnico-quirúrgicas. Esta especialidad orienta sus prácticas hacia la resolución de eventos que tienen lugar en la vida de sus pacientes, mayormente hombres cis. En la tesis se examinan tres tipos de “composiciones urológicas”, es decir, de articulaciones singulares entre las competencias técnico-quirúrgicas de la urología y las condiciones institucionales, los estudios de laboratorio, los objetos e instrumentos (como prótesis y “tutores”) y las demandas de sus pacientes. Las tres composiciones analizadas tienen lugar a partir de las demandas de: 1- hombres cis afectados por malestares prostáticos; 2- hombres cis que solicitan la colocación de prótesis penianas o testiculares; 3- mujeres trans que solicitan la realización de un tipo de cirugía llamada vaginoplastía. A partir de estas tres composiciones se analizan las maneras en las que el campo urológico se relaciona productivamente con los pares salud/enfermedad y funcional/disfuncional.

El campo de la sexología médica se define por la atención y la resolución de las disfunciones sexuales. En la tesis se examinan los modos en los que este campo se constituye en relación con el funcionamiento de dos tipos de “artefactos diagnósticos”: la “respuesta sexual” y la “función sexual”. Se analizan también los modos en los que esta especialidad lleva adelante sus quehaceres clínicos a partir de la noción de “desequilibrios prácticos”. Esta categoría permite indagar en las discontinuidades entre: 1- la naturaleza multicausal de las disfunciones sexuales y la implementación de procesos terapéuticos orientados a la resolución del síntoma; 2- la brecha en términos de eficacia entre las alternativas terapéuticas que administra la sexología médica: las psicoterapias, indicadas principalmente para el tratamiento de la “falta de deseo”, disfunción por la que consultan principalmente mujeres cis; y las terapias farmacológicas, indicadas para el abordaje de la “disfunción eréctil” y la “eyaculación precoz”, cuadros por los que consultan hombres cis. Se examinan también los supuestos vinculados con el rendimiento sexual y su relación con la heterosexualidad.

En la tesis se examinan los modos en que estas tres especialidades definen y tratan al “sexo”, la “diferencia sexual” y la “sexualidad”, la producción del sexo como “dato semiológico” y como “premisa investigativa” en investigaciones clínicas, así como la constitución de la diferencia sexual en las escalas anatómica, fisiológica e histológica. Al mismo tiempo se aborda la manera en que las distintas escalas de la

diferencia sexual se articulan con las definiciones y prácticas clínicas de la ginecología, urología y sexología clínica. Por último, se analizan las maneras en las que los entramados entre definiciones epistemológicas, prácticas médicas, objetos e instrumentos y supuestos y efectos ontológicos hacen o no de la medicina un quehacer hospitalario.

Las conclusiones generales de la tesis refieren a las potencias de las investigaciones situadas y a las posibilidades analíticas y ontológicas de los modos porosos de aproximarnos a los objetos con los que tratamos. Al carácter consustancial de las prácticas médicas, las definiciones epistemológicas de cada disciplina y las ontologías corporales. Las conclusiones también refieren al carácter de las prácticas médicas las que, así como los cuerpos, son plurales y contingentes. Las corporalidades no son algo dado, sino multiplicidades que se hacen en prácticas concretas que, al fin y al cabo, están en manos de personas que pueden hacerlas, y hacerse, de otras formas. Esta tesis examina de qué manera las prácticas médicas se abren y se cierran a la afectación por parte de los procesos con los que trata que, a su vez, se entraman con regulaciones y modificaciones de las normas sexo-genéricas.

## Abstract<sup>1</sup>

Looking into the practices of three medical specialties, the purpose of this thesis is to describe and analyze the ways in which medicine produces and regulates sexed and gendered bodies, bodies of "man" and "woman", as well as sexual and/or reproductive functions, sexuality, sexual difference, and pathologies or dysfunctions linked to the sexual. In order to fulfill this aim, the thesis examines the relationships between the medical-clinical practices of gynecology, urology and medical sexology with body ontologies. Medical practices are understood as that which is performed by doctors in their offices and medical services: the ways in which they carry out "semiological examinations", "diagnostic procedures" and indication of treatments. Body ontologies refer to what bodies are, the ways in which they are constituted and defined semiotically and materially.

The thesis analyzes a heterogeneous set of materials: interviews with physicians and medical students, training programs, clinical practices guides, care protocols, academic articles, diagnostic and semiological instruments. The analytical procedure consists in the situated elaboration of categories that allow addressing the articulations between medical practices and body ontologies. Some of them are: "gynecological condensations," "urological compositions," "practical imbalances," "diagnostic artifacts," "material semiotic frameworks," "body shaping."

The field of gynecology is defined by the "comprehensive care of women." This specialty is analyzed making use of the idea of "gynecological condensations", that is, the articulations between micro and macropolitics. The frameworks formed by the interactions among many issues establish five condensations to be examined: 1- state regulations, "integral care of women" and the field of sexual and reproductive health; 2- bodily processes and the control of sexuality and reproductive capacities of cisgender women; 3- sex and gender regulations, the notions of "prevention", "responsibility" and "care" and the technical aspects of "gynecological controls"; 4- the shaping of sexuality according to the notions of "normality", "excess", "risk"; 5- cissexism and transphobia in health care of trans men.

The field of urology is defined by the addressing of "the pathologies that concern the urinary tree of both sexes and the male reproductive system", as well

---

<sup>1</sup> Agradezco a María Luisa Peralta por la revisión.

as by the sound use of technical-surgical skills. This specialty directs its practices towards the resolution of events that take place in the lives of its patients, mostly cisgender men. The thesis examines three types of “urological compositions”, that is, singular articulations between the technical-surgical competencies of urology and institutional conditions, laboratory studies, objects and instruments (such as prostheses and “tutors”), and the demands of the patients. The three compositions analyzed arise from the demands of: 1- cisgender men affected by prostate discomfort; 2- cisgender men requesting the placement of penile or testicular prostheses; 3- transgender women who request the performance of a type of surgery called vaginoplasty. From these three compositions, the ways in which the urological field is productively related to the health/disease and functional/dysfunctional pairs are analyzed.

The field of medical sexology is defined by the attention and solution of sexual dysfunctions. The thesis examines the ways in which this field is constituted in relation to the operation of two types of "diagnostic artifacts": "sexual response" and "sexual function". The ways in which this specialty carries out its clinical tasks are also analyzed based on the notion of “practical imbalances”. This category allows to investigate the discontinuities between: 1- the multicausal nature of sexual dysfunctions and the implementation of therapeutic processes aimed at resolving the symptom; 2 - the gap in terms of efficacy between the therapeutic alternatives administered by medical sexology: psychotherapies and pharmacological therapies. Assumptions related to sexual performance and their relationship to heterosexuality are also examined.

The thesis explores the ways in which these three specialties define and treat "sex", "sexual difference" and "sexuality", the production of sex as "semiological data" and as "investigative premise" in clinical research, as well as the constitution of sexual difference in the anatomical, physiological and histological scales. At the same time, the way in which the different scales of sexual difference are articulated with the clinical definitions and practices of gynecology, urology and clinical sexology is addressed. Finally, I analyze how the frameworks conformed by epistemological definitions, medical practices, objects and instruments, and assumptions and ontological effects make medicine a hospitable task or not.

The general conclusions of the thesis refer to the powers of situated investigations and to the analytical and ontological possibilities of porous ways for

approaching the objects with which we deal. To the consubstantial nature of medical practices, the epistemological definitions of each discipline and body ontologies. The conclusions also refer to the nature of medical practices which, together with bodies, are plural and contingent. Corporalities are not something given, but multiplicities that are made in concrete practices that, after all, are in the hands of people who can make them, and make themselves, in other ways. This thesis analyzes how medical practices are open and closed to the affectation by the processes with which they deal, which in turn are entangled with regulations and modifications of sex and gender norms.

## Índice

	<b>Página</b>
<b>DEDICATORIA</b>	12
<b>AGRADECIMIENTOS</b>	13
<b>PREFACIO</b>	16
<b>PRESENTACIÓN DE LA TESIS</b>	22
<b>INTRODUCCIÓN</b>	24
<b>1. Definición del problema de investigación</b>	24
<b>2. Situando el problema de investigación</b>	28
Sobre los procesos biopolíticos	29
Las políticas “antigénero”	32
El derecho a la salud en Argentina	33
La formación médica en Argentina	37
Palabras sobre la coyuntura actual	39
<b>ANTECEDENTES Y DIMENSIONES TEÓRICAS</b>	41
<b>1. Discusiones en torno a lo ontológico</b>	41
El giro ontológico y sus aperturas	42
Aportes de los Estudios Sociales de las Ciencias y la Tecnología	46
Las ontologías, los cuerpos y la medicina	48
<b>2. La medicina y las normas</b>	50
Los cuerpos y la normatividad	50
Los cuerpos y el funcionamiento normativo del género	51
<b>3. Debates en torno a los cuerpos, el sexo y el género</b>	52
Las regulaciones corporales	53
Los cuerpos activos	54
Aportes del feminismo, la Teoría Queer y los Estudios Trans para pensar las ontologías corporales	55
<b>DECISIONES TEÓRICO-METODOLÓGICAS</b>	59
<b>1. Coordinadas generales</b>	59
<b>2. A cerca de los materiales analizados</b>	62
<b>3. El recorrido metodológico</b>	63
Primera etapa: la formación en medicina	64
Segunda etapa: el ejercicio profesional	67
Aclaraciones respecto de las entrevistas	70
<b>4. Consideraciones éticas</b>	71
<b>5. Respecto del análisis</b>	72

<b>PRESENTACIÓN DE LOS CAPÍTULOS</b>	75
<b>CAPÍTULO 1</b>	80
<b>Condensaciones ginecológicas. Relaciones entre prácticas médicas, políticas sexuales y reproductivas y la materialidad de los cuerpos en el desempeño ginecológico</b>	
<b>Introducción</b>	80
<b>1. La ginecología y lo ginecológico. El Estado, la “salud integral de la mujer” y la salud sexual y reproductiva</b>	85
La formación en tocoginecología	85
Las políticas en salud sexual y reproductiva	94
<b>2. La construcción de la paciente ginecológica y los ciclos vitales como hitos clínicos</b>	99
<b>3. La prevención como norma del quehacer ginecológico</b>	105
<b>4. La construcción de la sexualidad como evento clínico</b>	112
La dificultad frente al coito vaginal cis heterosexual	114
La regulación de la sexualidad a través de los métodos anticonceptivos	116
La sexualidad riesgosa y las enfermedades de transmisión sexual	118
Las consultas de lesbianas y la restricción del abordaje clínico	122
<b>5. El cisexismo, su productividad transfóbica y los límites disciplinarios de la ginecología</b>	125
Los servicios de ginecología y la imposición de una naturaleza femenina	127
La atención de pacientes trans y la reconfiguración de las competencias clínicas ginecológicas	131
<b>Recapitulación</b>	135
<b>CAPÍTULO 2</b>	137
<b>La urología y las ontologías corporales. Un mapeo de composiciones clínico-terapéuticas en el campo urológico</b>	
<b>Introducción</b>	137
<b>1. El saber-hacer técnico-quirúrgico de la urología</b>	141
La formación en urología	142
El ejercicio clínico de la urología general	144
<b>2. Composición clínico-terapéutica I: el abordaje de las dolencias prostáticas</b>	148
El control prostático y la elaboración del diagnóstico de cáncer	150
El tratamiento del cáncer prostático	156

3. Composición clínico-terapéutica II: la urología y los cuerpos protésicos de los hombres cis	160
4. Composición clínico-terapéutica III: la vaginoplastia y la afirmación quirúrgica de las mujeres trans	168
Recapitulación	178
<b>CAPÍTULO 3</b>	181
<b>La sexología médica. Las estrategias médicas y el abordaje clínico de las disfunciones sexuales de hombres y mujeres cis</b>	
Introducción	181
1. La sexología médica: la conformación de un campo disciplinario propio	185
2. En el consultorio, primera parte: la confección de la historia clínica y el establecimiento de un diagnóstico	191
3. En el consultorio, segunda parte: los tratamientos	197
Las psicoterapias	197
Las terapias farmacológicas	201
4. No poder y no desear: las disfunciones sexuales de hombres y mujeres cis y sus abordajes terapéuticos	204
El Viagra como productor de demandas, <i>performances</i> sexuales y estrategias clínicas	205
El hiato terapéutico de la sexología médica: el abordaje de “la falta de deseo” en las mujeres cis	210
Recapitulación	217
<b>CAPÍTULO 4</b>	219
<b>Univocidades y multiplicidades ontológicas. El sexo y la sexualidad y el quehacer médico</b>	
Introducción	219
1. El sexo y la(s) diferencia(s) sexual(es) en la formación y el ejercicio médico	223
El sexo como dato semiológico	226
El sexo, el género y la sexualidad como datos de investigación médica	233
2. El sexo y la(s) diferencia(s) sexual(es) en los campos de la ginecología, urología y sexología médica	237
Las conexiones, desconexiones y reconexiones ginecológicas	238
La urología y sus conexiones disímiles con los aparatos urinarios y sexuales	241

La afinidad productiva entre la sexología médica, mecanismos fisiológicos y la heterosexualidad	245
<b>3. La producción ontológica y la hospitalidad de los quehaceres médicos</b>	250
El sexo como origen y sus cierres	251
El cisexismo, violencia epistemológica y jerarquías ontológicas	256
<b>Recapitulación</b>	262
<b>CONCLUSIONES</b>	264
<b>1. Por capítulos</b>	264
<b>2. Generales</b>	275
<b>3. Líneas de análisis para profundizar en futuras investigaciones</b>	290
<b>PALABRAS FINALES</b>	292
<b>BIBLIOGRAFÍA</b>	293
<b>ANEXOS</b>	

*A mis abuelas, Pirry y Lela, donde sea que estén.  
Gracias por enseñarme que hay muchas formas de hacer las cosas.  
Gracias por tanto.*

## **Agradecimientos**

Esta tesis no hubiese sido posible sin el apoyo de una amplia red formada por distintas instituciones, grupos, personas y no-humanos. Quiero empezar agradeciendo al Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas (CONICET) por el otorgamiento de la Beca Doctoral durante el período 2012-2017. Sin la beca hubiese sido realmente difícil realizar esta investigación.

Quisiera agradecer también a las autoridades del Doctorado en Ciencias Sociales de la Facultad de Ciencias Sociales de la UBA, a los y las docentes con quien tuve la posibilidad de cursar, intercambiar y aprender. También a los y las no docentes, por el cariño, compromiso y dedicación con la que realizan su labor.

Quiero agradecer especialmente al Dr. Mario Pecheny y a la Dra. Lucía Ariza por su orientación en esta etapa. He aprendido mucho trabajando con ambos y ahora, llegado el final, puedo decir con profunda satisfacción y alegría he tenido la suerte de sentirme parte de un equipo.

Agradezco a Mario, por su enorme generosidad, por su cadencia para acompañar, guiar y enseñar distintas cosas, todas importantes. Por la confianza, el apoyo y el aliento a lo largo de las diferentes etapas de este proceso. Voy a atesorar lo aprendido como parte de un acervo de herramientas teóricas, metodológicas y éticas a las que seguramente eche mano, en más de una oportunidad, en el futuro.

A Lucía, por la generosidad, el compromiso y la dedicación con la pacientemente acompañó durante largos años el proceso de reflexión que hay detrás de esta tesis, incluyendo sus múltiples desvíos. Me resulta difícil transmitir cuánto le debe este trabajo a Lucía. Junto con las invaluable conversaciones, intercambios y aportes bibliográficos, con Lucía aprendí un modo de investigar, aprendí a aprender de las cosas y de los procesos, a investigar dejándome desafiar y sorprender por ellos. Esa apertura ética y metodológica es otro de los tesoros que me deja el proceso de elaboración de esta tesis.

Quiero agradecer también a la Dra. Ana Lía Kornblit, por haberme acompañado en la primera etapa de la formación doctoral y a la Dra. Karina Bidaseca, por su orientación durante el final de la Licenciatura en Sociología y durante la beca doctoral.

También quiero agradecer a los y las participantes del Área de Salud y Población del Instituto de Investigaciones Gino Germani y a quienes forman parte del equipo UBACyT dirigido por Mario Pecheny. Ellos y ellas han sido interlocutores muy importantes de los primeros borradores de esta tesis.

Quiero agradecer especialmente a Anahí Farji Neer, amiga, compañera y generosa interlocutora. Buena parte del trabajo de campo de esta investigación fue realizado en cercanía y complicidad con ella. Gracias por las lecturas dedicadas de distintos borradores que precedieron a este trabajo y por las oportunidades para madurar ideas y reflexiones juntas.

Al Centro de Documentación e Información del Instituto de Investigación Gino Germani, especialmente a Ignacio Mancini por el asesoramiento y la infalible búsqueda bibliográfica.

Agradezco también a Gabriela D'Odorico y a Patricia Digilio. Tuve la suerte de haber conocido a ambas, en el marco del Doctorado, durante el Taller de Tesis I. Desde entonces nos hemos encontrado en distintos espacios. Con Gabriela en el marco del Seminario Abierto del Grupo de Estudio sobre Biopoder, Tecnociencia y Subjetividad y con Patricia en el Taller de lectura dirigida "Una lectura bioética de la biomedicina".

Quisiera agradecer también a la Dra. Claudia Fígari quien, en el marco del Taller de Tesis II, me ayudó a armar un primer esqueleto de esta tesis. Al Dr. Juan Pedro Alonso y a la Dra. Jimena Mantilla, por lo aprendido durante el seminario "Transformaciones actuales en el campo de la salud: ciencia, biomedicina y sociedad". También a la Dra. Gabriela Irrazábal por sus enriquecedores y generosos comentarios y aportes bibliográficos en la instancia de revisión del Plan de Tesis.

A quienes forman parte del Departamento de Salud del Centro Cultural de la Cooperación, especialmente a Brenda Maier y a "mi sister" y compañera de la vida, Luci Cavallero.

Quisiera agradecer también al grupo de lectura de "Mil Mesetas", especialmente a Sergio Tonkonoff, Camilio Ríos Rozo, Sebastián Stavisky, Luci Cavallero. La lectura colectiva y afectiva de esos sábados por la mañana aún resuena como ecos en mis pensamientos. A Gastón Sena y de nuevo a Seba, por haber insistido con la hermosa combinación de los sábados de amistad y lectura, en este caso, de los libros de Canguilhem.

A mis compañeros y compañeras de activismo y militancia. Porque, sin dudas, lo que veo, pienso y siento se fue forjando a lo largo de los años en los diálogos y quehaceres compartidos. A mis ex compañeras y compañeros de la organización Lesbianas y Feministas por la Descriminalización del Aborto. Especialmente a Verónica Marzano, a quien llevo en la memoria y en el corazón.

A María Luisa Peralta, amiga y compañera entrañable, entusiasta libertaria, gracias por la generosidad, la complicidad y el cariño. A Nicolás Cuello y Gabriela Mitidieri, por insistir en las fantasías de comunidad y por el compromiso con la vida. A Manu Riveiro, por la solidaridad y la sensibilidad volcada en los vínculos tramados todos estos años. A mis compañeras y compañeros del MTD Lucha y Libertad (FOB), especialmente a Eugenia Lara y Carla Thompson, y a mis compañerxs del Área de Salud: Pato, Caro, Germán, Eva, Gilma, Salva, Lau, Eli y, especialmente, a Daysi. Gracias por insistir con la posibilidad de construir otros mundos.

A las personas que forman parte del Grupo Nzinga de Capoeira Angola, “mi segunda familia”: Jaz, Juli, Magui, Analí, Pauli, Lauri, Gra, las Flor, Lian, Suyi, Sil, Romi, Valen, Siro, Bia, Anajú, Azu, Dani, Fabi, Rodo, Giu, Iru, Jeka, Lu, Jime, Shajo, Luci, Noe, Cande. Y a mi mestra orientadora, de capoeira y de la vida, Janja. A la Jo, amiga adorada y cuidadora del Centro Cultural La Sala, “mi segundo hogar” y escenario de tantos encuentros y fantasías.

A mis compas de la Columna Orgullo en Lucha.

A los amigos y amigas que acompañaron con paciencia y amor.

A mi mamá, por todo su amor, apoyo y confianza. A mi papá por su cariño y apoyo. A mi hermana María, por el cariño, aliento y confianza incondicional. A mi hermana Manuela, por el brillo que aporta a mi vida. Gracias, porque por más que estemos lejos desde hace tantos años, están siempre conmigo. A mis tías y tíos, a mi primo y primas y a mi sobrina Juana, gracias por el cariño.

A la Ema y el Membrillo, por su amor gatuno e infatigable compañía y tareas de armonización durante los últimos intensos meses de escritura. A mis plantas, por enseñarme de paciencia y observación.

Y, finalmente, a Fer Carvajal. Su apoyo, confianza, cuidado y amor han sido, sin dudas, condición de posibilidad de este proceso de pensamiento y escritura. A su lado he aprendido y me he animado a muchísimas cosas. En esta ocasión voy a mencionar una: a ver y a afectarme por la sutileza de los trazos y texturas. Gracias por la hacer de la vida un entramado de amor, ternura y placeres.

## **Prefacio**

### **Encarnar la investigación: cuatro anécdotas sobre mis vínculos con la medicina**

#### **Hija**

Aún guardo vívidas las imágenes de cuando, allá por los '90, pasaba ratos en el laboratorio de análisis clínicos en el que trabajaba mi mamá. El laboratorio estaba adentro de un sanatorio privado de San Miguel de Tucumán. Dada la intensidad del trabajo, mi madre intentaba no llevarme, pero a mi me gustaba ir, así que le insistía para pasar algunos momentos allí con ella. Lo que me gustaba era estar adentro del laboratorio y no en los pasillos del sanatorio donde se veía gente enferma, ya sea sentada esperando que la atiendan o pasando en sillas de ruedas o camillas. No me gustaban sus gestos de dolor ni las expresiones de angustia de los y las familiares. Pasaba rápido por los pasillos para llegar al laboratorio que, en parte, era otro mundo. Todo me llamaba la atención: las mesadas blancas, las luces frías que intensificaban los colores fuertes de “los reactivos”, las Placas de Petri, los tubos de ensayo, todos los aparatos, especialmente el que “centrifugaba” pero más aún, el microscopio. Me pasaba largos ratos mirando por el microscopio esos puntitos violáceos y más blanquecinos de apariencia gelatinosa. Con cariño, mi madre y sus colegas, me explicaban lo que era la sangre, las “plaquetas”, los “glóbulos rojos” y “blancos”. Recuerdo un clima de trabajo amable y demandante, recurrentemente marcado, a veces sobresaltado, por los pedidos de médicos y médicas. De guardapolvo blanco, con aspecto impecable, abrían de golpe la puerta y, en pocas palabras, amables, pero seguras e asertivas, indicaban a las bioquímicas lo que necesitaban y/o preguntaban por los resultados de análisis pedidos.

Los médicos y médicas que trabajaban con mi mamá transmitían seguridad, como si errar no estuviese dentro de las posibilidades. Su presencia parecía poderosa. A veces también agorrante y enigmática. Nunca sentí deseos de ser como ellos y ellas, ni siquiera me gustaba cuando entraban al laboratorio. Sin embargo, sentía admiración y saberles cerca, saber que trabajaban con mi mamá, me hacía sentir segura, protegida. El tiempo y mis propias experiencias con la medicina me harían matizar, incluso transformar, estas sensaciones.

## **Paciente**

Si mal no recuerdo, empecé a ser una “paciente autónoma”, es decir, alguien que va a la consulta médica por sus propios medios, cuando fui al consultorio ginecológico. Tenía veinte años y mis experiencias sexuales habían sido todas lésbicas. Por ese entonces, llevaba poco tiempo “fuera del closet” y apenas hablaba con mi entorno sobre mi sexualidad, mis amores y deseos. Hacer una consulta en ginecología había resultado algo obvio para mis amigas heterosexuales, casi una consecuencia de haber comenzado a tener relaciones sexuales con hombres cis. En mi caso, no se entendía muy bien para qué ir. Lo que más me impulsó fue el antecedente oncológico de mi madre, quien tuvo un cáncer de ovarios del que se recuperó. El cáncer era algo que me asustaba y pensé que yendo regularmente al médico lo podía prevenir. Saqué turno y fui sola. Por ese entonces tenía una prepaga que pagaba mi padre. Estaba nerviosa y tenía miedo. El médico me preguntó mi edad, ocupación, si tenía pareja y cómo me cuidaba. Le dije que tenía novia y que no utilizaba métodos anticonceptivos. Tenso, me preguntó por mis antecedentes familiares. Le conté del cáncer de mi mamá y también del cáncer de útero de mi abuela. Anotó en la computadora, no preguntó más nada. Pasó a explicarme lo que era un Papanicolaou y a decirme que me lo tenía que hacer. Me dio una bata, me indicó donde estaba el baño. Me dijo que no deje la ropa interior en el piso porque había bacterias. Sin explicarme mucho más me pidió que me acueste en la camilla. Luego me dio una palmada seca en la pierna y me dijo “relajada, como si estuvieses tomando sol”. Me hizo el Papanicolaou. Luego, me dijo que por mis antecedentes oncológicos era recomendable hacerme una ecografía transvaginal. Salí del consultorio con una sensación sumamente extraña. No me había sentido a gusto, pero también sentía que finalmente había hecho lo que tenía que hacer: lo mismo que hacían mis amigas y cuidarme del cáncer.

Me hice la ecografía, busqué los resultados, pero cambié el médico. Fui con una médica. Los resultados: normales. “Volvé el año que viene”, me dijo y volví puntualmente al año. Me hizo el Papanicolaou y me pidió de vuelta una ecografía transvaginal pero le agregó la mamaria. Me hice todo y volví al consultorio: “está todo normal, venite a control el año que viene”. Luego de hablar con una amiga lesbiana, al tercer año decidí cambiar nuevamente de médica e ir a la que iba ella, una médica “amigable”. Y realmente fue amigable, me preguntó por mi novia, por mis estudios, trabajo, familia y vida en general de un modo empático. Aunque, al

igual que en las consultas anteriores, me hizo el Papanicolaou y volvió a indicarme las ecografías transvaginal y mamaria.

Por la indicación médica y el miedo al cáncer, durante seis años, es decir, desde los veinte a los veintiseis años de edad, me realicé ambas ecografías de modo regular. Luego, a partir de información que encontré por mis medios, decidí no volver a hacerme esos estudios hasta cumplir por lo menos los treinta y cinco años.

### **Activista**

Junto con otros y otras activistas, en el 2008 comenzamos a darle forma a lo que en 2009 se llamaría “Lesbianas y Feministas por la Descriminalización del Aborto” (LyF) y a su principal proyecto, la línea telefónica “Aborto: más información, menos riesgos”. Nuestros objetivos principales eran sumarnos a la lucha por la legalización del aborto, la democratización de la información respecto del aborto medicamentoso y, con ello, favorecer el acceso a métodos de aborto seguros. A través de la línea difundíamos información sobre el uso del misoprostol, un medicamento para realizarse abortos de manera segura hasta la semana doce de embarazo. A pesar de que la Organización Mundial de la Salud había publicado en el 2003 una guía llamada *Abortos sin riesgos*, esa información no circulaba ni en espacios activistas, ni centros de salud o espacios educativos. Lejos de eso, difundirla era sospechado de delito.

Antes de lanzar la línea telefónica de manera pública pasamos por un intenso proceso de formación. Los temas centrales fueron el uso del misoprostol, los derechos que competen a las y los pacientes, así como las obligaciones éticas y legales de los equipos de salud. También aprendimos sobre anticoncepción. Aunque la formación más radical llegó con la atención de la Línea y de la mano de las mujeres que llamaban. Con el tiempo escuché a cientos de mujeres cis contar sus experiencias respecto de sus embarazos no deseados. Sus vivencias eran variadas, así como lo eran los contextos y recursos con los que contaban. Escuchándolas aprendí sobre el funcionamiento encarnado (no apriorístico) de los métodos anticonceptivos, o sea, sobre la distancia que separa la información sobre su uso y las tantas cosas que pueden ocurrir en su uso. Escuché lo que muchas mujeres cis sintieron con los embarazos no deseados y, en algunos casos, cómo fueron sus experiencias en los abortos. También pude oír múltiples experiencias de mujeres cis de distintas edades, clases sociales, ubicación geográfica, con el sistema de salud,

especialmente con los servicios de ginecología. Buena parte de ellas narraban situaciones de maltrato médico, tanto psicológico como físico. En algunos casos, los niveles de violencia que escuchamos fueron aterradores. Otras pocas contaban experiencias positivas, en las que “sus” ginecólogos o ginecólogas habían sido, más o menos, aliados.

En 2010 organizamos la primera jornada sobre uso de misoprostol en el Primer Nivel de Atención, dirigida a equipos de salud. La convocatoria fue notable, los cupos se agotaron a las pocas horas de lanzada su difusión. Quienes más concurrieron fueron médicos y médicas generalistas, trabajadoras sociales y profesionales del campo psi. El activismo en relación con el aborto me hizo conocer parte de la heterogeneidad del sistema de salud, en general, y de la medicina en particular. Inclusive pude ver cómo el ejercicio médico puede tomar la forma de una trinchera para quienes la ejercen: adentro de ese campo tienen lugar prácticas sumamente variadas y a veces en disputa. Con el tiempo, desde LyF, fuimos estrechando vínculos con ciertas organizaciones profesionales de médicos y médicas generalistas, con residencias de trabajo social y con organizaciones sociales.

En 2011 publicamos *Todo lo que querés saber sobre cómo hacerse un aborto con pastillas*, un manual elaborado desde una perspectiva de educación entre pares y redactado en un lenguaje directo. Hicimos dos ediciones, cada una con una tirada de diez mil ejemplares impresos. El archivo en formato digital estuvo disponible en la web desde el primer momento y obtuvo, hasta donde pudimos contabilizar, más de cien mil descargas en los primeros meses. La experiencia de la línea telefónica y del manual fueron sumamente desafiantes y gratificantes. Ambas supusieron maneras de quebrar las barreras que nos separan y alejan de la información supuestamente “médica”. También un modo de entender que “lo médico” no necesariamente es distante, difícil o inalcanzable.

El activismo en LyF marcó un antes y un después en mi vida, así como un antes y un después en mi modo de entender el ejercicio de la medicina. Posteriormente, a veces sola y a veces con compañeras y compañeros, investigué y escribí en relación al aborto, el activismo, el sistema de salud y la formación médica (Mines Cuenya, 2015; Mines Cuenya y Rodriguez, 2011; Mines Cuenya, Villa, Rueda, y Marzano, 2013). El aborto estará presente en esta tesis más a partir de esta experiencia, es decir, como una vivencia que ha dado forma a supuestos sobre el sistema de salud

local, la medicina y la autonomía corporal, que como tema de investigación específico de la tesis. Esta decisión se debe a distintas cuestiones. La principal se vincula con la configuración actual del aborto como asunto sanitario, específicamente en la Ciudad de Buenos Aires: por lo menos desde 2013, su abordaje excede a los servicios de ginecología, especialidad analizada en esta tesis. Asimismo, lo que se hace y deja de hacer en los consultorios ginecológicos guarda relación con la coyuntura política, con la labor de las redes feministas de acompañamiento, con la proliferación de colectivos sociales y políticos que emiten información sobre aborto con medicamentos y, sobre todo, con el rol que desempeñan médicos y médicas generalistas y trabajadoras y trabajadores sociales en los servicios de salud. Por ello, creo que la relación de las prácticas ginecológicas con el aborto requieren de investigaciones que abarquen coordinadas específicas, amplias y distintas a las propuestas en esta tesis.

### **Profesional**

Desde el 2014 trabajo como docente en la carrera de Medicina de la Universidad Nacional de la Matanza (UNLaM) en un escenario curricular llamado Aprendizaje Basado en Problemas. En este marco me reencontré con distintas personas que conocí durante las actividades llevadas a cabo en el marco de LyF. El diseño curricular de esta Carrera supone cambios estructurales respecto de la propuesta académica llevada adelante por las currículas “clásicas” como, por ejemplo, la de Carrera de Medicina de la Universidad de Buenos Aires. Algunas de sus diferencias se vinculan a las maneras en las que se enseñan los contenidos otrora “biomédicos” y “clínicos”, los cuales no son solamente impartidos en abstracto mediante el dictado de clases teóricas, sino también comprendidos a partir de problemas y casos clínicos específicos. Asimismo, las prácticas en servicios de salud tienen lugar desde el primer año de cursada llevándose a cabo, primero, en centros de Atención Primaria y, a partir de cuarto año, en ámbitos hospitalarios. Durante los cinco años que llevo trabajando en esa institución, he interactuado con docentes médicos y médicas de distintas especialidades y he escuchado anécdotas de distinto sobre su trabajo. Me frustré y enojé con su arrogancia, pero también conocí de sus frustraciones pudiendo entender que, en no pocos casos, la labor médica puede consistir en un trabajo solitario y cuesta arriba, que demanda mucho esfuerzo. También me he encontrado con médicos y médicas pensando sobre el futuro del

ejercicio de la medicina y reflexionando con apertura y ganas sobre nuestra labor en el proceso de formación médica.

En 2018 el Instituto Universitario del Hospital Italiano comenzó a dictar una Carrera de Medicina cuyo diseño curricular se inspiró en el de la Universidad Nacional de La Matanza. Desde su inicio, trabajo como docente en una unidad académica llamada Atención Primaria Orientada a la Comunidad. En este espacio laboral también he podido trabajar en interactuar con médicos y médicas de distintas especialidades, aunque principalmente con quienes se dedican a la medicina familiar.

Desde 2014 formo parte del cuerpo docente de dos carreras de Medicina. Estas experiencias me ha ubicado por dentro de procesos de formación de futuros médicos y médicas, en una posición de cercanía, sumamente desafiante, que ha agregado matices y dimensiones a mi modo de entender e interactuar con el campo médico.

Buena parte del trabajo de campo realizado durante la investigación que da lugar a esta tesis, se llevó a cabo durante mi último año como parte del colectivo de LyF y en paralelo a mi trabajo docente de la Carrera de Medicina de UNLaM. El recorrido señalado en este prefacio supone un intento por situar y, sobre todo, por “encarnar” (Haraway, 1995), el proceso de aproximación y de configuración de los objetos que se analizan en esta tesis.

## Presentación de la tesis

En esta tesis se describen y analizan las maneras en las que tres especialidades médicas, la ginecología, la urología y la sexología médica, se relacionan con los cuerpos de los y las pacientes con quienes tratan. Este objetivo parte del supuesto de que aquello que los médicos y médicas hacen en los consultorios guarda una relación productiva con las ontologías corporales, es decir, con lo que los cuerpos son.

Las maneras en las que los médicos y médicas dedicados a la ginecología, a la urología y a la sexología atienden, revisan, estudian y tratan a los cuerpos de sus pacientes se vincula con las singularidades y diferencias de cada campo médico-clínico. Cada una de estas especialidades define su *expertise*, produce categorías específicas y métodos propios. Establece y da forma a los diferentes objetos clínicos con los que trata, ya sean enfermedades, disfunciones o demandas relacionadas a las decisiones que las personas toman sobre sus vidas y sus cuerpos. La ginecología, urología y sexología médica moldean a los cuerpos en forma de funciones, como, por ejemplo, la sexual, y de sistemas y aparatos corporales, como el urinario y el reproductivo.

La ginecología, la urología y la sexología médica son especialidades clínicas que se dedican a la atención de procesos relacionados con lo genital, lo sexual, y/o lo reproductivo. Cada una de estas disciplinas aborda esos procesos de un modo específico, haciendo de lo genital, lo sexual y lo reproductivo algo singular, que se moldea en relación con las formas en las que esa especialidad médica lo concibe y trata. Cada una de estas especialidades organiza sus prácticas, es decir, aquello que médicos y médicas hacen en los consultorios desde que reciben al o a la paciente, hasta que lo despiden. Las preguntas que se hacen, los datos que se registran, lo que se mira, evalúa y mide de y en cada cuerpo es distinto en cada especialidad e, inclusive, en el abordaje de los diversos tipos de demandas que recibe una misma especialidad. Por ejemplo, lo que ginecólogos y ginecólogas hacen en la atención de una adolescente que consulta por primera vez no es lo mismo que lo que ponen en práctica frente a la atención de una mujer cis adulta.

A lo largo de la tesis analizo las particularidades de esas preguntas, las distintas maneras en las que los médicos y médicas de cada especialidad revisan a

los cuerpos, las formas en las que se ponen en juego los instrumentos de medición y registro, los disímiles procedimientos que llevan al establecimiento de un diagnóstico y a la indicación de un tratamiento. Cada uno de estos pasos son examinados prestando especial atención a su relación con los supuestos y efectos semióticos y materiales sobre los cuerpos y “el sexo”, lo “fisiológico” y lo “normal”, a cómo se establecen los límites entre “lo biológico” y “lo artificial”, lo femenino y lo masculino y cómo esos límites dan forma a las prácticas médicas.

A lo largo de la tesis se examinan las formas en las que se organizan y ponen en práctica los quehaceres médicos de la ginecología, la urología y la sexología médica, así como las maneras en las que estas prácticas se relacionan con las particularidades semiótico-materiales de los cuerpos. Es decir, se analizan los modos en los que estas tres especialidades médicas hacen cuerpos y las maneras en las que los cuerpos hacen a la ginecología, la urología y la sexología médica.

## Introducción

### 1. Definición del problema de investigación

El objetivo principal de esta tesis es describir y analizar las prácticas clínicas y las definiciones epistemológicas de la ginecología, urología y sexología médica y su relación con las “ontologías de los cuerpos”. Este objetivo parte del supuesto de que los cuerpos no son algo que está dado, sino que, por el contrario, existen como realidades semiótico-materiales múltiples que se hacen en prácticas concretas.

Las preguntas que recorren la tesis se focalizan en las relaciones entre la medicina y los cuerpos. Algunas de ellas son las siguientes: ¿qué y cómo son los cuerpos en y para la medicina?, ¿cómo se relacionan los cuerpos con las prácticas de médicos y médicas en sus consultorios? ¿cómo se producen el sexo y la diferencia sexual en las prácticas clínicas de la ginecología, urología y sexología médica?

En esta tesis parto del supuesto de que el quehacer médico y los cuerpos guardan una relación de consustancialidad. Con esto quiero decir que la medicina hace a los cuerpos al mismo tiempo que los cuerpos hacen a la medicina, incluyendo sus especialidades, quehaceres, miradas y preguntas. Las prácticas médicas, así como las corporalidades de las personas con las que tratan, están sujetas a múltiples dimensiones que les dan forma. En esta tesis voy a atender aquellas regulaciones o normas vinculadas al género y la sexualidad. Quisiera mostrar cómo la medicina produce y regula cuerpos sexo-generizados, cuerpos de “hombre” y “mujer”, cómo se da forma a las funciones sexuales y/o reproductivas, cómo se moldea aquello que se entiende por sexualidad, cómo se produce la diferencia sexual como naturaleza, así como las patologías o disfunciones ligadas a lo sexual, entre otros procesos. También me propongo mostrar maneras en las que corporalidades, procesos de salud, enfermedad y atención, así como demandas singulares de hombres y mujeres cis, y trans, producen, delimitan y condicionan a la medicina, sus fronteras disciplinarias, supuestos y prácticas clínicas. Por personas cis me refiero a aquellas que conservan a lo largo de la vida la identidad de género que les fuera atribuida al nacer, y por personas trans me refiero a aquellas que, en algún momento de sus vidas, modifican la identidad de género que les fuera atribuida al nacer.

Al hablar de ontologías no me estoy refiriendo a algo fijo y trascendental ni a un ser o naturaleza estable. Por el contrario, me refiero a algo que se hace, en este caso, en relación con la medicina. Lo que los cuerpos son y no son, cuándo y cómo se enferman o están sanos, cuáles y cómo son los sexos y cómo se delimitan, son procesos que se definen y materializan en relación con condiciones epistemológicas, técnicas, culturales en las que la medicina es protagonista.

Para adentrarme en este problema de investigación voy a analizar las particularidades de tres especialidades médico-clínicas: la ginecología, urología y sexología médica. Estas tres especialidades comparten el hecho de que los objetos clínicos que definen, tratan y en los que se especializan, están atravesados por cuestiones sexo-genéricas.

La medicina es un arte complejo y heterogéneo. Conformar un vasto campo frente al cual, si nos proponemos analizar sus prácticas, resulta dificultoso estipular generalidades. En esta tesis voy a analizar tres especialidades médicas en su dimensión clínica, es decir, en la atención de pacientes. Cada una de estas especialidades conforma su propio mundo dentro del gran mundo de la medicina. Cada una es el resultado de la cristalización e institucionalización de modos de entender los cuerpos y los procesos de salud y enfermedad. Cada una define y produce sus objetos, objetivos y campos de competencia. Cada cual posee sus verdades, sus métodos diagnósticos, sus estrategias terapéuticas y tratamientos. Cada especialidad, además, produce multiplicidades corporales de manera específica (Mol, 2002).

Una de las dimensiones de análisis se conforma por la relación entre las características epistemológicas de cada especialidad, los efectos de éstas en sus estrategias y prácticas clínicas, así como en las producciones ontológicas en las que participan. Retomando los aportes de Fox Keller (2000), Haraway (1995), Latour (2001), Lykke (2012) y Tuin y Barad (2012), sugiero que aquello que la medicina hace de y con los cuerpos guarda relación con sus marcos epistemológicos. A lo largo de la tesis mostraré las maneras en las que se disponen los marcos epistemológicos de cada especialidad y las ontologías corporales, los modos en los que se relacionan y sus efectos. El esfuerzo analítico de la tesis se orienta al examen de la ginecología, urología y sexología médica en tanto disciplinas y no a las trayectorias particulares de médicos y médicas.

Haciéndome eco de aportes de algunas de las numerosas producciones que forman parte del llamado giro ontológico (Descola, 2012, 2016; Harris y Robb, 2012; Latour, 2001, 2007, 2008; Pedersen, 2012; Viveiros de Castro, 2014, entre otras), de los estudios sociales sobre tecnología, ciencia y medicina (Barad, 2007; Canguilhem, 2004, 2011; Haraway, 1995, 1999, 2004; Latour, 2004; Latour y Venn, 2002; Latour y Woolgar, 1995; Mol, 1999, 2002, 2010, 2013; Savransky y Rosengarten, 2016, entre otros), de la teoría feminista, *queer* y los estudios trans (Alaimo y Hekman, 2008; Cabral, 2009, 2014; Edelman y Zimman, 2014; Haraway, 1978; Hird, 2012; Serano, 2016; Stryker, 1994, 2006; Stryker y Currah, 2018; Zimman, 2014 entre otros), propongo hacer de la relación entre las prácticas de la ginecología, urología y sexología médica con los cuerpos con los que trata un objeto de investigación y análisis.

Interrogarse por las ontologías corporales significa preguntarse cómo se hacen los cuerpos. Esta tesis toma distancia de la idea de que existe una naturaleza corporal unívoca o que sus cualidades están dadas por una esencia inmutable o trascendental. El enfoque investigativo propuesto supone que la materialidad de los cuerpos, tanto semiótica como biotecnológica, se modela en su relación con la medicina y que, por lo tanto, no existe en tanto sustancia dada. Esta tesis analiza las maneras en las que los cuerpos, el sexo, los cuerpos “de hombre” y “de mujer”, lo reproductivo, así como la diferencia sexual se moldean como tales.

En las relaciones entre los quehaceres médicos y los cuerpos también participan productivamente diferentes objetos técnicos, por ejemplo, las historias clínicas y grillas diagnósticas que orientan la “exploración semiológica”, o los medicamentos que, como veremos, formatean a las alternativas terapéuticas. Tales objetos participan en el modelaje de los universos corporales con los que se relacionan a través de la producción de escalas y conexiones materiales y simbólicas singulares. No sólo posibilitan y/u obliteran ciertos abordajes y prácticas sino que también dan forma a lo que médicos y médicas hacen o dejan de hacer así como a los procesos corporales en los que intervienen (Henare, Holbraad, y Wastell, 2007; Latour, 2008; Latour y Woolgar, 1995).

Quehaceres médicos, cuerpos y objetos traman conexiones directas, yuxtaposiciones, solapamientos, discontinuidades y también inconsistencias. A su vez, estas tramas vinculares se enmarañan con regulaciones normativas de distinto tipo. Si bien las producciones ontológicas no pueden ser reducidas al

funcionamiento de las normas que las regulan, tampoco son ajenas a ellas. Es decir, aquello que los médicos y médicas hacen, sus relaciones con los cuerpos y la mediación de los objetos se constituyen en relación con parámetros normativos acerca de lo “normal” y “raro” o lo “sano” y lo “patológico”, lo “masculino y lo “femenino”. Como veremos a lo largo de la tesis, en los programas de formación médica, las guías de prácticas clínicas, y en los relatos de médicos, médicas y estudiantes de medicina, se presuponen y constituyen tipos de cuerpos, modos de vida, sexos y sexualidades como lo normal, lo uno. Las marcas aparejadas a los procesos que les dan forma se asimilan como parte de su naturaleza no marcada. Esta naturaleza corporal, resultado de permanentes regulaciones, se conforma como blanca, cis y heterosexual.

Si bien sostengo que la relación de la medicina con los cuerpos es una relación normativa en la que esta disciplina tiene la capacidad de intensificar los efectos de sus regulaciones sobre los cuerpos, afirmo también que lo que sucede en esta relación no se agota allí. Como voy a mostrar, los cuerpos no sólo son producidos, sino que también hacen, o, en términos de Foucault (1992, 2002, 2010), resisten. Los y las pacientes llevan a los consultorios sus dudas, inquietudes y necesidades que no se agotan en lo que las especialidades médicas estipularon como posible. Las materialidades disímiles de los cuerpos se conforman como límites y posibilidades a partir de las cuales se reconfiguran los quehaceres de la ginecología como de la urología y la sexología médica.

Al pensar la relación entre la medicina y los cuerpos en términos de normatividad estoy asumiendo el carácter consustancial de las relaciones entre los quehaceres médicos y los cuerpos, es decir, que la medicina hace cuerpos y que los cuerpos hacen medicina. En esta tesis, la noción de normatividad refiere a la manera en la que funcionan las dimensiones productivas del poder. Como señalan Butler (2006) y Macherey (2011), las normas sociales que regulan nuestras corporalidades preexisten y exceden a nuestras corporalidades individuales. Sin embargo, su funcionamiento concreto, así como sus efectos materiales tienen lugar en cada cuerpo de manera singular. En esa inscripción particular se abren posibilidades para la reproducción (que nunca es idéntica) pero también para la diferencia y la transformación tanto de los cuerpos, las prácticas médicas como de las propias normas.

El análisis que se propone en la tesis se centra en el funcionamiento de las normas sexo-genéricas. Las mismas tienen la capacidad de regular la producción de corporalidades en términos hétero y cisnormativos, es decir, de modelar a los cuerpos a partir de la correspondencia naturalizada entre pene/hombre/masculino/heterosexual y vagina/mujer/femenina/heterosexual. La medicina se hace presente de muchas maneras en la construcción de los cuerpos de los hombres y de las mujeres cis. La noción de cisnormatividad permite analizar los mecanismos que dan forma a una naturaleza sexual de “hombre” y “mujer” como materia regular, estable y permanente. El funcionamiento normativo de la cissexualidad modula silenciosamente la producción de la naturaleza de los sexos de hombres y mujeres cis al mismo tiempo que establece jerarquías ontológicas, es decir, existencias corporales más verdaderas que otras (Cabral, 2014a; Radi, 2015, 2019; Serano, 2014, 2016).

Resumiendo, a través de esta tesis pretendo describir cómo se hacen los cuerpos en su relación con la ginecología, la urología y la sexología médica, sin proponer una definición general de lo que los cuerpos son. El interrogante que atraviesa este escrito se focaliza en la relación productiva entre los cuerpos y la medicina. Los quehaceres de la medicina y sus efectos sobre los cuerpos, el establecimiento de fronteras entre lo natural y lo artificial, las definiciones de los estados de salud y enfermedad son, antes que nada, resultado de la confluencia de procesos de diferente alcance, que se encuentran en permanente disputa, fricción, movimiento. Los cuerpos no conforman entes que se definen *per se*. Por el contrario, los efectos ontológicos, o sea, el establecimiento y las definiciones de lo que los cuerpos son, conforman un territorio político, y por lo tanto contingente. Qué son los cuerpos y qué podrían ser, conforma un terreno de disputa política, semiótica y material. En esa disputa, los cuerpos no juegan un rol pasivo. Ello no supone que los cuerpos se recrean libremente. Si bien su producción, su hacerse, no sucede de manera idéntica, sí sucede de manera normativa, es decir, regulada por estándares implícitos o explícitos de normalización que operan en contextos específicos según sexo, género, nociones de naturaleza, artificialidad, rendimiento y salud (Butler, 2006, 2008; Cabral, 2009; Haraway, 1995, 1999, 2004; Preciado, 2014; Rose, 2012).

Esta tesis supone un intento por llevar a cabo un análisis situado (Haraway, 1995), es decir, por localizar la pregunta de investigación, así como la parcialidad de sus respuestas. Este posicionamiento, aspiro, me permitirá analizar los procesos de

regulación que intervienen en la producción de corporalidades, pero también su productividad. Me permitirá indagar en los cuerpos también como algo que le ha sucedido a las categorías y a las prácticas de la ginecología, urología y sexología médica en un contexto como es el de Argentina, más específicamente, el de Buenos Aires.

A continuación, voy a reponer análisis y caracterizaciones del contexto general en el que se ejerce la medicina, así como las transformaciones que esta disciplina ha experimentado en relación con él. También voy a señalar características del contexto local, relevantes para el análisis que propongo.

## **2. Situando el problema de investigación**

La medicina que se ejerce en Argentina, especialmente en Buenos Aires, se encuentra sujeta a numerosos procesos que conforman el complejo mar de fondo en el que tiene lugar esta tesis. En este apartado voy a mencionar algunos, comenzando por los procesos biopolíticos de alcance más global. Luego señalaré las características más salientes del contexto político local que afectan y regulan a la medicina vinculada a los derechos en materia de sexualidad, reproducción e identidad de género. También caracterizaré regulaciones locales que establecen pautas tanto para la formación médica como para su ejercicio clínico.

### **Sobre los procesos biopolíticos**

La pregunta de investigación que da lugar a esta tesis surge en un momento histórico en el que la interrogación por el cuerpo biológico, su estatus ontológico y las posibilidades que genera la disponibilidad de distintas biotecnologías, adquieren una relevancia política cada vez mayor (Esposito, 2011; Rose, 2012; J. Russo, 2013; Sfez, 2008; Sibilia, 2012 entre otros). Como se menciona en estas investigaciones, la relación entre la vida y las tecnologías se encuentra en un proceso de mutua y permanente transformación, proceso del que la medicina no es indiferente. Retomando los aportes de Esposito (2011) y Negri (2014), el capitalismo contemporáneo, así como el desarrollo biotecnológico intenso que lo acompaña, se caracteriza por una novedosa relación con la vida. Para dar cuenta de ello, ambos autores hablan de “biocapitalismo” en vez de capitalismo a secas. A través de este

concepto, destacan la creciente regulación y producción técnica de lo biológico. De modo concomitante, lo biológico y lo vital se reconfiguran dando lugar a un nuevo campo susceptible de ser explorado y explotado en términos económicos. Siguiendo a Negri (2014), la noción de “biocapitalismo” permite dar cuenta del proceso de penetración del capitalismo en la vida en dos sentidos. El primero refiere a la expansión de un capitalismo industrial que se aplica fundamentalmente al desarrollo de las ciencias biológicas y a su transformación en mercancía. El segundo nombra a un capitalismo que, para su valorización y para su beneficio, ha invertido a la totalidad de la sociedad. Este capitalismo se caracteriza porque “el conjunto de la vida humana individual y social es puesta a trabajar” (Negri, 2014, p. 51).

El ejercicio concreto de la medicina está sujeto a procesos biopolíticos de amplio alcance como los recién mencionados. Pero ¿qué rol juega la medicina en estos cambios?, ¿de qué manera se afecta el quehacer de la medicina? Para Clarke *et al.* (2003), Conrad (2008) y Foucault (2008), a partir de la segunda mitad del siglo XX, el poder y el saber médico se han expandido de modo tal que su alcance pone en duda la existencia de una exterioridad a los procesos de biomedicalización. Este último concepto remite al cada vez más “complejo, multisituado y multidireccional proceso de medicalización que se extiende y reconstituye a través de la emergencia de formas y prácticas sociales de una biomedicina alta y crecientemente tecnocientífica” (Clarke *et al.*, 2003, p. 162). La expansión de la biomedicalización coincide con la ampliación de lo que Rose llama “la jurisdicción médica” (2012, p. 37). Esta ampliación se superpone con el aumento de prácticas sociales y culturales relacionadas a la prevención y el mejoramiento de la salud.

El proceso de biomedicalización ha implicado mutaciones en la configuración de los actores sociales que forman parte del campo de la salud en general y de la medicina en particular. Como señalan distintos autores (Esposito, 2011; Foucault, 2008; Rose, 2012; Sfez, 2008), la capacidad de penetración del poder médico en los procesos de salud y enfermedad coincide con el protagonismo creciente de la industria biotecnológica y farmacéutica, así como con la pérdida de autoridad, iniciativa y capacidad de arbitraje de médicos y médicas. En el mapa actual de actores, las corporaciones biomédicas y farmacéuticas, en detrimento de la clásica autoridad médica (hospitales y médicos de guardapolvo blanco), tienen mayor capacidad para regular los procesos biomédicos. Otro aspecto aparejado a estos cambios viene de la mano del rol de los y las pacientes. Desde las últimas décadas

del siglo XX, hemos asistido a la conformación de grupos de pacientes y usuarios instruidos en aspectos específicos, muchas veces identificados como “técnicos” o “expertos” respecto de los procesos de salud y enfermedad que les atañen (Pecheny, Manzelli, y Jones, 2002). Tomando los aportes de Rose (2012), estos grupos pueden tener capacidad de presión y negociación no sólo con las instituciones que regulan la formación médica y las organizaciones profesionales sino también con las corporaciones biomédicas e incluso con los estados nacionales. Rose (2012) afirma que es posible hablar de “ciudadanía biológica” como un modo de describir los vínculos crecientes entre las concepciones de ciudadanía y la existencia biológica de los seres humanos.

Otro ejemplo de las mutaciones contemporáneas son los patrones de uso y consumo de productos biotecnológicos como hormonas o prótesis que se engloban como medicamentos, que exceden lo que otrora se identificaba como tratamiento frente a una enfermedad o cuadro patológico. La medicina, incluidas especialidades clínicas básicas, ha ampliado su campo de acción interviniendo en procesos que se definen como preventivos y también de optimización corporal y mejoramiento del rendimiento físico. Un ejemplo de esto es el Viagra (nombre comercial del sildenafil), cuya relación con las corporalidades cis masculinas analizaré en el capítulo 3 de esta tesis.

Las transformaciones recién señaladas tienen efectos en el ejercicio clínico de la medicina. Médicos y médicas aplican cada vez más procedimientos estandarizados y tecnificados tanto en el diagnóstico como en la indicación de tratamientos. Este modo de ejercer la medicina clínica se vincula con lo que pregona la llamada Medicina Basada en la Evidencia<sup>2</sup> (Goldenberg, 2006; Savransky y Rosengarten, 2016). Esta perspectiva propicia la generalización y homogeneización de los abordajes clínicos posponiendo la relevancia de los contextos específicos y de las particularidades culturales, sociales y económicas de quienes consultan y de quienes atienden. Este modelo gravita en la pérdida de la centralidad de la figura del médico, favoreciendo una relación directa entre “pacientes-clientes” y las

---

<sup>2</sup>Según Goldenberg (2006), la Medicina Basada en la Evidencia es promocionada como un nuevo paradigma en la educación y en la práctica médica. Su supuesta novedad radica en basar los tratamientos y las indicaciones clínicas en las llamadas “evidencias científicas”. Siguiendo a la citada autora, este paradigma puede caracterizarse como un neo positivismo que, en sus palabras, poco tendría de novedoso. Pues, en este enfoque escasea la problematización respecto a qué se entiende por “evidencia”. La evidencia se aísla de cualquier contexto como también de las particularidades de los y las pacientes. Según la Medicina Basada en la Evidencia, la “evidencia” es un dato ajeno a procesos situados.

corporaciones biomédicas y farmacéuticas señaladas (Foucault, 2008; Rose, 2012; Sfez, 2008). Como veremos, el paradigma de la Medicina Basada en la Evidencia ha desembarcado con notoriedad en el ejercicio de la urología y en la sexología médica.

¿Cómo se relacionan y qué efectos tienen estas transformaciones en el campo médico en la producción de corporalidades? Según Espósito (2011), los procesos contemporáneos han impactado en los cuerpos humanos de tal manera que resulta casi imposible determinar la existencia de una dimensión natural, que no sea, al mismo tiempo, técnica. La biomedicina se infiltra en los cuerpos y en sus intersticios generando nuevas posibilidades vitales y corporales. Los cuerpos enfermos, pero también los potencialmente enfermos y los potencialmente más saludables, son intervenidos para ser sanados, para tranquilizar ante posibles riesgos, para, entre otras razones, optimizar su desempeño vital (Rose, 2012). Como veremos a lo largo de la tesis, las regulaciones sexo-genéricas modelan de modo particular lo que es y no es saludable y riesgoso para hombres y para mujeres, en relación con lo sexual y lo reproductivo.

Estas “mutaciones” contemporáneas, como las llama Rose (2012), generan incertidumbres, temores, pero también esperanzas. Siguiendo a Haraway (1995), la posibilidad de reinventar el orden de la naturaleza supone un proceso cargado de ambivalencias. Esta posibilidad no sólo configura una incesante producción de nichos que el biocapitalismo puede explotar sino también la posibilidad de horizontes emancipadores. En palabras de Haraway, la reinención de la naturaleza, “es quizás el terreno más importante de esperanza, opresión y antagonismo para los habitantes actuales del planeta tierra” (1995, p. 61). A lo largo de la tesis analizaremos algunos procesos que pueden analizarse en este sentido.

### **Las políticas “antigénero”**

Otro proceso de carácter transnacional relevante se vincula con la expansión de las llamadas “políticas antigénero” (Bracke y Paternotte, 2017). Tal como señala Garbagnoli (2017) el Vaticano se ha erigido como uno de los principales motores en la elaboración teórica así como en la promoción política de las también llamadas “cruzadas antigénero”. Uno de los preceptos en el que basan sus premisas es de orden antropológico y se relaciona con la naturalización del sexo y de la complementariedad del “hombre” y la “mujer” como orden de lo humano. La contraparte de estas políticas es el ataque expansivo a los grupos políticos, sociales,

académicos e institucionales que problematizan la “base inmutable de la antropología”. Según el Vaticano y sus aliados conservadores, estos sectores promueven “una ideología que amenaza el orden de la creación y la estabilidad de la reproducción social” (Garbagnoli, 2017, p. 55). Tal como señala Garbagnoli (2017), las políticas antigénero del Vaticano equiparan a las políticas, investigaciones y a las producciones teóricas que problematizan del orden sexual con la puesta en crisis del orden social natural de la humanidad.

Bajo el paraguas de la “ideología de género” se incluye a los estudios feministas, estudios sobre sexualidad y a los estudios lésbicos, gays, trans, bisexuales, *queer* (en adelante LGTBQ), a los movimientos feministas y LGBTQ así como a quienes impulsan políticas públicas y reformas legales que promuevan la ampliación de los derechos de las mujeres cis y de las personas LGTBQ. Según, Garbagnoli (2017), lo que irrita al Vaticano es el género como categoría que desnaturaliza el orden sexual y a la familia heterosexual como base de la sociedad.

Las políticas “antigénero” han tenido lugar de manera creciente en el mundo y en América Latina. A comienzos del 2017, las “campañas antigénero estallaron en el contexto de la Reforma Constitucional del Distrito Federal en México y un autobús ‘antigénero’ circuló por el país y después por la región llegando a Chile, justo antes de la votación final de la reforma de la ley de aborto tres causales” (Corrêa y D’Elio, 2017, p. 7). Al poco tiempo, tuvieron lugar manifestaciones similares en Uruguay, donde sectores vinculados a la Iglesia pusieron el foco contra la “ideología de género” en el sistema de educación pública y también en Ecuador donde se atacó una ley que promovía la prevención de la violencia de género (Corrêa y D’Elio, 2017). La elección de Jair Bolsonaro en Brasil es el corolario del fortalecimiento de los sectores conservadores en este país. El ataque a la “ideología de género”, como el nuevo rostro del comunismo y expresión del “desorden moral”, fue central en la campaña presidencial de la cual salió victorioso el ya mencionado mandatario de extrema derecha, misógino, homofóbico y racista (Corrêa y D’Elio, 2017). Así se podrían mencionar eventos en todos y cada uno de los países de América Latina.

### **El derecho a la salud en Argentina**

¿Qué sucede en Argentina en relación con los procesos recién caracterizados?  
¿Cómo se pone en juego de manera local el auge del biocapitalismo y las políticas antigénero? Si bien los procesos arriba esbozados no se acotan a las fronteras

nacionales, sí adquieren características específicas según contextos políticos y características institucionales, culturales y económicas locales. En Argentina, el Estado, así como las organizaciones sociales y sindicales, juegan un papel destacado en la regulación del acceso al sistema de salud, a los recursos biotecnológicos y a los derechos sexuales y/o reproductivos en general. Tal como señalan Pecheny y Dehesa (2012), el proceso de institucionalización local de derechos se relaciona con múltiples factores. Entre ellos, se destaca la relevancia histórica del sistema público de salud argentino. También el peso de las organizaciones sociales, feministas y LGBTQ, así como la importancia del paradigma de derechos humanos en tanto clave interpretativa para la promoción y ampliación de derechos sexuales.

Argentina reconoce el Derecho a la Salud en su Constitución Nacional<sup>3</sup>. También ha adherido al Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales<sup>4</sup>, tratado en el que se establece el derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud. Por lo tanto, el Estado nacional se encuentra en la obligación de garantizar el acceso al sistema de salud de manera pública y gratuita. Desde el año 2009 Argentina cuenta con la Ley Derechos del Paciente en su Relación con los Profesionales e Instituciones de la Salud<sup>5</sup>. Esta legislación regula cuestiones como el derecho y deber de confidencialidad de la información médica, promueve la autonomía de los y las pacientes especialmente mediante la figura del consentimiento informado.

En lo que refiere a los derechos sexuales y reproductivos, en el 2003 se sancionó la Ley Nacional 25.673, legislación que dio lugar al Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable. Este programa tiene como objetivo ampliar el alcance de derechos sexuales tales como la anticoncepción, la planificación familiar, el fortalecimiento del rol de las mujeres cis en las relaciones heterosexuales, promover la salud sexual en la adolescencia, entre otros. También se propone disminuir la morbi-mortalidad materno-infantil, la prevención de embarazos no deseados, así como garantizar a toda la población el acceso a la información, métodos y prestaciones de servicios referidos a la salud sexual y a la

---

<sup>3</sup>Para más información sobre esta normativa puede consultarse en: <http://www.salud.gob.ar/dels/printpdf/135> (Último acceso: 30/1/2019).

<sup>4</sup>Para más información sobre esta legislación puede consultarse en: <http://www.acnur.org/fileadmin/scripts/doc.php?file=fileadmin/Documentos/BDL/2001/1451> (Último acceso: 30/1/2019).

<sup>5</sup>Para más información sobre esta legislación puede consultarse en: <http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/160000-164999/160432/norma.htm> (Último acceso: 30/1/2019).

procreación. Este programa estipula que el sistema sanitario, así como el educativo son actores claves en su implementación.

Entre los años 2010 y 2012 la Dirección de Sida y Enfermedades de Transmisión Sexual comenzó con el diseño e implementación del Proyecto de Creación de Consultorios Amigables para la Diversidad Sexual. Este proyecto se propuso incidir en las dificultades en el acceso a los servicios de salud por parte de la población LGTBQ, especialmente la población travesti/trans, mediante la implementación de centros de salud llevados adelante por profesionales de la salud y activistas LGTBQ. En esos primeros años, se instalaron consultorios amigables en siete localidades del país. Las ciudades donde se llevó adelante la iniciativa fueron San Juan, Salta, La Matanza, Mar del Plata, Rosario, Lanús y San Martín (Weller, Recchi, D'Elío, Santamaría y Betti, 2013). En el 2018 Argentina contaba con más de veinte centros distribuidos por el país (MSN, 2018). Si bien la estrategia de los consultorios amigables está lejos de garantizar el acceso a la salud para la población LGTBQ, supone una ventana concreta para su acceso al sistema de salud.

La forma y el alcance de las legislaciones que regulan los derechos sexuales y/o reproductivos en Argentina y de los programas que llevan a cabo las distintas dependencias estatales encargadas de las políticas de salud, se relacionan con la capacidad de incidencia del movimiento LGBTQ local. Éste ha promovido legislaciones que atañen a esta población, así como a la sociedad en general. Pues, estas regulaciones abonan un paradigma de respeto por la autonomía corporal, así como la despatologización de cuestiones que hacen a las elecciones sexo-genéricas y reproductivas. También garantizan la gratuidad en el acceso a los recursos biotecnológicos que estos procesos implican. La Ley de Identidad de Género<sup>6</sup> y la Ley de Fertilización Asistida<sup>7</sup>, aprobadas en 2012 y 2013 respectivamente, son ejemplos de ello.

La Ley de Identidad de Género establece que las personas deben ser tratadas por el nombre que indican y de acuerdo con su género. Asimismo, señala que las personas que así lo requieran pueden acceder al cambio registral en sus documentos y/u optar por tratamientos hormonales y quirúrgicos para modificar sus cuerpos.

---

<sup>6</sup>Para más información sobre esta legislación puede consultarse en: <http://www.ms.gba.gov.ar/sitios/tocoginecologia/files/2014/01/Ley-26.743-IDENTIDAD-DE-GENERO.pdf> (Último acceso: 30/1/2019).

<sup>7</sup>Para más información sobre esta legislación puede consultarse en: <http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/215000-219999/216700/norma.htm> (Último acceso: 30/1/2019).

En este contexto, los servicios de salud deben garantizar la salud transicional e integral de las personas trans como parte del Plan Médico Obligatorio (Cabral, 2014b; Farji Neer, 2014, 2018b; Suess, 2014).

En diciembre de 2016, la Ciudad Autónoma de Buenos Aires incluyó a la Ley de Identidad de género entre los contenidos obligatorios del examen de ingreso a residencias médicas. Esto implica que todo médico o médica que quiera formarse en una especialidad clínica en esta ciudad tendrá que conocer la ley, los derechos que garantiza y entender sus alcances y aplicaciones concretas en el funcionamiento de los servicios de salud<sup>8</sup>.

Las particularidades señaladas respecto al contexto argentino, especialmente en lo que respecta a los derechos sexuales y reproductivos, guardan relación con la historia de organización y lucha llevada adelante por distintas organizaciones y colectivos sociales, feministas y LGTBQ. En consonancia, pero también en disputa con los sentidos liberales sobre el cuerpo, la noción de autonomía fue fundamental en estos procesos políticos (Pecheny y Manzelli, 2003). Estas luchas empuñaron banderas por la democratización de los derechos sexuales en general y por el acceso a tecnologías médicas de modo particular (Farji Neer, 2014; Tabbush, Díaz, Trebisacce, y Keller, 2016).

Al igual que en buena parte del mundo, a nivel local, el acceso a la salud por parte de la población trans es deficitario (S. L. Reisner et al., 2016). La población trans presenta una alta prevalencia de situaciones de salud adversas en las que se combinan la incidencia del VIH y otras infecciones de transmisión sexual, dolencias que afectan la salud mental, el consumo de sustancias con la falta de acceso al trabajo, a la educación y la permanente violencia institucional. Distintas investigaciones destacan positivamente las particularidades que caracterizan al marco legal argentino. Sin embargo señalan también la persistencia de desigualdades estructurales y otras violencias que afectan a las personas trans y travestis (Akahatá et al., 2016; Suess, 2014). Estas violencias se ponen de manifiesto, por ejemplo, en la inequidad en el acceso no sólo a las hormonas e intervenciones quirúrgicas garantizadas por la Ley de Identidad de Género, sino

---

<sup>8</sup>Para más información puede consultarse en: <http://www.buenosaires.gob.ar/noticias/se-incluyo-la-ley-de-identidad-de-genero-en-los-examenes-de-residencias-y-concurrencias> (Último acceso: 30/1/2019)

también en la desigualdad en el acceso a los servicios básicos de salud en general<sup>9</sup>. Según Suess, “investigaciones recientes muestran el alto grado de discriminación que experimentan las personas trans en la atención sanitaria general, contribuyendo a que eviten el uso de los servicios sanitarios” (2014, p. 132). El Estado y el sistema de salud tienen mucho trabajo por delante en lo que refiere al derecho al acceso a la salud en general y en particular respecto de la población trans.

En consonancia con los procesos desarrollados en la región y, especialmente, desde que se comenzó a tratar la Ley por el Derecho al aborto en la Cámara de Diputados de la Nación durante el 2018, los sectores conservadores “anti derechos” han ampliado su alcance y multiplicado sus acciones. Identificados con el “pañuelo celeste” han obstaculizado a nivel educativo la Educación Sexual Integral con especial incidencia en algunas provincias del norte del país<sup>10</sup>. En relación con el sector salud, han incidido en detrimento de la implementación de las políticas relacionadas a la salud sexual y/o reproductiva y en el acceso a abortos legales por parte de menores en situaciones de vulnerabilidad<sup>11</sup>.

### **La formación médica en Argentina**

En lo que sigue quisiera referirme a algunas singularidades relacionadas con la formación de grado en Medicina. La Ley de Educación Superior, sancionada en 1995, establece que Medicina es una de las carreras universitarias reguladas por el Estado. Pues, su ejercicio, “pudiera comprometer el interés público, poniendo en riesgo de modo directo la salud, la seguridad y los bienes de los habitantes”. Los programas de las distintas carreras de medicina, públicas y privadas, disponibles en el país deben ajustarse a los “Estándares de Acreditación” establecidos por el Consejo Nacional de Evaluación y Acreditación Universitaria. Este mismo Consejo

---

<sup>9</sup>Para más información sobre las vulneraciones de los derechos a la salud de la población trans puede consultarse en: <https://www.pagina12.com.ar/16401-cuerpos-que-importan> (Último acceso 20/12/2018).

<sup>10</sup> Para más información puede consultarse los siguientes links: <https://www.lagacetasalta.com.ar/nota/114319/actualidad/tucuman-denuncian-penalmente-aplicacion-esi.html>; <http://www.radionacional.com.ar/el-inadi-pide-que-tucuman-se-adhiera-a-la-ley-de-educacion-sexual-integral/>; <https://www.quepasajujuy.com.ar/nota/83524-nueva-movida-celeste-por-las-dos-vidas/>; <https://www.laizquierdadiario.com/Litchmajer-ratifico-la-ensenanza-religiosa-en-las-escuelas-publicas> (Último acceso: 1/4/2019).

<sup>11</sup> Para más información puede consultarse los siguientes links: <https://www.lanacion.com.ar/sociedad/jujuy-la-beba-nacida-violacion-lucha-su-nid2212222>; <https://www.laizquierdadiario.com/CesareaNoEsILE-obligaron-a-parir-a-nina-victima-de-violacion-en-jujuy> ; <https://chequeado.com/hilando-fino/mendoza-una-chica-de-11-anos-embarazada-despues-de-una-violacion-en-una-provincia-sin-protocolo/>; <https://www.bbc.com/mundo/noticias-america-latina-47410099> (Último acceso: 1/4/2019).

establece que junto con el Consejo de Universidades, las carreras de medicina deben ser periódicamente controladas y acreditadas según esos estándares<sup>12</sup>.

En Argentina, las currículas de las carreras de medicina se ajustaron a lo que se denomina “modelo flexneriano” (La Valle, 2012; Torres, 2007). A grandes rasgos, este modelo consiste en el establecimiento de dos etapas sucesivas de formación: primero la biomédica y luego la clínica. El supuesto general sobre el que se asienta este modelo es que los futuros médicos y médicas deben conocer teórica y exhaustivamente la anatomía, histología y fisiología del cuerpo humano en un estado normal, para luego aprender cómo estos mecanismos se desequilibran y enferman. Cumplida esta primera etapa, se daría paso al conocimiento clínico y práctico de la medicina (Pinilla, 2011). En Argentina, desde los '90, este modelo curricular se encuentra en proceso de revisión, cuyo resultado provisorio y en permanente transformación son las llamadas currículas médicas innovadas (Rovere, 2014).

En términos generales, esta innovación consiste en un modelo de aprendizaje centrado en el estudiante y basado en problemas, así como en la incorporación de experiencias y prácticas clínicas desde el inicio de la carrera. Estas propuestas formativas promueven el aprendizaje de los contenidos teóricos en relación con casos clínicos, hipotéticos al inicio y reales en los últimos años de cursada. Otro objetivo de estas currículas consiste en la formación de médicas y médicos generales, críticos y reflexivos, con capacidad de abordar los procesos de salud y enfermedad en términos holísticos y situados, capaces de llevar adelante intervenciones orientadas a la prevención de enfermedades, así como a la promoción de la salud y los derechos de las personas (Rovere, 2014).

Según Rovere (2014), la mayoría de las universidades nacionales públicas que dictan la carrera de medicina han innovado en su propuesta curricular. Sin embargo, las que no lo hicieron son aquellas que concentran de manera sustancial la tasa de matrícula y egresos de médicos y médicas del país. Me refiero a la Universidad de Buenos Aires, la Universidad Nacional de La Plata y la de Córdoba<sup>13</sup>.

Estas modificaciones en las propuestas de formación médica se relacionan con procesos de transformación y revisión a los que está sujeto el ejercicio médico a

---

<sup>12</sup> Para más información puede consultarse la Resolución Ministerial n° 535/99, “Estándares de Acreditación carreras de Medicina” disponible en: <http://www.coneau.edu.ar/archivos/537.pdf> (Último acceso 20/12/2018).

<sup>13</sup> Para más información, puede consultarse el siguiente link: <http://estadisticasuniversitarias.me.gov.ar/#/seccion/1> (Último acceso

nivel local y regional. Las tensiones suscitadas a partir de las transformaciones biopolíticas globales, la penetración biotecnológica en el quehacer médico, las mutaciones en la figura del “paciente” y la emergencia del “usuario”, la consolidación del derecho a la salud en términos formales en contraposición a la brecha en el acceso que genera la mercantilización de esta, entre otros procesos, producen tensiones y desafíos frente a los que la formación médica no permanece impávida.

Por último, quisiera mencionar el reciente rol del Estado nacional, específicamente del, ahora ex<sup>14</sup>, Ministerio de Salud de la Nación, actualmente fusionado con el Ministerio de Desarrollo Social, en la regulación de las residencias médicas, otrora mayormente descentralizadas y cargo de sociedades médico-científicas y/u hospitales donde se llevaban a cabo. Desde el año 2011, el Ministerio estableció el Examen Único de Ingreso a Residencias Médicas. Este examen se enmarca en un proceso que busca la “construcción federal en torno a la formación de profesionales de salud, particularmente dirigido a mejorar la gestión y la calidad de las residencias” (MSN, 2014). Asimismo, durante el período 2009-2012, el Ministerio avanzó en la regulación de los programas de algunas residencias de especialidades clínicas básicas consideradas de mayor relevancia en términos de salud pública. Para ello se confeccionó la *Guía para la Elaboración de Documentos Marco de Referencia* estableciendo posteriormente los *Marcos de Referencia* de las siguientes especialidades: Medicina General y/o Familiar, Pediatría, Tocoginecología, Cirugía General, Clínica Médica, Neonatología, Terapia Intensiva de Adultos, Terapia Intensiva Infantil, Salud Mental, Epidemiología y Cardiología<sup>15</sup>. Ni la Urología ni la Sexología médica están en este listado. Estas diferencias serán retomadas y analizadas en los primeros tres capítulos de la tesis.

### **Palabras sobre la coyuntura actual (2015-2019)**

Por último, y a modo de cierre, quisiera referirme al proceso iniciado en 2015 de la mano del gobierno de la Alianza Cambiemos, bajo la presidencia de Mauricio

---

<sup>14</sup> En septiembre de 2018, el presidente Mauricio Macri implementó la degradación del Ministerio de Salud convirtiéndolo en una dependencia del Ministerio de Desarrollo Social. Para más información puede consultarse: <https://www.eldestapeweb.com/nota/macri-elimino-los-ministerios-de-salud-y-trabajo-2018-9-1-23-8-0> (Último acceso: 2/5/2019).

<sup>15</sup> Según se informa en la página del ex Ministerio de Salud de la Nación, se encuentran en desarrollo los documentos Marco de las siguientes especialidades: Anestesiología, Bioquímica clínica, Cirugía infantil, Dermatología, Oncología clínica, Ortopedia y Traumatología. Para más información puede consultarse en: <http://www.msal.gob.ar/residencias/index.php/la-acreditacion/documentos-marco-de-referencia-de-especialidades> (Último acceso: 2/12/2018).

Macri. Desde entonces asistimos a un proceso de achicamiento, fragmentación y precarización del Estado y de los derechos que éste debiera garantizar y arbitrar. La brecha que separa a quienes más tienen de quienes menos tienen en términos económicos, culturales, sociales, así como en el acceso a la salud, se ha ampliado dolorosamente en estos últimos cuatro años. Enfocándonos exclusivamente a lo que atañe al sector salud, en el inicio del 2018 hemos asistimos a despedidos masivos en diferentes dependencias estatales y a eventos sumamente desdichados como la militarización del Hospital Posadas<sup>16</sup>, ícono del diezmado sistema nacional de salud. También presenciamos la falta de disponibilidad de tratamientos para el VIH, (medicación que el Estado debe proveer de manera gratuita a toda la población) especialmente en su presentación pediátrica<sup>17</sup>. Otro ejemplo del avasallamiento político llevado a cabo por el gobierno es el incumplimiento de la Ley de Identidad de Género en la Provincia de Buenos Aires<sup>18</sup>. En estos últimos años, hemos asistido al corrimiento de la presencia del Estado en las políticas referidas a la salud y la salud sexual y/o reproductiva en particular, achicamiento que ensancha las desigualdades estructurales que caracterizan a nuestro país.

La Argentina se constituye en la permanente disputa por el rol del sistema público de salud, su financiamiento y por el papel del Estado en tanto garante del acceso a los servicios, así como a las biotecnologías. Una de las formas que cobra esta disputa se manifiesta en los actores que la implementan. Aquí es donde aparecen la Iglesia, católica principalmente, disputando al Estado la provisión de políticas relacionadas a los derechos sexuales y/o reproductivos y, al mismo tiempo, obturando su acceso; el sector privado haciendo de la salud un bien comerciable; y, el Estado en retirada, administrando a duras penas la implementación de estos derechos. En los tiempos que corren tanto en Argentina como en el mundo, estas dispuestas están a flor de piel.

---

<sup>16</sup>Para más información puede consultarse en: <https://www.tiempoar.com.ar/articulo/view/73932/fuerte-operativo-policial-por-120-despidos-en-el-hospital-posadas> (Último acceso: 30/12/2018).

<sup>17</sup>Para más información puede consultarse en: <https://www.tiempoar.com.ar/articulo/view/74026/el-ajuste-llega-a-los-pacientes-con-vih-el-estado-no-compra-antivirales-y-durante-febrero-no-entregara-a-hospitales-pa-blicos> (Último acceso 30/3/2019).

<sup>18</sup>Para más información puede consultarse en: <https://abosex.com.ar/2018/01/29/grave-el-registro-civil-de-la-provincia-de-buenos-aires-viola-la-ley-de-identidad-de-genero/> (Último acceso 30/3/2019).

## **Antecedentes y dimensiones teóricas**

En esta sección voy a presentar algunos de los antecedentes teóricos e investigativos en los que se inscriben los conceptos principales que dan lugar a esta tesis. Voy a comenzar con las discusiones en torno a lo ontológico para luego reponer algunos aportes, enfoques y análisis en torno a la medicina y su relación con las normas. Por último, voy a reponer aportes que considero fundamentales en torno las corporalidades, el género y el sexo, el cissexismo y la heterosexualidad, su relación con la medicina y las normas de género.

### **1. Discusiones en torno a lo ontológico**

Al plantear el problema de esta investigación en términos de ontologías, propongo retomar un problema central para la sociología: la cuestión de la naturalización de las cosas que asumimos como tales. En este caso, me propongo investigar los modos en los que la medicina produce ontologías corporales y los efectos de éstas en los quehaceres de la medicina.

Siguiendo Descola (2016), interrogarnos por las ontologías implica orientar a los estudios sociales hacia reflexiones elementales que nos llevan a interrogarnos por las realidades que asumimos. Pues, tal como señalan Harris y Robb (2012), las consideraciones ontológicas tienen la capacidad de conectarnos con nuestros juicios sobre lo “real” y lo “natural”.

Preguntarnos por las ontologías corporales supone un esfuerzo por hacer de algo que forma parte de nuestra vivencia inmediata, permanente e innata, un problema. Indagar en los cuerpos en términos de ontologías supone la problematización de la idea de que las corporalidades son algo natural y dado que puede abordarse de manera acabada. Investigar cómo se conforman las ontologías corporales nos enfrenta a la multiplicidad y a la contingencia, a la apertura y a las infinitas conexiones que dan lugar a aquello que llamamos cuerpo.

Buena parte de las producciones que se interrogan en torno a lo ontológico han sido agrupadas en lo que se dio a llamar “giro ontológico”. A continuación,

organizo parte de algunas de estas discusiones situando la pregunta de esta investigación en relación con este diverso, vasto y complejo campo de estudio.

### **El giro ontológico y sus aperturas**

Desde los '90 en adelante, los trabajos y reflexiones que abordan lo ontológico han tomado protagonismo en las ciencias sociales. Siguiendo la propuesta de Ruiz Serna y Del Cairo (2016), podríamos pensar que las investigaciones y producciones teóricas agrupadas en lo que se dio a llamar giro ontológico traen consigo la problematización de algunas certezas en torno al mundo, los humanos, la cultura y la naturaleza -y sus efectos reduccionistas y etnocéntricos- forjadas en el seno del pensamiento moderno. Como señala Pedersen (2012), bajo el paraguas del giro ontológico conviven reflexiones teóricas, interrogantes y propuestas metodológicas diversas que se articulan en la inquietud compartida por los efectos, las aperturas y posibilidades que produce la desestabilización del binomio naturaleza/cultura, central en la ontología occidental moderna. Según Ruiz Serna y Del Cairo (2016), las producciones englobadas en el giro ontológico están atravesadas, justamente, por la pregunta por las realidades posibles a partir del torcimiento y desarme del binomio naturaleza/cultura como clave de comprensión y de aprehensión del mundo.

El giro ontológico no supone un cuestionamiento sobre los diferentes puntos de vista desde los que se mira una realidad, singular, dada. Esta propuesta no se limita a reconocer la diversidad de los modos de representar o puntos de vista desde los que se podría mirar al mundo. No se trata del reconocimiento de la univocidad de la Naturaleza frente a la multiplicidad de la Cultural, ni de la omnipresencia de un dominio ontológico universal frente a otro que sería particular o local. Tampoco consiste en desmenuzar la existencia de realidades dadas frente a otras instituidas, tal como pregonan los binomios cuerpo/mente o sexo/género. Al desarmar el binomio naturaleza/cultura como clave ontológica y al hacer de las ontologías un problema de lo que se trata, más bien, es de problematizar el carácter unívoco, estático y esencial de la realidad, así como de la naturaleza. En este planteo es donde se inscribe el problema que da lugar a esta tesis.

Tal como señala Viveiros de Castro (2010), problematizar el binomio naturaleza/cultura implica desandar la "epistemología objetivista" que la modernidad occidental promueve y estimula como modo de mirar y estar en el mundo. Desde esta epistemología "la categoría del objeto proporciona el *telos*:

conocer es `objetivar`, es poder distinguir en el objeto lo que le es intrínseco de lo que pertenece al sujeto conocedor y que, como tal, ha sido indebida o inevitablemente proyectado sobre el objeto” (Viveiros de Castro, 2010, p. 40). Esta epistemología, presente tanto en el llamado relativismo cultural o multiculturalismo, supone la existencia de “una diversidad de representaciones subjetivas y parciales, incidentes sobre una naturaleza externa, una y total, indiferente a la representación” (Viveiros de Castro, 2010, p. 54). Desde una epistemología objetivista, la representación supone la existencia de una cosa-en-sí que puede ser aprehendida, aunque sea parcialmente, por categorías que le son ontológicamente independientes.

Hacer de las ontologías un problema, aporte central del giro ontológico, nos lleva a problematizar el carácter unívoco de lo que asumimos como lo real y como lo natural. También nos interroga sobre la posibilidad de existencias ontológicas ajenas a los efectos semióticos aparejados a los modos de representarlas. Tal como señala Viveiros de Castro, no se trata de reconocer entidades auto-idénticas diferentemente percibidas o representadas. Se trata, por el contrario, de la proliferación de “multiplicidades inmediatamente relacionales” (2010, p. 56), semióticas y materiales, dinámicas y contingentes. Esto es lo que el mencionado autor llama la “lección indígena”: un doble quiebre, materialista y especulativo, que permite problematizar qué es lo humano y lo no-humano, dar lugar al análisis de los modos en los que humanos y no-humanos se relacionan, así como también al reconocimiento de la agencia de las cosas.

¿Es posible revisar la producción de ontologías modernas y occidentales en procesos cercanos, identificados como modernos y occidentales? Latour (2007) no solo dice que sí, sino que nos alienta a hacerlo. Al afirmar que “nunca fuimos modernos” pone en evidencia el carácter híbrido de los procesos que nos constituyen. Nuestro mundo, según Latour, se compone simultáneamente “por dioses, personas, estrellas, electrones, plantas nucleares o mercados, y es responsabilidad nuestra convertirlo ora en un `indisciplinado caos`, ora en un `todo ordenado`” (Latour, 2001, p. 30).

Tal como señala Descola (2012), en Occidente, el artificio naturaleza se ha constituido como un “dominio ontológico autónomo” sumamente eficaz y con diversos efectos políticos. Problematizarlo no se reduce a hacer un problema de sus fronteras respecto al orden de la cultura. Desarmarlo y abrir paso a mundos

organizados de otras maneras supone no sólo una intensa labor conceptual, sino también una apertura material en la que tienen lugar diversas relaciones entre humanos y no-humanos” (Latour, 2009, p. 2). En sintonía con Descola, Strathern (1980) señala que no es posible dar un significado único a la naturaleza o a la cultura, pues no existen dicotomías ontológicas consistentes en sí sino, más bien, una matriz de contrastes. Esta matriz configura la columna vertebral de la metafísica occidental. Según Strathern, naturaleza y cultura operan persuasivamente de modo “encapsulado” y “encapsulante” constituyendo de manera permanente los contrastes recién señalados.

¿Cómo se ordenan y estabilizan nuestros mundos? ¿Cómo llegamos al punto de que aquello que llamamos naturaleza se nos aparezca como algo autoevidente y permanente? ¿Cómo se producen esas zonas ontológicas radicalmente distintas como las que corresponderían a la naturaleza y la cultura? Según Latour, la constitución de estos dos órdenes es resultado de dos tipos de prácticas: las primeras actúan por traducción, es decir, creando “mezclas entre géneros de seres totalmente nuevos, híbridos de naturaleza y de cultura”. El segundo, por purificación, o sea, produciendo “dos zonas ontológicas por completo distintas, la de los humanos por un lado, la de los no humanos por el otro” (Latour, 2007, p. 28). Mientras consideremos estos dos conjuntos de prácticas por separado estaremos favoreciendo la proliferación de existencias constituidas por ontologías modernas, aunque éstas se desarrollen inexorablemente a través de la producción de híbridos.

Tal como señala Descola (2012), hacer de lo ontológico un problema nos enfrenta a la pregunta por cómo son y cómo operan los principios con los que los seres humanos organizamos y hacemos nuestros mundos. Este autor nos propone hacer un esfuerzo “por comprender mejor los principios en virtud de los cuales los seres humanos esquematizan de manera tan diversa su experiencia de las cosas” (2012, p. 572). Interrogarnos por las ontologías supone, entonces, “una investigación sobre la manera en la que los humanos detectan tales o cuales características de los objetos y hacen mundos con ellas” (Descola, 2016, p. 176). Pues, las ontologías, en plural, “son los resultados estabilizados de instituciones más fundamentales acerca de lo que el mundo contiene y las relaciones que mantienen sus componentes humanos y no-humanos” (2016, p. 172).

No se trata de indagar en la naturaleza ni tampoco en las naturalezas, sino en la naturaleza contingente de la realidad. Preguntarnos por las ontologías conlleva

abrirnos al mundo y sumergirnos en él, así como en la red de relaciones que le dan forma y significado (Viveiros de Castro, 2014). Esta propuesta supone una aproximación no esencialista de lo ontológico, es decir, no se trata de una realidad que debe ser abordada de otra manera. Se trata de desarmar lo real como sustancia estable y regular dando lugar a su carácter múltiple. La multiplicidad, tal como señala Viveiros de Castro, se trata de la “individuación como diferenciación no taxonómica, de un proceso de ‘actualización de lo virtual’ distinto de una realización de lo posible por limitación y refractario a las categorías tipológicas de la similitud, de la oposición, la analogía y la identidad. La multiplicidad es el modo de existencia de la diferencia intensiva pura, esa irreductible desigualdad que forma la condición del mundo” (Viveiros de Castro, 2010, p. 102). La multiplicidad, continúa, implica “la insumisión a cualquier monarquía ontológica” (2014, p. 174), es decir, a cualquier sustancialismo que constituya parámetros de organización de lo existente en términos trascendentales. Implica también “crear condiciones para que puedan suceder el mayor número de cosas posibles (...), aumentar el número de posibilidades en el planeta, en la vida” (Viveiros de Castro, 2014, p. 191). La proliferación de formas de vida diversas sería consustancial tanto a las perspectivas y miradas posibles de y sobre ella, como a la vida como forma de la materia. Esta propuesta se inspira en la “anarquía ontológica” de Hakim Bey (Bey, 1999; Williams, 2010). Esta supone “la ausencia de principio, de trascendencia, de comando, de unidad. El principio de no principio, una ontología plana. El mundo como multiplicidad y perspectiva” (Viveiros de Castro, 2014, p. 175).

Investigar la producción de las ontologías interfiere con la asunción de un mundo ordenado y singular y sugiere desestabilización, escrutinio permanente, revisión y análisis de objetos aparentemente estabilizados. Abrirnos a las ontologías y hacer de ellas un problema de análisis conlleva no sólo trastocamientos epistemológicos sino también metodológicos (Tola, 2016). Por un lado, las categorías con las que pretendemos representar y analizar el mundo no reflejan ni se encuentran en el mundo material. Por otro, los objetos materiales que se nos presentan como acabados llevan inscrita premisas ontológicas que no se desprenden naturalmente de ellos y que requieren de nuestro análisis (Woolgar y Lezaun, 2013). El desafío metodológico consiste entonces no sólo en poner en crisis cualquier sistema categorial apriorístico e independiente sino también en la exploración de los modos en los que los objetos son hechos en las prácticas. Tal

como señalan Woolgar y Lezaun (2013), los objetos existentes son realizados en el curso de actividades prácticas específicas. Cuando nos acercamos a eso, “se cristalizan provisionalmente realidades particulares que invocan la acción temporal de un conjunto de circunstancias” (Woolgar y Lezaun, 2013, p. 324).

### **Aportes de los Estudios Sociales de las Ciencias y la Tecnología**

Un aporte proveniente de los llamados Estudios Sociales de las Ciencias y la tecnología que tendrá un rol destacado en esta tesis consiste en la vinculación productiva entre lo epistemológico y lo ontológico. Como señala Latour (1994, 2001), cuando problematizamos las ontologías, es decir, cuando hacemos de ellas un problema, nos enfrentamos a la necesidad de revisar la independencia de nuestras aproximaciones epistemológicas. Las categorías, no son ajenas a las formas del mundo material, por el contrario, lo significan, le dan forma, lo moldean haciendo de su naturaleza algo inherentemente semiótico y material.

Los imaginarios sociales se cuelan en las preguntas de investigación, así como en las categorías que organizan y dan forma a los procesos de análisis científico (Fox Keller, 2000). Como señala Haraway (1995, 2004), los problemas que investigan las ciencias son resultados de complejos entrecruzamientos tan semióticos como materiales y tecnológicos. Todas las categorías, incluso las científicas, tienen efectos performativos, pues participan necesariamente de la configuración ontológica de aquello que suponen describir (Lykke, 2012; Tuin y Barad, 2012). Los esquemas categoriales con los que organizamos nuestros mundos, con los que lo entendemos, las categorías a través de las cuales nos relacionamos con el mundo participan activamente en su producción.

Para dar cuenta de la imbricación tan dinámica como constitutiva de la realidad, Barad (2014) propone un concepto compuesto: “onto-epistemologías”. Este concepto, central en el desarrollo de esta tesis, me permitirá analizar las relaciones entre los modos en los que la medicina organiza sus campos y objetos clínicos, sus metodologías de abordaje y la producción de ontologías corporales.

Otro aporte de este campo de estudios fundamental para esta tesis es la problematización y análisis de las relaciones entre las prácticas médicas y científicas y las ontologías. La ontología, tal como señala Mol (2002, 2010), no viene dada en el orden de las cosas. Sin embargo, las ontologías, en plural, nacen, se sostienen y perecen en prácticas sociomateriales concretas y específicas. Barad (2007) propone

pensar las prácticas científicas “por dentro” de las ontologías con las que trata y produce. Esta investigadora, dedicada a los estudios sobre física cuántica, indaga en los modos en los que los quehaceres científicos, los instrumentos con los que se realizan mediciones, así como los registros en los que se vuelcan datos, intervienen dando forma a eso que supuestamente se describe. La noción de “intra-acción”, propuesta por esta autora y recuperada en esta tesis, resalta los efectos productivos de los quehaceres científicos sobre los procesos materiales que se investigan.

Otro aporte de este campo de estudios que será sustancioso para esta tesis consiste en el análisis de las relaciones entre las prácticas y los objetos, así como en la revisión del estatus ontológico de estos últimos. Los Estudios Sociales de la Ciencia y la Tecnología han demostrado que los objetos no conforman ni se conforman como algo pasivo que se manipula. Por el contrario, éstos hacen, juzgan, limitan y dan forma: “en tanto que son construidos, ellos mismos construyen” (Lash, 1999). Los objetos establecen un abanico de posibilidades, así como unidades de medida y secuencias de clasificaciones posibles, constituyendo, moldeando y significado a los procesos con los que se relacionan. Latour (1994, 2001, 2008) propone pensarlos como “mediadores”, es decir, como agentes cuya intervención produce efectos sobre ellos. Así, “el término ‘mediación’/mediador, contrariamente al de ‘intermediario’, indica la existencia de un acontecimiento o la intervención de un actor que no puede definirse exactamente por sus datos de entrada y sus datos de salida” (Latour, 2001, p. 366). Con este concepto Latour intenta poner sobre relieve el papel de la mediación en los embrollos onto-epistemológicos de las prácticas.

Recuperando los aportes de Henare, Holbraad y Wastell (2007), poner a los objetos en el centro de nuestras investigaciones, considerarlos como actores y pensar a través de ellos, conlleva la apertura de posibilidades para la emergencia de ontologías. Pensar a “través de las cosas” supone una aproximación abierta y heurística que predispone hacia la producción de supuestos teóricos también plurales y emergentes. Implica pensar “cómo los objetos se hacen en prácticas relacionales múltiples, fluidas y más o menos desordenadas o indeterminadas, provisionales y específicas” (Law y Lien, 2013, p. 365).

Law y Lien (2013) proponen indagar en las composiciones “coreográficas” que tienen lugar en las relaciones entre objetos y prácticas. Éstas suponen un conjunto más o menos sostenido y coordinado de prácticas que se constituyen como tales en

sus relaciones con objetos. Esta idea será retomada en el primer capítulo, en el análisis de las prácticas que tienen lugar en el campo de la ginecología, especialmente en la regularidad de los controles ginecológicos.

Las nociones de “redes” y “asociaciones” provistas por los Estudios Sociales de las Ciencias y la Tecnología también serán fundamentales en esta tesis. Lo social, al igual que lo biológico, no conforman estados permanentes; son más bien resultados contingentes de los efectos de asociaciones entre humanos y no-humanos. Haciendo propio el planteo de Latour (2007), en esta tesis no se pretende dar cuenta de campos o entidades fijas y apriorísticas sino del funcionamiento de relaciones y asociaciones entre las prácticas médicas y las ontologías corporales.

Las distintas vinculaciones productivas y redes en las que las ontologías surgen y toman forma conviven entre sí tramando conexiones más o menos parciales, de dependencia, complementariedad y también de inconsistencia (Mol, 2013b). Estas relaciones producen distintos tipos de efectos pudiendo potenciarse, solaparse, así como interferir entre sí. Como veremos a lo largo de la tesis, en el campo médico se conforman múltiples asociaciones y redes relacionadas con el surgimiento de ontologías diversas. Pero también se realiza mucho trabajo para dar coherencia y armonizar a los diferentes procesos, niveles y unidades corporales que su propia práctica produce y moldea como verdades, a veces exclusivas (Mol, 2013b).

### **Las ontologías, los cuerpos y la medicina**

¿Se puede hablar del cuerpo en singular? Un cuerpo, ¿conforma una unidad?, Según Harris y Robb “las personas nunca tienen una manera única y exclusiva de entender el cuerpo” (2012, p. 671), pues éstos no son en abstracto, sino que existen en comportamientos materiales y prácticas específicas involucradas en la constitución de la realidad en determinadas circunstancias. Sin referirse de manera particular a las prácticas médicas, Tola (2012) propone hablar de los cuerpos como “regímenes de corporalidad”. Pues éstos conformarían resultados circunstanciales y cambiantes de “las manifestaciones, las combinaciones y los agenciamientos de personas que son pensadas como compuestas de extensiones corporales y componentes desterritorializados del cuerpo” (2012, p. 34).

¿Cómo se hacen los cuerpos de las mujeres cis en sus relaciones con la ginecología? ¿Cómo se hacen los cuerpos de los hombres cis en sus conexiones

parciales con los quehaceres de la urología? ¿Cómo es la sexualidad en sus relaciones con las prácticas de la sexología médica? ¿Cómo funcionan y qué efectos tienen, por ejemplo, los métodos anticonceptivos y el Viagra? Siguiendo a Mol (2002), al interrogarnos por los modos en que las prácticas médicas abordan a los cuerpos con los que tratan, abrimos nuestros análisis a la emergencia de múltiples dimensiones que atraviesan y conforman las ontologías de los cuerpos. A través de la noción de “practicalidades” [*practicalities*] esta autora intenta, justamente, poner en primer plano la relación dinámica, productiva y co-constitutiva entre las prácticas médicas, los objetos, los cuerpos y sus procesos. Según Mol (2002), los cuerpos, los diagnósticos, así como las enfermedades no son hechos unilateralmente por el médico ni están determinados *a priori* por definiciones médicas. Éstos son, más bien, construcciones que se hacen en las vinculaciones entre médicos y médicas, pacientes, las posibilidades y limitaciones institucionales, las características de los consultorios, la disponibilidad de equipos, utensilios, camillas, la capacidad para realizar ciertos estudios, la disponibilidad de medicamentos.

Si bien la medicina interactúa con realidades “complejas, caóticas y contingentes” (Savransky y Rosengarten, 2016), esta disciplina organiza y da forma a esas realidades adecuándolas a un carácter unívoco y mecanicista (Harris y Robb, 2012; Savransky y Rosengarten, 2016). A través de diversas prácticas, en red con múltiples objetos, los quehaceres médicos homogeneizan, estabilizan y unifican procesos complejos, híbridos y contingentes reduciéndolos y adecuándolos a esquemas mecanicistas apriorísticos (Savransky y Rosengarten, 2016). Como señalan Harris y Robb, el modelo ontológico del cuerpo construido y utilizado en la medicina moderna es el de la máquina funcional: “cuando una parte del mecanismo se enferma el objetivo [de la medicina] es restaurarla en su funcionalidad original” (2012, p. 674). Cuando un tratamiento falla, la medicina no se repregunta por la naturaleza singular del proceso de salud y enfermedad, no se permite aprender de él y de sus particularidades. Por el contrario, responsabiliza a las circunstancias desfavorables de aplicación del tratamiento propuesto (Savransky y Rosengarten, 2016).

Savransky y Rosengarten (2016) problematizan los compromisos ontológicos sobre los que la medicina asienta sus supuestos. Esta propuesta implica suspender las verdades *a priori* respecto de las ontologías corporales y los modos regulares de abordarlas por parte de la medicina, invitándonos a pensarla en un diálogo

“especulativo” con los procesos y las cosas con las que se relaciona. O sea, a entender a la medicina como “arte pragmático de las consecuencias” (Savransky y Rosengarten, 2016, p. 166).

## **2. Medicina y las normas**

En el apartado anterior he presentado un breve recorrido por las discusiones en torno a las ontologías, los cuerpos y la medicina. En este apartado me interesa recuperar herramientas analíticas que permiten pensar la producción ontológica y el ejercicio médico a la luz de las normas que los regulan.

### **Los cuerpos y la normatividad**

En sintonía con lo planteado por Savransky y Rosengarten (2016), comentado en el apartado anterior, Canguilhem (2011) afirma que más que una ciencia propiamente dicha, la medicina es “un arte situado” en el que se entrecruzan aspectos técnicos y conocimientos teóricos de distintas disciplinas científicas. La medicina conforma un arte situado porque los procesos de salud y enfermedad que aborda se conforman de modo particular en cuerpos específicos sujetos a diversas dimensiones.

Si bien los métodos de abordaje clínico de la medicina no pueden, en última instancia, generalizarse, es decir, independizarse de las particularidades de los casos, los métodos clínicos se constituyen y organizan ubicando como eje la preservación y el restablecimiento del “estado normal” de los cuerpos. Autores como Canguilhem (2009, 2011), Le Blanc (2004) y Macherey (2011) señalan que los cuerpos humanos son dinámicos, particulares y contingentes, resultado del entrecruzamiento de distintos tipos de normas. El poder de vivir, en cuanto ha llegado a ser simultáneamente biológico, tecnológico, cultural, “se realiza en formas que, lejos de ser libremente inventadas por individuos (...) responden a condiciones que son las que definen la constitución del medio humano a través de su historia” (2011, p. 155).

Según Macherey (2011), los cuerpos están sujetos a procesos “normativos”. Son regulados por normas que, si bien los anteceden, sólo tienen lugar en sus efectos. La idea de normatividad señala también la simultaneidad del proceso

normativo: su despliegue produce efectos ontológicos sobre los cuerpos y, al mismo tiempo, esos efectos dan forma al funcionamiento concreto de la norma. Por ejemplo, como veremos en el primer capítulo, la relación de las mujeres cis con los controles ginecológicos tiene carácter normativo y los efectos concretos de esas regulaciones, es decir, los modos en los que cada una de esas mujeres lleve adelante sus controles ginecológicos, están sujetos a las condiciones múltiples singulares y contingentes de cada una de esas mujeres.

El carácter consustancial e inmanente del funcionamiento de las normas, forma parte de las coordenadas teóricas en las que se inscribe esta tesis. En el apartado que sigue, será recuperado para pensarlo específicamente en relación con el género y el modo en el que éste se hace lugar en los cuerpos.

### **Los cuerpos y el funcionamiento normativo del género**

¿Qué supone hablar de las normas de género? Estas normas, ¿cómo se hacen lugar en los cuerpos?, ¿cómo funcionan? Para Butler (2006), el género conforma una matriz a partir de la cual se modelan prácticas sociales que dan forma a los cuerpos. El género “es una forma de poder social que produce el campo inteligible de los sujetos y un aparato que instituye el género binario” (2006, p. 78). Su funcionamiento, así como sus efectos productivos, suponen su naturalización y la invisibilidad de su funcionamiento.

En sintonía con Macherey (2011), Butler piensa las normas de género como regulaciones que, por un lado, exceden y anteceden a los procesos singulares que regula mientras que, por otro lado, sólo tienen lugar en sus efectos concretos, específicos e inmanentes. El género opera como norma en la medida en que tiene lugar en prácticas concretas; se re-idealiza y se reinstituye en y a través de rituales sociales diarios de la vida corporal. La norma “no tiene estado ontológico independiente; sin embargo, no puede ser fácilmente reducida a sus casos: ella misma es (re)producida a través de su incorporación” (2006, p 78). La norma es indisociable a sus efectos, “no es externa al campo de su aplicación (...), sino que se produce ella misma en la producción de aquel campo” (2006, p. 83. *Cursivas en el original*).

Butler también asigna a la negatividad de la norma un rol preponderante en la reproducción del proceso normativo. Desviarse de las normas del género “es producir el ejemplo aberrante que los poderes reguladores (...) pueden rápidamente

explotar con el fin de reforzar las razones fundamentales para la continuidad del propio celo regulador” (2006, p. 84). Sin embargo, la idea de funcionamiento normativo supone un despliegue dinámico; la norma no opera coaccionando a los procesos que se escaparon de su positividad, no supone la idea de re-institución de un orden previo, sino la idea de cambio y readecuación. Por eso, retomando la propuesta de Butler, supongo que allí yacen oportunidades para la emergencia de identidades, procesos corporales y existencias disímiles y divergentes respecto a la binariedad sexo-genérica constituida y regulada por las normas de género.

A lo largo de la tesis voy a analizar las relaciones entre los quehaceres de la medicina y las ontologías corporales atendiendo, especialmente, a las maneras en las que estas relaciones y sus efectos son regulados por las normas de género. Como veremos, estas regulaciones inciden en la permanente producción del sexo biológico en tanto realidad unívoca, binaria y originaria de los cuerpos; en la producción de cuerpos de “varón” y de “mujer” como naturaleza. Específicamente, voy a analizar los modos en los que las normas de género dan forma las relaciones entre las prácticas de la ginecología, urología y sexología médica y los cuerpos con los que trata en términos de heterosexualidad. Esta aproximación me permitirá analizar los modos en los que los cuerpos dan forma a los quehaceres médicos transformando la matriz de inteligibilidad y el campo ontológico regulado en términos cis heterosexuales.

### **3. Debates en torno a los cuerpos, el sexo y el género**

En este apartado voy a reponer algunos debates provenientes de los estudios sociales sobre los cuerpos, haciendo énfasis en su dimensión sexo-generizada. Partiendo de la propuesta de Lash (2007), voy a referirme primero a algunos trabajos que enfatizan en el funcionamiento de regulaciones normativas ubicando a los cuerpos principalmente (aunque no únicamente) como efectos de esas regulaciones. Luego me referiré a las producciones que ponderan el carácter “activo” de los cuerpos. Por último, y a modo de cierre de los antecedentes teóricos en los que se apoya esta tesis, voy a referirme a algunos trabajos enmarcados en producciones feministas, la teoría *queer* y los estudios trans.

## Las regulaciones corporales

De Lauretis (1989) y Butler (2006, 2007, 2008) abrazan la idea de que el sexo y el género constituyen dimensiones inescindibles en la configuración de los cuerpos. Además, ambas toman distancia de las teorías feministas que identifican el sexo y el género como términos fijos y estables correspondientes a la naturaleza y a la cultura. El género constituye una dimensión productiva que, lejos de describir realidades corporales, actúa, da forma y modela la materialidad de los cuerpos.

De Lauretis (1989), analiza el funcionamiento de “las tecnologías del género”. Esta autora afirma que “el género no es una propiedad de los cuerpos o algo originalmente existente en los seres humanos, sino *el conjunto de efectos producidos en los cuerpos, los comportamientos y las relaciones sociales*” (1989, p. 8. Cursivas en el original). Además, propone pensar al género como producto de un conjunto de tecnologías sociales, de aparatos tecno-sociales o biomédicos.

Butler retoma de Foucault (2002) la noción de sexo como “ideal regulatorio”. Propone pensar al género como dimensión constitutiva de una matriz de inteligibilidad cultural heterosexual que antecede al sexo y que, de hecho, le da forma y sustrato. Mediante esta propuesta, impugna la posibilidad de pensar el sexo como un dato biológico dado y al género como el edificio cultural que se construiría sobre él. El género no sólo antecede al sexo, sino que opera como matriz productiva que construye cuerpos y deseos en correspondencia con un ordenamiento heterosexual (Butler, 2007).

Butler (2008) señala también que “los cuerpos sólo surgen, sólo perduran, sólo viven dentro de las limitaciones productivas de ciertos esquemas reguladores en alto grado generizados” (2008, p. 14). La diferencia sexual, es decir, las diferencias de los cuerpos que supuestamente hacen a mujeres y hombres no deberían tratarse como datos estables y fijos, ajenos a procesos culturales y discursivos en los que tienen lugar. Para Butler, lejos de constituir un sustantivo, el sexo se materializa y re-materializa a través de procesos productivos que se llevan a cabo de manera incesante a lo largo del tiempo, haciendo de la materialidad de los cuerpos un efecto de poder. Eso es a lo que Butler denomina “performatividad del género”, es decir, de la repetición “mediante la cual el discurso produce los efectos que nombra” (2008, p. 20). Estos aportes serán retomados en el capítulo cuatro en el análisis de las formas en las que la medicina produce el sexo como “dato semiológico” y los efectos de esta construcción sobre las prácticas clínicas.

Por último, quisiera referirme a los trabajos de Foucault. En su vasta obra podemos detectar investigaciones en las que se destaca el funcionamiento de tecnologías disciplinarias que ubican a los como sus destinatarios, es decir, como efectos de regulaciones de distintos dispositivos (Foucault, 2012b). En otros trabajos, Foucault (1992) también abre la posibilidad abordar a los cuerpos en su dimensión activa, específicamente, en su ejercicio de “contrapoder”. Pues, el funcionamiento del poder sobre los cuerpos es relacional y dinámico; “de golpe, aquello que hacía al poder fuerte se convierte en aquello por lo que es atacado... El poder se ha introducido en el cuerpo, se encuentra expuesto en el cuerpo mismo” (Foucault, 1992, p. 112). El poder produce contra-efectos. A cada movimiento del poder le responde un nuevo movimiento de resistencia. Para Foucault, el poder y la resistencia no conforman momentos diferentes ni guardan una relación de exterioridad entre sí. Cuando en la *Historia de la sexualidad* afirma “donde hay poder hay resistencia” (2002, p. 116) se refiere justamente a ello. En su propuesta, la resistencia no conforma una sustancia, no es anterior al poder ni se le opone. Por el contrario, es “coextensiva y rigurosamente contemporánea de él” (Foucault, 2001, p. 161).

### **Los cuerpos activos**

Buena parte de las producciones que enfatizan en la ontología vital y activa de los cuerpos humanos se inspiran en los trabajos de Nietzsche. Uno ejemplo son los trabajos de Deleuze, para quien el cuerpo conforma, por un lado, una superficie de interacción de fuerzas planas, libidinales, equivalentes, y, por otro, el resultado de fuerzas sociales exteriores: el cuerpo “es el juego recíproco entre estas dos fuerzas el que confieren su forma y sus cualidades específicas” (Citado en Lash, 2007, p. 106).

Otras producciones que dialogan con la idea de cuerpo como activo, son aquellas que se enmarcan en lo que Alaimo y Hekman (2008b) llaman “Feminismo material” [*Material feminism*]. Para estas autoras los cuerpos se constituyen de una “fuerza agenciada que interactúa y cambia con otros elementos componiendo un coctel que incluye a no-humanos” (Alaimo y Hekman, 2008, p. 12). En esta misma línea es posible ubicar los trabajos de las ya citadas Barad y Haraway, así como los de Hird (2012), quien analiza específicamente el proceso del metabolismo corporal, proceso en el que se entrecruzan de manera inescindible dimensiones sociales,

tecnológicas, biológicas: el proceso digestivo desdibuja de manera activa las fronteras estables entre lo orgánico y lo inorgánico, lo interno y lo externo, así como entre lo vivo y lo muerto. Los minerales que introducimos en nuestros cuerpos al alimentarnos no estaban vivos y, sin embargo, nos dan vida. Algo similar hace Haraway (1978) cuando afirma que la vida de los cuerpos humanos no sería posible sino conviviéramos con millones de bacterias que trabajan de manera permanente en los procesos que hacen posible nuestro hálito vital. Por eso Haraway, irónicamente, afirma que cuando hablamos de nuestros cuerpos, más que referirnos a un “yo”, deberíamos referirnos a un “nosotros”. Pero nuestros cuerpos no son activos sólo porque convivimos con diferentes expresiones de lo viviente. Nuestros cuerpos son activos porque componen “una interfaz tecno-orgánica, un sistema tecnovivo segmentado y territorializado según diferentes modelos (textuales, informáticos, bioquímicos, etc.)” (Haraway y Goodeve, 2000, p. 162). Para Haraway (1995), el cuerpo es estructurante y activo; un agente y un recurso. En sus palabras, “los cuerpos como objeto de conocimiento son nudos generativos materiales y semióticos. Sus fronteras se materializan en interacción social” (1995, p. 345).

### **Aportes del feminismo, la Teoría *Queer* y los Estudios Trans para pensar las ontologías corporales**

Desde distintas coordenadas, el feminismo, la Teoría *Queer* y los Estudios Trans han hecho aportes promisorios al problema de las ontologías corporales, especialmente en lo que refiere a los cuerpos sexuados y, en muchos casos, a su relación con la medicina. Entre sus aportes conceptuales y políticos, me gustaría destacar el análisis de las materialidades corporales y su relación con las biotecnologías, vínculo que será trabajado en varias ocasiones a lo largo de la tesis.

Como señala Fausto-Sterling (2006), sin bien los estudios feministas y de género han identificado críticamente la relevancia de la dimensión biológica para el abordaje de las corporalidades, no han avanzado hacia la elaboración de herramientas concretas para su análisis. El “cuerpo biológico” sigue siendo un campo de conocimiento ajeno para buena parte de los estudios feministas, focalizados en investigaciones en torno a las representaciones corporales. Al mismo tiempo, lo biológico se conforma como campo fecundo para la exploración y el desarrollo de investigaciones y políticas impulsadas por corporaciones biofarmacéuticas. Al igual que Cabral (2009) y que Haraway (1995, 1999), Fausto-

Sterling alienta al feminismo a adentrarse, problematizar y disputar el terreno de lo biotecnológico, dimensión que resulta imprescindible para pensar lo que los cuerpos son, así como sus condiciones de existencia.

Tal como señalan Edelman y Zimman (2014), Haraway (1995), Stryker (1994) y Stryker y Whittle (2006), las existencias corporales suponen sucesivos pasajes por procesos biotecnológicos de transformación, moldeamiento y adecuación establecidos de acuerdo con los cánones de lo humano. Si sus efectos se corresponden con los parámetros normativos del género, las marcas de estos pasajes se mimetizan como parte de la naturaleza corporal. Si no lo hacen, darán forma a corporalidades marcadas por lo artificial, lo menos natural y menos verdadero.

Los Estudios Trans, como los recién citados, señalan que las nociones de naturaleza corporal constituyen al sexo como un dato innato de los cuerpos invisibilizando los efectos productivos de las permanentes prácticas que les dan forma de naturaleza. La constitución de los cuerpos como naturaleza unívoca y verdadera supone, como contracara, que los cuerpos que varían respecto de ella son menos verdaderos, más artificiales.

Un concepto clave para el análisis de esta distinción es el “cisexismo” (Serano, 2016). Este concepto, acuñado por la teórica y activista trans, Julia Serano, conforma un esfuerzo por poner sobre relieve los permanentes procesos productivos que tienen lugar en la conformación de los cuerpos cis, es decir, de aquellos cuerpos a los que al momento de su nacimiento se les asignó el mismo género con el que viven.

La noción de cisexismo permite traslucir los mecanismos de producción de la naturaleza no marcada de los sexos de “el hombre” y “la mujer” e indagar en los modos en los que éstos se producen materialmente, así como en las maneras en las que se invisibilizan las marcas de su producción. Si algo tienen en común los cuerpos cis y trans es que ambos son resultado de sus relaciones con las biotecnologías y los quehaceres médicos (Cabral, 2009; Maffía y Cabral, 2003; Shildrick, 2015; Stone, 2004; Stryker, 1994).

Según Serano (2016), el cisexismo supone un sistema de relaciones que constituyen a los cuerpos y géneros de las personas cis como superiores y más auténticos que los cuerpos de las personas trans. En palabras de Radi (2015), el cisexismo conforma “un sistema de exclusiones y privilegios simbólicos y materiales

vertebrado por el prejuicio de que las personas cis [es decir, aquellas que no son trans] son mejores, más importantes, más auténticas que las personas trans”.

El concepto de cisexismo, como veremos, supone una herramienta central en el desarrollo de esta tesis. En efecto, uno de sus objetivos consiste en mostrar los modos en los que los quehaceres de la ginecología, urología y sexología médica se relacionan productivamente con los cuerpos con los que tratan, como veremos, mayormente de hombres y mujeres cis. El concepto de cisexismo también nos permitirá indagar en los modos diferenciales en los que las especialidades médicas analizadas se relacionan con las corporalidades, según sean cis o trans. En palabras de Stryker, esta tesis supone un esfuerzo por irrumpir, desnaturalizar, articular y visibilizar los “vínculos normativos que en general asumimos como existentes entre la especificidad biológica del cuerpo humano diferenciado sexualmente, los roles y estatus sociales esperados para determinados cuerpos” (Stryker, 2006).

En los capítulos uno y dos voy a analizar ciertos aspectos de la relación de la ginecología y de la urología con los cuerpos trans. La salud trans, tal como señala Hanssmann, “implica un amplio rango de interrogantes políticos, estratégicos y conceptuales sobre muchas de las configuraciones de la biomedicina” (Hanssmann, 2016, p. 123). Como veremos, en el caso de la ginecología, la demanda de hombres trans conlleva la puesta en crisis de los parámetros cisexistas que la constituyen.

Según Edelman y Zimman, “mientras los modelos de la medicina actual pueden ser considerados por muchos como descripciones precisas y objetivas de los ‘hechos’ de la naturaleza, la noción de que cualquier cuerpo es clasificable como ‘femenino’ o ‘masculino’ está abierta a la disputa” (2014, p. 679). Las demandas en los servicios de salud por parte de las personas trans, pero también de los hombres y mujeres cis, que no se ajustan a los parámetros normativos del género dan cuenta de ello. Como intentaré mostrar, lejos de ser un punto de partida, la identificación entre cuerpo de mujer-vagina-heterosexualidad-reproducción y la de cuerpo de hombre-pene-heterosexualidad-virilidad, son resultado de una construcción de largo aliento de la que las especialidades médicas que aquí investigo forman parte. En el análisis de los quehaceres de la sexología, desarrollado en el capítulo tres de esta tesis, volveremos sobre esto.

Interrogarnos en torno a los procesos de producción corporal es fundamental para analizar las naturalizaciones ontológicas con las que vivimos en nuestro presente. Tal como señala Cabral, con quien voy a finalizar este apartado, asistimos

a un presente caracterizado por la tensión entre la vigencia de “la diferencia sexual como ideal regulativo y la maleabilidad de los cuerpos destinados a encarnarla por un sistema médico cuya omnipresencia (...) abre continuamente oportunidades impensadas para la apropiación y la subversión, por la implicación mutua y la indistinción absoluta entre los órdenes del órgano y de la prótesis, de la naturaliza y del artificio” (Cabral, 2009, p. 124).

## Decisiones teórico-metodológicas

La estrategia teórico-metodológica implementada resulta de la articulación de: 1) los estudios sobre las relaciones entre el saber y el poder de Foucault (1992, 2002, 2008); 2) las epistemologías y los estudios feministas sobre la ciencia y la tecnología (Alaimo y Hekman, 2008; Barad, 2014; Buikema, Griffin, y Lykke, 2012; Fausto-Sterling, 2006; Fox Keller, 2000; Haraway, 1995; Harding, 1997; Lykke, 2012); 3) los Estudios Sociales de la Ciencia y la Tecnología (Ariza, 2012, 2014, 2016; Latour, 2001, 2008; Law, 2004, 2015; Mol, 2002, 2013; Mol y Law, 2004).

La estrategia metodológica puesta en práctica en esta tesis se relaciona con el siguiente supuesto: la realidad circundante, en general, y específicamente la realidad de los procesos médicos y corporales, no está dada *a priori*, no es resultado de procesos, entidades y sustancias regulares dadas de antemano. Por el contrario, sugiero que la realidad, plural, semiótica y material de los quehaceres médicos y de los procesos corporales, se moldea de manera localizada en entramados específicos conformados por agentes humanos y no-humanos, artefactos epistemológicos, prácticas socio-materiales y la proliferación de ontologías múltiples. La conformación de esos entramados conlleva la disolución del estatus ontológico diferencial entre sujetos y objetos. Implica también el reconocimiento de la productividad de las relaciones entre humanos y no-humanos, así como de la capacidad de agencia de éstos últimos.

A continuación, voy a desarrollar las coordenadas generales en las que se inscribe el supuesto recién presentado y, luego, voy a detallar las decisiones y procedimientos metodológicos específicos que se han puesto en práctica en esta tesis.

### 1. Coordenadas generales

Los aportes de Foucault serán fundamentales para el análisis de la dimensión epistemológica de la ginecología, urología y sexología médica. En tanto “órdenes de saber”, estas especialidades establecen enunciados específicos que se articulan configurando regímenes de verdad, es decir, conjuntos de procedimientos que

permiten pronunciar “enunciados que se considerarán verdaderos” (Foucault, 2012a, p. 77). Al definir su campo, cada disciplina médica elabora una serie de categorías que lo constituyen y delimitan como tal. Éstas, a su vez, intervienen en la conformación de los objetos clínicos específicos con los que trata. Por ejemplo, como veremos en el capítulo uno, la tocoginecología define su especialidad por “el abordaje de la salud integral de la mujer”. Como objeto clínico, “la salud de la mujer” adquiere consistencia y veracidad en su pertenencia al campo ginecológico y en relación con las herramientas clínicas y terapéuticas de esta especialidad.

El saber produce lo enunciable y lo visible a través de la puesta en marcha de distintos mecanismos de poder (Foucault, 1992, 2012a). Tal como señala Foucault, “no hay ejercicio del poder posible sin una cierta economía de los discursos de verdad que funcione en, a partir de y a través de esta dupla [poder/verdad]” (Foucault, 2008a, p. 28). Un ejemplo de “mecanismo de poder” son los controles ginecológicos. Su eficacia radica en los efectos de veracidad de su funcionamiento. Las mujeres cis no sufren coerción para realizárselos. Los controles, identificados con el cuidado y la prevención, prácticas que se corresponden con lo que se espera de una mujer, forman parte de las decisiones que toman las mujeres cis.

Cada dominio, en el caso de esta investigación los campos de la ginecología, urología y sexología médica, requiere de la elaboración de instrumentos específicos que permitan “poner de relieve (...) la interfaz del saber y el poder, la verdad y el poder” (Foucault, 2012a, p. 73). Las relaciones saber/poder, verdad/poder que tienen lugar en las distintas especialidades médicas no pueden ser captadas a partir de una teoría o metodología general porque éstas se despliegan de manera múltiple y específica en cada uno de estos campos. Los instrumentos analíticos deben fabricarse intentando destacar manifestaciones, objetos, zonas estratégicas del funcionamiento de las relaciones que tienen lugar dentro y entre los campos médicos analizados. Esas manifestaciones u objetos, a su vez, están determinados por los instrumentos, en relación con ellos (Foucault, 2012a).

Retomando los aportes de Foucault (2008a, 2012a), la estrategia teórico-metodológica de esta tesis asume un carácter situado. Los esfuerzos analíticos no se orientan al descubrimiento de una verdad oculta que preexiste a los métodos de investigación. Por el contrario, se dirigen al análisis de las conexiones entre las formaciones disciplinarias y las definiciones epistemológicas de la ginecología, urología y sexología médica, y hacia los mecanismos de poder que regulan las

prácticas médicas y sus relaciones con las ontologías corporales, las cuales, como veremos, muchas veces se producen en términos de naturaleza y verdad.

Haciendo propios los aportes de epistemólogas feministas como Haraway (1995), Harding (1997), Fox-Keller (2000) y Lykke (2012), el carácter situado de esta propuesta metodológica consiste en la construcción localizada de los objetos de análisis. Esta estrategia supone la imposibilidad de aplicar categorías y metodologías universales sobre objetos singulares: los objetos y las categorías se producen en el proceso investigativo. Desde este posicionamiento, la objetividad es un proceso que se encarna, que tiene un lugar, que se puede ubicar. Supone una trayectoria pasible de ser repuesta. En palabras de Haraway (1995), “la objetividad feminista trata de la localización limitada del conocimiento situado, no de la trascendencia y el desdoblamiento del sujeto y el objeto. En caso de lograrlo, podremos responder de lo que aprendemos y de cómo lo miramos” (1995, p. 327).

También voy a recuperar de las epistemologías feministas la inquietud por los modos en los que el género, el sexo y la sexualidad se conforman como verdades que dan forma a los marcos disciplinarios de las especialidades médicas, a sus prácticas, así como a las ontologías corporales con las que tratan. Las definiciones disciplinarias de cada una de las especialidades que analizo suponen la configuración de objetos clínicos y terapéuticos modelados en relación con el binarismo sexual, el género como identidad y la heterosexualidad. Tal como señalan Lykke (2012) y Barad (2014; Tuin y Barad, 2012), las conformaciones disciplinarias se relacionan productivamente con la existencia material y ontológica de los procesos que definen. Un ejemplo de ello, es la conformación de la sexología médica como especialidad y de la sexualidad como un objeto clínico y terapéutico. Como veremos en el capítulo tres, buena parte de los quehaceres sexológicos se orientan por la resolución de las dificultades relacionadas al desenvolvimiento de la “función sexual”, objeto clínico y terapéutico de la sexología, y por garantizar la capacidad de los hombres y mujeres cis de llevar a cabo relaciones sexuales de penetración vaginal, fin último de la función sexual.

La estrategia teórico-metodológica de esta tesis también se inscribe en la propuesta de los Estudios Sociales de la Ciencia y la Tecnología. Como señala Ariza, éstos “se caracterizan por una aversión a las generalizaciones sobre los modos de funcionamiento del conocimiento o la ciencia, precisamente porque buscan estudiar las maneras concretas, situadas, locales del hacer ciencia/s y generar

conocimiento/s” (Ariza, 2016a, p. 365). Por ello, en vez de definir una estrategia metodológica apriorística, pensada y diseñada por fuera de los objetos (Law, 2004, 2015), la trayectoria metodológica de esta tesis, es decir, el trabajo de campo, los materiales que he ido reuniendo y las categorías de análisis que he ido confeccionando, son resultado de su afectación con los entramados que tienen lugar en campos de la ginecología, urología y sexología médica. Esta perspectiva me ha permitido atender a los procesos investigados en su singularidad y diferencia, considerando la heterogeneidad de las conexiones o agenciamientos entre los diversos tipos de entidades en los que se constituyen (Law, 2007).

Un segundo aporte de esta perspectiva consiste en la dilución de la diferencia apriorística entre sujeto/objeto y su reemplazo por el análisis de las relaciones productivas tramadas entre humanos y no-humanos, entendidos como simétricos en su capacidad de agencia (Callon, 1986; Latour, 2001, 2008). Voy a entender por no-humanos a un conjunto heterogéneo de materiales que en su disposición en el campo médico se constituyen como agentes, es decir, como entidades productivas, capaces de intervenir, de dar forma a las tramas de relaciones en las que se disponen.

El tercer aporte de los Estudios Sociales de la Ciencia y la Tecnología consiste en la importancia dada a los procesos materiales además de los semióticos (Ariza, 2014; Haraway, 1995; Latour, 2001; Mol, 2002). En esta investigación, para el análisis de las prácticas médicas y su relación con la conformación material de los cuerpos con los que tratan, voy a valerme de la naturaleza “praxiográfica” del ejercicio de la medicina señalada por Mol (2002). Es decir, del análisis de las maneras en las que las prácticas materiales de exploración, control, manipulación de instrumentos e indicación médica tienen lugar en la construcción de los cuerpos con los que médicos y médicas interactúan. Tal como señalan Mol y Law (1993), la distinción de las cosas es contingente, no viene dada de antemano sino que se conforma en prácticas socio-materiales concretas y en las relaciones entre agentes humanos y no-humanos.

A continuación, voy a presentar el conjunto heterogéneo de materiales que se han analizado en esta tesis. Su conformación guarda estrecha relación con los supuestos teórico-metodológicos recién presentados.

## 2. Acerca de los materiales analizados

En la tesis se analiza un conjunto de materiales heterogéneos, resultado de una selección de la totalidad de materiales que se han producido y recopilado durante los años 2012 y 2018, período en el que se llevó a cabo la investigación. La recolección de estos materiales no obedeció a un criterio de exclusión establecido *a priori*. Su recopilación estuvo guiada por una “atención etnográfica” (Ariza, 2016) que privilegió a aquellos documentos, objetos o instrumentos que aparecieron con mayor reiteración y/o intensidad durante el trabajo de campo.

Este conjunto de materiales se conforma por entrevistas, guías de prácticas clínicas, entradas en sitios webs de médicos y médicas, instrumentos clínicos como historias clínicas, programas de residencias, entre otros. Sus características singulares y sus formas de agencia específicas permitieron indagar en el carácter semiótico y material de los procesos examinados, así como en el funcionamiento particular de los distintos entramados relacionales entre agentes humanos y no-humanos de los que estos materiales forman parte.

En total, se han analizado ciento setenta y seis materiales. Los mismos han sido organizados en los siguientes grupos: 1- programas académicos (23); 2- entrevistas a estudiantes, médicos y médicas (37); 3- presentaciones en conferencias y jornadas médicas (12); 4- documentos diseñados para pacientes (9); 5- artículos científicos (38); 6- instrumentos de exploración clínica y para la elaboración diagnóstica (6); 7- guías de prácticas clínicas (29); 8- materiales de divulgación (5); 9- notas de campo (13); 10- Otros (4).

Estos materiales se encuentran consignados en las tablas que están ubicadas en el “Anexo” de la tesis. Salvo en el caso de las entrevistas, en las que se resguarda el anonimato, en el Anexo se indican los datos de referencia de los materiales: autores y autoras, título, fecha de publicación, tipo de publicación, enlace de ubicación en la web, entre otros.

A cada material se le ha asignado un código de referencia con el que será citado en la tesis. Este código también está indicado en las tablas del Anexo. En todos los casos, está formado por la letra “M” de material, un número correlativo que va del uno al ciento setenta y seis, palabras claves sobre su procedencia, por ejemplo, “entrevista a urólogo/a”, “residencia tocoginecología”, “médico/a en conferencia” y la fecha de publicación. Por ejemplo, en el caso de los artículos académicos, a la letra

“M” y al número le siguen los apellidos de autores y autoras y la fecha de publicación. En el caso de los consensos y guías de prácticas clínicas, a la “M” y al número le siguen la institución de procedencia y palabras claves, por ejemplo, “FASGO, Infanto-juvenil” y, luego, la fecha de publicación.

### **3. El recorrido metodológico**

Para dar cuenta de la estrategia metodológica asumida voy a organizar el recorrido del trabajo de campo en dos partes. La primera, se corresponde al momento inicial, etapa en la que me enfoqué en los procesos de formación en medicina, así como en la formación en ginecología, urología y sexología médica. En la segunda etapa, me dediqué al rastreo específico de las maneras en que se organizan y ponen en práctica los quehaceres médicos de las tres especialidades analizadas. Ambas etapas se han orientado por un análisis epistemológico y praxiográfico (Mol, 2002), es decir, por el intento de detectar las categorías y objetos que forman parte de los campos médicos y los modos en los que éstos se entrelazan y toman forma en prácticas concretas.

#### **Primera etapa: la formación en medicina**

Durante los dos primeros años de investigación, iniciada a fines de 2012, me enfoqué en el análisis de los procesos de formación en medicina. La exploración de este primer campo se basaba en el presupuesto de que a través del análisis de los procesos de formación médica podría conocer aspectos estructurales de la medicina y de su relación con los cuerpos, el sexo y la sexualidad.

Mi primer campo de investigación fue la Carrera de Medicina de la UBA que, en términos de cantidad de graduados, es el principal centro de formación de médicos y médicas del país<sup>19</sup>. Esta Carrera se organiza en dos grandes ciclos: el biomédico, correspondiente a los tres primeros años de cursada, y el clínico, correspondiente a los segundos tres años de cursadas teóricas y de entrenamiento práctico. El primer tramo tiene lugar en el ámbito de la Facultad, mientras que el segundo en Unidades Docentes Hospitalarias emplazadas en distintos hospitales

---

<sup>19</sup> Para más información, puede consultarse el siguiente link: <http://estadisticasuniversitarias.me.gov.ar/#/seccion/1> (Último acceso: 3/6/2019)

públicos y privados, sobre todo de la Ciudad de Buenos Aires, aunque no exclusivamente.

Entrevisté a veinticinco estudiantes, entre cuatro y cinco por cada uno de los seis años de la Carrera. Para realizar las entrevistas diseñé un cuestionario orientado a la obtención de relatos descriptivos respecto de los modos en los “el sexo” y “la sexualidad” eran abordados en las diferentes instancias teóricas y prácticas de la Carrera. En un primer momento, la principal dificultad en la realización de las entrevistas fue el entusiasmo con el que los y las estudiantes ofrecían sus opiniones respecto de los procesos que describían. El sexo y la sexualidad conforman un campo temático inquietante frente al cual puede ser difícil mantenerse indiferente. Como entendí posteriormente, ese entusiasmo no era tan distinto a las emociones y los prejuicios que atraviesan a quienes ejercen clínicamente la medicina. La diferencia es que los y las estudiantes los ponían de manifiesto de manera más enérgica, sin mayores especulaciones sobre las posibles consecuencias de sus palabras y sin los efectos aplanantes propios del desgaste de la rutina profesional.

Un aspecto de esta etapa del trabajo de campo que enriqueció el proceso de investigación, y que no había sido previsto, fue el rol de los y las estudiantes como informantes clave respecto de aquello que médicos y médicas realizaban en los hospitales donde realizaban sus prácticas de formación académica. De esta manera, pude aproximarme a ciertas prácticas que tienen lugar en las salas de internación y en los consultorios hospitalarios que difícilmente hubiese podido conocer a partir del relato de profesionales experimentados que describen lo que hacen.

Durante esta etapa también ubiqué y organicé los programas de las materias que componen la currícula de la Carrera de Medicina. Con el correr del análisis fui seleccionando las asignaturas en las que se abordaban de manera explícita temas relacionados al sexo y a la sexualidad. En casi todos los programas aparece, de alguna forma, la diferencia sexual, lo femenino y lo masculino. Sin embargo, sólo en pocas materias el sexo y la sexualidad conforman explícitamente objetos y procesos clínicos protagónicos. Entre éstas, se ubican la ginecología y la urología, campos a los que me aproximé por primera vez de manera específica por medio de los programas curriculares de la Carrera de Medicina. A través de estos materiales pude identificar que la ginecología y la obstetricia forman parte de las “especialidades clínicas básicas” mientras que la urología forma parte de las “especialidades

quirúrgicas”. Asimismo, puede entender que la sexología guarda cierta distancia con la formación en medicina. El análisis me fue mostrando que cada una de estas especialidades conformaba un campo sumamente complejo, internamente jerarquizado y que los objetos que cada especialidad define y trata son heterogéneos y disímiles.

En paralelo a ese trabajo, durante el 2013, asistí a las “Charlas abiertas a la comunidad” a cargo del Servicio de Ginecología del Hospital Italiano de Buenos Aires. Me enteré de su existencia por un volante que encontré en la sala de espera cuando iba a realizarme un control ginecológico. En esas charlas se abordaban cuestiones como el climaterio, la educación sexual para adolescentes, Infecciones de Transmisión Sexual, entre otros temas. En una oportunidad se anunció la realización de las Jornadas Interdisciplinarias de Sexualidad, también a cargo del servicio de Ginecología. Asistirían médicos y médicas de distintas especialidades para debatir sobre los obstáculos en el abordaje clínico de “la sexualidad”. Allí estuve. Si bien las jornadas eran abiertas al público en general, la mayor parte de los asistentes eran médicos y médicas. A lo largo de la actividad se discutieron distintos procedimientos clínicos, se presentaron experiencias, se compartieron reflexiones y se debatió en torno a “los prejuicios” y se hicieron chistes.

En ese mismo evento me enteré de la existencia de los distintos cursos en “Sexología” que se dictan en el Hospital de Clínicas en el marco del programa de extensión universitaria de la Facultad de Medicina de la UBA. Primero ubiqué el programa académico del curso de posgrado en Sexología Clínica, dirigido a médicos, médicas y profesionales del campo psi. Luego, en el segundo cuatrimestre del 2013 asistí al curso de Sexología Educativa dirigido a psicólogos, psicólogas, profesionales de las ciencias sociales y docentes en general (al finalizarlo obtuve mi certificado de formación). El equipo docente de ambos cursos estaba compuesto por médicos y médicas psiquiatras, urólogos, ginecólogos y psicólogos, staff a cargo del Servicio de Sexología Clínica del Hospital de Clínicas, dependiente del Área de Urología del mismo hospital.

A partir de allí, me fui sumergiendo en el mundo de la formación en “médico especialista” en ginecología, urología y sexología. La aproximación a las distintas maneras en las que se disponen y organizan las instancias de formación de estas tres especialidades fue un modo de conocer características de sus campos clínicos. De las tres especialidades, el Estado interviene sólo en la formación en ginecología. A

través de un Documento Marco, el ex Ministerio de salud de la Nación estipula el encuadre general de las residencias. Señala, por ejemplo, que la formación debe orientarse a la tocoginecología, es decir, a especialistas en ginecología y obstetricia. Posteriormente ubiqué los programas de las Residencias en Tocoginecología elaborados por los Ministerios de Salud de la Ciudad y de la Provincia de Buenos Aires.

El programa general de las residencias en urología no ha sido confeccionado por ninguna instancia ministerial sino por la Sociedad Argentina de Urología. Este documento estipula las bases académicas de las residencias, la organización de sus diferentes años, los contenidos y las distintas habilidades que un urólogo o uróloga debe adquirir durante su formación. Además, define a la urología como una especialidad clínico-quirúrgica y establece que el primer año de la residencia es compartido con la Residencia en Cirugía General.

En el caso de la sexología, la formación no se encuadra en un esquema de residencias ni en instancias de formación exclusivas para médicos. La sexología conforma una especialidad clínica cuya formación se imparte a través de cursos de posgrado dictados por la Sociedad Argentina de Sexología Humana, por organizaciones médicas privadas y por algunos programas de hospitales públicos. A lo largo de la investigación he ubicado los programas de varias de estas instancias.

### **Segunda etapa: el ejercicio profesional**

La segunda etapa del trabajo de campo coincidió con mi creciente interés en las distintas prácticas médicas que tienen lugar en los campos de la ginecología, urología y sexología médica, así como en los efectos materiales disímiles de sus quehaceres en los cuerpos con los que tratan.

Durante 2014 asistí a dos eventos médicos focalizados en “la salud transgénero”. Uno de ellos fue realizado en el Hospital Durand, ubicado en la Ciudad de Buenos Aires, a cargo del Grupo de Atención a Personas Transgénero (GAPET). Ese grupo está conformado por un conjunto de médicos y médicas especializados en ginecología, urología, cirugía estética, endocrinología, psiquiatría. El otro evento se realizó en la Ciudad de Rosario y estuvo a cargo del equipo de Urología que funcionaba en el Hospital del Centenario. En ambas instancias se debatió sobre el abordaje de la llamada “salud transgénero”, en la primera desde “una perspectiva

integral” y en la segunda focalizando en aspectos quirúrgicos de un tipo de intervención llamada “vaginoplastía”.

Desde mediados de 2014 a mediados de 2016 he realizado entrevistas a veintisiete a médicos y médicas especializados en ginecología, urología y sexología médica y también a médicos y médicas de otras especialidades que trabajan de manera complementaria con las especialidades investigadas. Basándome en la información recopilada hasta entonces, confeccioné guías de entrevistas específicas orientadas a las particularidades de cada especialidad. Como señala Ariza, a través de las entrevistas no buscaba develar esquemas de comprensión del mundo ocultos en los discursos de los entrevistados/as, sino más bien “explorar la constitución de regímenes técnico-normativos tal cual ocurren *en la superficie de las prácticas*” (Ariza, 2014, p. 177. Destacadas en el original). Para eso, en las entrevistas, se pidió a los entrevistados y entrevistadas que describan los tipos de consultas más frecuentes, así como los métodos de abordaje exploratorios, diagnósticos y terapéuticos implementados con mayor frecuencia en sus quehaceres cotidianos.

Buena parte de estas entrevistas se llevaron a cabo en los consultorios de los y las profesionales entrevistados. Otras tantas, tuvieron lugar en salas u oficinas de los hospitales o centros de salud donde trabajaban. Muchas veces, las entrevistas se convirtieron en ocasiones para observar los ámbitos de desempeño clínico, es decir, la ubicación de los consultorios y los servicios en el contexto hospitalario, su señalización, el mobiliario disponible en salas de espera. Cuando las entrevistas se realizaron adentro de los consultorios pude observar la disponibilidad de distintos objetos e instrumentos técnicos con los que médicos y médicas contaban -y con los que no contaban- para realizar su labor. Me refiero, por ejemplo, a camillas, escritorios, sillas, computadoras, colposcopios, caja de guantes, réplicas plásticas de partes del cuerpo, láminas en la pared, armarios, cajas con materiales descartables. En algunos casos me encontré con consultorios luminosos y espaciosos. En otros, con espacios chicos, encerrados e instalaciones precarias. Esta diferencia no se ajustó cabalmente a la distinción público/privado. En algunos casos, las locaciones públicas me sorprendieron por su nivel de confort.

A partir de su mención en las entrevistas, empecé a detectar la relevancia de otro tipo de actor: las sociedades profesionales. Estas sociedades se encargan de difundir información sobre, por ejemplo, los programas y cronogramas de las residencias y cursos de formación, consensos, protocolos y guías de prácticas

clínicas, información sobre congresos y jornadas, información sobre legislaciones que afectan al quehacer médico específico. También suelen tener a su cargo la publicación de revistas especializadas las cuales funcionan como órganos de difusión e intercambio de experiencias entre los y las profesionales de esos campos médicos a nivel local y regional. Cada sociedad administra sitios web de donde obtuve, principalmente durante 2017 y 2018, buena parte de los materiales que se analizan en esta tesis.

El campo ginecológico cuenta con diversos tipos de sociedades profesionales. Algunas, como la Sociedad de Obstetricia y Ginecología de Buenos Aires (SOGIBA), se organizan por el alcance de su representación geográfica. Otras, como la Asociación Médica Argentina de Anticoncepción (AMADA), se nuclean por temas de especialidad. El sitio web del que he obtenido la mayor cantidad de materiales del campo ginecológico es el de la Federación Argentina de Sociedades de Ginecología y Obstetricia (FASGO), organización que reúne a buena parte de las sociedades de Argentina. Su sitio web me remitió en numerosas ocasiones al sitio del ex Ministerio de Salud de la Nación, más específicamente, al Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable.

El campo de la urología se organiza principalmente en dos organizaciones profesionales: la Federación Argentina de Urología (FAU) y la Sociedad Argentina de Urología (SAU). Ambas organizaciones administran sitios web en los que se difunde información sobre residencias, cursos de formación, así como materiales académicos y clínicos. La actividad de la SAU es más prolífera que la de la FAU. La SAU es responsable de la Revista Argentina de Urología, publicación que articula buena parte de los resultados de investigaciones clínicas y quirúrgicas que se llevan a cabo en el país. En su sitio web también se difunden protocolos y consensos de relevancia para el ejercicio clínico de la urología. La SAU se organiza en diferentes “comités” dedicados a temas específicos. Cada uno organiza actividades académicas y publicaciones. Entre ellos se encuentra el comité de “disfunciones sexuales”. Este grupo ha promovido publicaciones en las que participan urólogos y urólogas, pero, también, médicos y médicas de otras especialidades dedicados a la sexología.

El campo de la sexología clínica se organiza a través de una organización profesional llamada Sociedad Argentina de Sexología Humana (SASH). La SASH lleva adelante cursos de posgrado en sexología clínica, así como otros tipos de cursos en torno a la sexualidad y su abordaje clínico. Esta organización publica un boletín

digital periódico en el que se difunden artículos académicos e información sobre distintas actividades en torno al ejercicio de la sexología clínica en el país.

Por último, a lo largo del trabajo de investigación, especialmente durante la segunda etapa, fui confeccionado distintos registros o notas de campo. Desde un principio, estas notas fueron pensadas como un relato descriptivo y desestructurado, en el que se consideraron sensaciones y percepciones. Asumiendo que se trata de un registro distinto, pero no por ello menos válido, he incorporado algunos fragmentos de estos documentos en los cuatro capítulos de la tesis como “notas de pie de página”.

### **Aclaraciones respecto de las entrevistas**

La mayor parte de los y las profesionales entrevistados se desempeñaban simultáneamente en el ámbito público hospitalario y en consultorios privados. La menor parte lo hacía sólo en uno u otro. En sus relatos, entrevistados y entrevistadas no han señalado diferencias determinantes en relación con los quehaceres cotidianos en los consultorios privados y públicos. Sí ciertas tendencias, especialmente respecto a los hábitos de control en salud: estos suelen ser más frecuentes en los ámbitos privados que en los públicos. Con esto no quiero decir que no haya mayores diferencias entre un ámbito y otro. Simplemente quiero explicitar que tal distinción no formó de antemano parte de las preguntas y que, en las respuestas, a veces se señalaron diferencias, mientras que otras veces no se señalaron.

Al igual que los y las estudiantes, la mayor parte de los y las profesionales fueron contactados a través de la técnica “bola de nieve”. Sólo una parte minoritaria fue contactada de manera directa a través de los correos electrónicos indicados en publicaciones académicas.

Por último, quisiera señalar que los y las estudiantes, así como los médicos y médicas entrevistados han sido, salvo entre quienes se dedican a la urología, la mitad hombres y la mitad mujeres cis. En el capítulo dos, dedicado al análisis del campo urológico, se introducen algunas consideraciones respecto a la disparidad de hombres y mujeres cis en el ejercicio de esta especialidad médica en el país.

Salvo en el capítulo dos, durante el análisis de las entrevistas, se omitirá indicar si se trata de un o una entrevistada. Esa omisión se debe, por un lado, a la preservación del anonimato de quien se cita. Por otro lado, a dos decisiones teórico-

metodológicas: 1. En el análisis no se han priorizado las trayectorias singulares de los y las entrevistados sino los aspectos comunes de un hacer disciplinario, es decir, se les ha dado énfasis como voces de un campo y no en términos de un “yo”. Para ello, no sólo se ha omitido la identidad de género, sino también el ámbito específico en el que esos y esas profesionales se desempeñan.

2. La presente tesis se propone mostrar el funcionamiento de las relaciones entre las prácticas médicas y sus efectos ontológicos, así como los modos en los que esas relaciones se regulan por normas sexo-genéricas. Las normas sexo-genéricas tienen más de un efecto en el campo médico: no sólo dan forma a las prácticas médicas y la producción ontológica de los cuerpos, también introducen un registro moral que demanda una verdad respecto del cuerpo, aunque esta verdad no tenga relación estricta con los procesos de salud y enfermedad. Suspender la marca genérica en el análisis de las entrevistas fue una manera de experimentar, desde la escritura, una forma de no reproducir esa demanda de verdad respecto al sexo, la identidad de género del “yo” de entrevistados y entrevistadas.

#### **4. Consideraciones éticas**

Salvo una entrevista que, con consentimiento del profesional entrevistado, fue realizada junto con la Dra. Anahí Farji Neer, todas fueron personales y realizadas por quien escribe esta tesis. Todas las entrevistas fueron grabadas con el consentimiento del entrevistado o entrevistada. Posteriormente fueron desgrabadas y enviadas ofreciendo a profesionales y estudiantes la posibilidad de editar la desgrabación. Solamente un médico realizó modificaciones.

Los y las profesionales entrevistados firmaron un consentimiento informado en donde se les presentaba la pertenencia institucional en la que se inscribió esta investigación, así como sus objetivos. A través de este consentimiento accedieron formalmente a colaborar con la investigación. Como señalé anteriormente, todas las entrevistas han sido codificadas con el objetivo de preservar el anonimato de los entrevistados y entrevistadas.

## 5. Respecto del análisis

El proceso analítico se fue configurando en relación con los antecedentes bibliográficos, el trabajo de campo y, específicamente, con las particularidades de los distintos materiales que fui recolectando. En términos generales, el proceso estuvo orientado por la exploración de los modos en que estos materiales configuran y se configuran en relación con los siguientes pares: mujer-hombre, trans-cis, normal-anormal, biológico-adquirido, naturaleza-artificio. Asimismo, atendí y me focalicé en las maneras en las que se confeccionan sentidos y prácticas en relación con el sexo, la sexualidad y lo reproductivo. También he indagado en los modos en los que se organizan las distintas etapas de la atención clínica, es decir, la exploración semiológica, el establecimiento diagnóstico y la indicación de tratamientos, prestando especial atención a las categorías utilizadas, la valoración médica de los resultados y de las demandas y respuestas de los y las pacientes, así como en los distintos objetos e instrumentos que intervienen en esas etapas.

El análisis de los materiales también estuvo orientado por las conexiones en las que éstos se desenvuelven. Por ejemplo, los programas de formación se analizaron en relación con los modos en los que se definen y organizan los objetos clínicos de cada especialidad, pero también en vinculación con las categorías específicas de cada campo, así como con las competencias clínicas que se esperan de la labor de médicos y médicas. Por ejemplo, la urología se define como una especialidad clínico-quirúrgica. Eso quiere decir que los ámbitos en los que se desempeña son los consultorios pero también los quirófanos y salas de internación. Esta especialidad define su campo clínico por el abordaje de “las patologías que atañen al sistema urinario de la mujer y al sistema génitourinario del varón”. En el capítulo dos analizo las maneras en las que lo quirúrgico, competencia específica de esta especialidad, se relaciona con el modo en el que se define el campo urológico, así como con los diferentes objetos clínicos con los que esta especialidad trata.

En el caso de las entrevistas procuré identificar las prácticas clínicas frecuentes de cada especialidad, los modos en los que éstas se organizan, cómo se establecen prioridades, así como las posibilidades que abren y cierran cada uno de los métodos clínicos y terapéuticos que se utilizan. Por ejemplo, a partir de las entrevistas a ginecólogos y ginecólogas he podido analizar las maneras en las que llevan a cabo los “controles ginecológicos”, es decir, la realización de la toma de

muestras para el Papanicolaou, la Colposcopia y el control mamario. Por medio de las entrevistas a sexólogos y sexólogas he examinado las prácticas que se ponen en juego en el abordaje de las “disfunciones sexuales”, así como el carácter “resolutivo” que orienta a las terapias sexológicas.

Cada material implicó un análisis singular que incluyó la elaboración de distintas conexiones entre materiales heterogéneos. Como veremos a lo largo de los capítulos, en el análisis se irán articulando y entretejiendo fragmentos de, por ejemplo, programas académicos y guías de prácticas clínicas, pasajes de entrevistas a profesionales y fragmentos consensos clínicos, partes de entrevistas a estudiantes y pasajes de guías de prácticas clínicas. A través de estas conexiones intento aproximarme al entramado en el que las definiciones epistemológicas de cada campo, los tratamientos disponibles, las competencias clínicas, los objetos terapéuticos, los tipos de demanda, los procedimientos e instrumentos semiológicos se conectan y dan forma entre sí en el ejercicio médico.

El análisis consistió en la producción situada de categorías. Su elaboración resultó de un proceso poroso y reflexivo mediante el cual las categorías/herramientas fueron tomando forma al mismo tiempo que los objetos de estudio. El proceso estuvo orientado a la elaboración de conceptos cercanos y afectados por las especificidades de los campos, prácticas y objetos investigados, es decir, a las relaciones entre prácticas médicas y las ontologías corporales que tienen lugar en cada una de las tres especialidades médicas examinadas.

Por ejemplo, el análisis del campo ginecológico, campo vasto y sumamente complejo, me llevó a la elaboración de la noción de “condensaciones ginecológicas”. Las “condensaciones” refieren a entrecruzamientos densos entre las múltiples dimensiones y agentes que tienen lugar en el campo ginecológico. Me refiero a normas sexo-genéricas, regulaciones estatales, métodos anticonceptivos, programas ministeriales, guías de prácticas clínicas, espéculos, colposcopios, cuellos de útero, vaginas, ovarios, hormonas, salud sexual y reproductiva, salas de espera, cuerpos, deseos, procesos de salud y enfermedad, entre otros.

Durante el análisis del campo urológico confeccioné la noción de “composiciones urológicas”. Esta idea me permitió analizar las maneras disímiles en las que se disponen el saber quirúrgico, característico de esta especialidad, así como el carácter circunscripto con el que la urología da forma a sus objetos.

Al examinar el campo de la sexología médica he elaborado la noción de “desequilibrio práctico”. A través de ésta he indagado en las distancias e inconsistencias que tienen lugar en los modos en que esta especialidad diagnóstica y trata a sus objetos clínicos.

Una categoría que ha sido transversal en el análisis de las relaciones de las tres especialidades con los cuerpos con los que trata ha sido la de “moldeamiento”. Esta noción remite al carácter procesual, gradual y continuo en el que las prácticas médicas dan forma a los objetos con los que trata, así como también, al modo en que esas prácticas se conforman en relación con esos objetos.

Por último, quisiera señalar las nociones de “univocidades” y “multiplicidades ontológicas”. A través de ellas, he analizado las distintas conexiones, yuxtaposiciones e inconsistencias que tienen lugar en las relaciones entre los quehaceres de la ginecología, urología y sexología médica y las ontologías corporales.

## Presentación de los capítulos

Para abordar el problema propuesto, es decir, la relación de la ginecología, urología y la sexología médica con las ontologías corporales, he escrito cuatro capítulos. Los tres primeros están dedicados a desmenuzar las particularidades disciplinarias de cada especialidad, las singularidades de los modos en los que definen sus objetivos, modulan su mirada, dan forma a su campo de injerencia, moldean sus objetos y organizan sus métodos clínicos y terapéuticos. En el capítulo cuatro, a diferencia de los tres primeros, apuesto a un análisis transversal, es decir, de aquellas conexiones compartidas, yuxtaposiciones y continuidades, pero también de las diferencias e inconsistencias que atraviesan a las relaciones entre los quehaceres de la ginecología, urología y sexología médica con las ontologías corporales.

En el capítulo uno titulado *Condensaciones ginecológicas. Relaciones entre prácticas médicas, políticas sexuales y reproductivas y la materialidad de los cuerpos en el desempeño ginecológico*, analizo las maneras en las que esta especialidad clínica se vincula con los procesos con los que trata. El capítulo está atravesado por las siguientes preguntas: ¿En qué consiste el abordaje de la “salud integral de la mujer”? ¿Cómo son los quehaceres frecuentes en los consultorios médicos?, ¿cómo es su relación con los procesos identificados como reproductivos y, especialmente, con los que atañen al llamado “aparato reproductivo”? ¿Qué sucede con esta especialidad frente a la demanda de hombres trans? Como veremos, la ginecología se define por el abordaje de “la salud integral de la mujer”, campo que suele reducirse a los procesos vinculados a lo reproductivo. A lo largo del capítulo analizo los modos en que “la mujer” opera como marco onto-epistemológico, es decir, como categoría que da forma a las prácticas médicas de la ginecología y, simultáneamente, a los procesos corporales con los que esta especialidad trata.

La formación y el campo clínico de la ginecología, a diferencia de las otras dos especialidades que se analizan en esta tesis, se conforma a partir de entrecruzamiento de diferentes y variadas políticas estatales que regulan tanto las residencias médicas como el campo de la salud sexual y reproductiva. Asimismo, esta especialidad se articula en numerosas organizaciones profesionales haciendo del campo ginecológico una arena compleja y particularmente intervenida. Esto,

como veremos, supone un proceso de regulación diferencial e intensa sobre el quehacer ginecológico, así como sobre los cuerpos de las mujeres cis.

En el capítulo también analizo las maneras en las que las mujeres cis se convierten en pacientes ginecológicas, así como las formas en las que los quehaceres ginecológicos organizan sus procesos corporales en ciclos vitales diferenciados por lo que voy a llamar “hitos clínicos”. Estos hitos, como la menarca, las primeras relaciones sexuales de penetración vaginal, el embarazo, parto, así como el climaterio se articulan en lo reproductivo.

Por último, analizo los quehaceres ginecológicos en relación con la demanda por parte de hombres trans. Como veremos, la identificación productiva de la ginecología con “la mujer” se configura como límite onto-epistemológico de la especialidad. La demanda de hombres trans tiene efectos concretos en la reconfiguración de los basamentos, fronteras y límites disciplinarios, así como en las prácticas de esta especialidad.

En el capítulo dos, titulado *La urología y las ontologías corporales. Un mapeo de composiciones clínico-terapéuticas en el campo urológico*, analizo las particularidades del campo clínico terapéutico de esta especialidad. A diferencia de la ginecología, la urología es una especialidad quirúrgica que se enfoca en la atención y resolución de lo que define como “patologías frecuentes del árbol urinario”. Lo quirúrgico supone no sólo una alternativa terapéutica central para los quehaceres urológicos, sino que conforma lo que he denominado un “saber-hacer técnico-quirúrgico”, es decir, una matriz onto-epistemológica que organiza las estrategias clínicas y terapéuticas de la especialidad en términos resolutivos y los objetos clínicos de manera circunscripta, puntual y somática.

A diferencia de la ginecología, la urología no se caracteriza por el énfasis preventivo de sus prácticas. Por el contrario, buena parte de sus quehaceres consisten en el abordaje de los síntomas, a veces agudos, que motivaron las consultas de sus pacientes. Si bien la urología no es una especialidad que se defina por atender exclusivamente a hombres cis, son ellos quienes asisten con mayor asiduidad a los consultorios urológicos.

En el capítulo se mapean tres “composiciones urológicas”, es decir, los modos productivos en los que se disponen las distintas dimensiones, procesos y objetos que conforman el campo urológico. La primera composición tiene lugar en el abordaje de las demandas de hombres cis que presentan síntomas protáticos y,

especialmente en el diagnóstico y la atención del cáncer prostático. La urología dispone de tres tipos de análisis para contralar el estado de la próstata: el PSA, el tacto rectal y la ecografía. En el capítulo se analizan las características y las limitaciones de su implementación, así como las particularidades de la información que produce de cada uno de estos análisis o estudios.

La segunda composición tiene lugar en la demanda de hombres cis que solicitan la colocación quirúrgica de una prótesis genital, ya sea peniana o testicular. En general este tipo de demandas tienen lugar a partir de la pérdida crónica de la función o de la morfología genital provocada por un accidente o enfermedad. En esta composición los quehaceres quirúrgicos se organizan en pos del “restablecimiento” ya sea de la morfología genital cis masculina, así como de la llamada función eréctil, es decir, de la reconstrucción de cierta “naturaleza” genital. Sin embargo, las colocaciones de prótesis no sólo restablecen sino que reinventan las funciones genitales dejando marcas de artificialidad aparejadas a ese proceso.

La tercera y última composición urológica resulta en la demanda de mujeres trans que solicitan una cirugía llamada vaginoplastia. En esta composición, los quehaceres urológicos no se ponen en marcha para tratar una patología ni una disfunción, sino para dar respuesta a una demanda que se realiza a partir de la voluntad de transformar el propio cuerpo. Las vaginoplastias tienen lugar en un contexto local específico caracterizado por la Ley de Identidad de Género, regulación que garantiza el acceso a las tecnologías de modificación corporal por parte de personas trans.

En el capítulo tres, titulado *La sexología médica y las ontologías corporales. Las estrategias médicas y el abordaje clínico de las disfunciones sexuales*, examino las maneras en las que esta especialidad se configura y configura sus objetos clínico-terapéuticos. La sexología no conforma una especialidad estrictamente médica. Sin embargo, su ejercicio por parte de médicos y médicas supone una serie de singularidades respecto de los quehaceres de la sexología clínica practicada por no médicos, así como de los modos en los que la ginecología y urología abordan lo que identifican como “lo sexual” o “la sexualidad”.

A lo largo del capítulo analizo las maneras en las que dos “artefactos onto-epistemológicos”, la llamada “respuesta sexual” y la “función sexual”, moldean a lo sexual en términos normativos, somáticos y mecánicos de manera que resulta asible y mensurable para el quehacer de la sexología médica.

Los quehaceres de la sexología médica consisten en el diagnóstico de “disfunciones sexuales” y en el despliegue de estrategias terapéuticas orientadas a su resolución. En el capítulo, analizo dos “desequilibrios prácticos” que tienen lugar en el campo clínico de la sexología médica. El primero se relaciona con la distancia e inconsistencia entre la elaboración de diagnósticos, que se proponen considerar la etiología multidimensional de las disfunciones sexuales, y la implementación de estrategias terapéuticas, las que apuntan a la resolución de los síntomas.

El segundo desequilibrio se configura a partir de los efectos diferenciales de los dos principales tipos de alternativas terapéuticas con las que cuenta la sexología médica: las psicoterapias y la terapia farmacológica. En relación con las terapias farmacológicas, las psicoterapias se conforman como menos eficaces, más dificultosas y lentas. Las disfunciones por las que consultan con mayor frecuencia los hombres cis, es decir, la disfunción eréctil y la eyaculación precoz, se tratan a través de medicamentos. Mientras que el “deseo sexual hipoactivo”, tipo de disfunción por el que más consultan las mujeres cis, sólo puede tratarse a través de psicoterapias. Como intentaré mostrar, ambas alternativas terapéuticas dan forma de manera diferencial a los diagnósticos, así como a las *performances* heterosexuales de los hombres y las mujeres cis.

Finalmente, en el capítulo cuatro, titulado *Univocidades y multiplicidades ontológicas. El sexo y la sexualidad y el quehacer médico* vuelvo sobre la pregunta que inicia la tesis, es decir, al interrogante por las relaciones entre el quehacer de la ginecología, urología y sexología médica y las ontologías corporales. A lo largo del capítulo me pregunto cómo y qué son los cuerpos, el sexo, la diferencia sexual y la sexualidad en y para la medicina.

En la primera parte del capítulo analizo dos maneras en las que la medicina produce el sexo como realidad unívoca. La primera sucede a partir de la construcción del sexo como dato durante la “exploración semiológica”, especialmente en el uso de la historia clínica. La segunda tiene lugar a partir de dos investigaciones médico-clínicas que se interrogan por rol de las hormonas sexuales en el comportamiento y en la sexualidad. Luego, rastreo y analizo las distintas maneras en las que se configura la diferencia sexual en conexiones parciales y específicas entre los campos de la anatomía, fisiología y endocrinología y la ginecología, urología y sexología médica.

Por último, exploro las relaciones entre los quehaceres médicos, la producción de ontologías corporales y la hospitalidad, es decir, los cierres y aperturas que producen los distintos modos en que la medicina define y trata las realidades corporales, las verdades de sus procesos, lo normal y lo sano. Analizo a las prácticas médicas en relación con su capacidad para afectarse por los procesos con los que trata, de aprender y reconfigurarse a través de ellos.

En el apartado correspondiente a las conclusiones presento, primero, las que corresponden a cada uno de los cuatro capítulos de la tesis. Luego, una serie de conclusiones generales, que tuvieron lugar entre los capítulos. Finalmente, comparto algunos interrogantes que, si bien fueron elaborados a lo largo de esta investigación, su abordaje quedará pendiente para futuros trabajos.

## Capítulo 1

### Condensaciones ginecológicas

#### Relaciones entre prácticas médicas, políticas sexuales y reproductivas y la materialidad de los cuerpos en el desempeño ginecológico

##### Introducción

El objetivo del presente capítulo, primero de la tesis, es analizar las prácticas clínicas de la ginecología y el modo en el que éstas se relacionan productivamente con los cuerpos con los tratan. A modo introductorio, podríamos decir que el ejercicio de esta especialidad se caracteriza por el abordaje de los procesos de salud y enfermedad vinculados al llamado aparato reproductor femenino. Sin embargo, como veremos, no es tan sencillo.

Uno de los supuestos principales de este capítulo es que las prácticas ginecológicas no consisten simplemente en el abordaje de procesos naturales, innatos o dados que afectan a, como se enuncia en numerosos documentos, “la mujer”. Por el contrario, sugiero que los procesos sexuales y reproductivos de las mujeres cis se moldean en una relación de permanente hibridación (Latour, 2001) con las prácticas ginecológicas (Mol, 2015). Lejos de ser ajeno a los cuerpos de las mujeres cis, el quehacer de la ginecología, el uso de objetos y sustancias como los espéculos, colposcopios y métodos anticonceptivos, regulan, dan forma y, en alguna medida, constituyen a estos cuerpos como tales. La ginecología se vincula con las mujeres cis a través de la regulación y control de sus capacidades gestantes modulándolas acorde a un ordenamiento teleológico ajustado a un modelo de familia heteronormado. Para llevar a cabo el análisis de esta relación voy a valerme de lo que entiendo por “condensaciones ginecológicas”, concepto que explicaré hacia el final de esta introducción.

El campo clínico de la ginecología es particularmente complejo. Está permeado y modulado de manera intensa por procesos heterogéneos de distinto tipo que se afectan entre sí, incluso a veces de manera contradictoria. A continuación, voy a enumerar y describir brevemente algunos de ellos:

En primer lugar, es posible señalar el funcionamiento de normas sexo genéricas (Butler, 2007; Haraway, 1995, 2004; Ortner, 2006; Preciado, 2014) las

cuales intervienen tanto en las definiciones, estrategias centrales y ejercicio clínico de la ginecología, así como en los procesos corporales de quienes asisten a sus consultorios regulándolos en términos cis heterosexuales (Brown, 2009; Brown, Pecheny, Gattoni y Tamburrino, 2013; Brown, Pecheny, Tamburrino y Gattoni, 2013; Brown et al., 2014; Edelman y Zimman, 2014; Freitas, 2008; Martin, 2006; Rohden, 2001, 2007, 2012; Tamburrino, Brown, Gattoni, y Pecheny, 2007; Serano, 2014). El modo en el que esta especialidad delimita sus objetivos generales es un buen ejemplo de los efectos de las regulaciones sexo genéricas: a diferencia de la urología y la sexología médica que se definen por el abordaje de dolencias o disfunciones que atañen a un aparato como el urinario y/o los mecanismos de la respuesta sexual, la ginecología lo hace identificando su quehacer con los procesos de salud y enfermedad de “la mujer”. Como veremos, esta definición conlleva la organización, homogeneización y el modelamiento de determinados tipos de procesos corporales y sus requerimientos médicos asociados en relación aquello que se supone que es “la mujer”. Al mismo tiempo, la producción axiomática de “la mujer” como portadora de una naturaleza gestante opera como matriz epistemológica y como frontera productiva que organiza, a la vez que resguarda, al campo clínico de la ginecología en términos cis y heterosexistas. La relación consustancial que se trama entre el quehacer de la ginecología y “la mujer” trae aparejadas dificultades estructurales, a veces puestas de manifiesto de modo violento, en el abordaje de los procesos de salud y enfermedad que atañen a hombres trans que tienen capacidad gestante, de mujeres trans que tienen vaginas, y de lesbianas cis que ejercen prácticas sexuales no reproductivas.

En segundo lugar, podemos mencionar a las normativas emanadas e implementadas por distintas dependencias estatales. A diferencia de la urología y más aún de la sexología médica en cuyos campos clínicos, quehaceres profesionales, e instancias de formación el Estado prácticamente no se entromete, la ginecología está sujeta a diversas políticas estatales orientadas a la regulación de procesos biopolíticos de gestión poblacional relacionados a los índices de natalidad, mortalidad materno-infantil, crecimiento poblacional etc., así como con los parámetros de desarrollo nacional. Estas políticas no sólo regulan la labor de médicos y médicas que se dedican a esta especialidad sino también la vida y los cuerpos de las mujeres cis, quienes son consideradas agentes sanitarios que actúan a nivel familiar. La mayor parte de esas políticas provienen del ex Ministerio de

Salud de la Nación, especialmente del Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable (en adelante PNSSyPR). Este Programa ha elaborado una serie de guías de prácticas clínicas, destinadas a equipos de salud, sobre temas centrales para el ejercicio ginecológico como la administración de métodos anticonceptivos, la atención de personas que han sufrido violencia sexual, así como la atención integral de personas trans. Estos materiales son difundidos por la extensa red de asociaciones profesionales en ginecología y obstetricia en tanto parte de los consensos clínicos de la especialidad.

El tercer proceso que quisiera señalar refiere a la conformación del campo de la salud sexual y reproductiva (en adelante SSyR) y su relación con el quehacer de la ginecología. Como su nombre lo indica, el campo de la SSyR supone la conjunción de una serie de procesos que atañen tanto a los procesos sexuales como a los reproductivos. Esta articulación trae aparejados una serie de efectos: por un lado, al vincular lo sexual con lo reproductivo refuerza la naturalización de supuestos cis y heterosexuales en lo que refiere a los cuerpos y al ejercicio de la sexualidad por parte de las mujeres. Por otro lado, modela a los procesos involucrados en la SSyR como eventos cotidianos y no complejos que tienen lugar en la vida de personas sanas, es decir, conlleva la producción de un campo clínico en el que pueden intervenir no sólo la ginecología, sino también otras especialidades médicas básicas como la medicina general, familiar o general, así como profesionales no médicos. Ejemplos de ello son el modo en el que se implementa un estudio llamado Papanicolaou (en adelante PAP), así como la indicación y administración de métodos anticonceptivos. El PNSSyPR, principal motor institucional de la SSyR, promueve el armado de equipos de salud interdisciplinarios que pongan en práctica estrategias clínicas en el marco del Primer Nivel de Atención o Atención Primaria. Como mostraré más adelante, eso supone que tanto el PAP y la administración de anticonceptivos dejen de ser potestad exclusiva de la ginecología para ubicarse en una encrucijada de campos clínicos, especialidades y competencias médicas en la cual se dirimen las características concretas de su implementación.

Una cuarta y última dimensión está dada por los objetos y sustancias biotecnológicas que forman parte de las interacciones en los consultorios ginecológicos, destacándose el rol de los métodos anticonceptivos. La legislación que da lugar al PNSSyPR establece que el Estado debe garantizar el acceso gratuito a los distintos métodos anticonceptivos y que éstos deben ponerse a disposición de las

usuarias reconociendo su autonomía. Para ello, los métodos anticonceptivos deben ponerse a disposición de quienes consultan en el marco de una consejería y no de una consulta médica ordinaria. La consejería, como veremos, es un dispositivo no indicativo que prioriza la difusión de información y la toma de decisiones por parte de quien consulta.

Resumiendo, que la ginecología se defina como especialidad médica dedicada al abordaje de “la salud de la mujer” supone una síntesis de la productividad de un entramado complejo de regulaciones sexo genéricas, políticas institucionales, prácticas médicas, cuerpos y objetos. Esta síntesis tiene dos caras. Una de ellas, está dada por sus términos afirmativos, es decir, por los modos en lo que se organiza la atención de las mujeres cis y sus efectos. La otra, supone todo aquello que no se considera ni se hace, aquello que se deja por fuera y/o se violenta. Me refiero particularmente a la atención de los procesos vinculados a la salud sexual y/o reproductiva de hombres trans, mujeres trans que tienen vagina y lesbianas cis.

El acceso de los hombres trans a los consultorios ginecológicos se ve ciertamente dificultado por los efectos del cissexismo que constituye y da forma a las definiciones y estrategias clínicas de esta especialidad (Edelman y Zimman, 2014; Hanssmann, 2016; Ortega, Morcillo, Tiseyra, y Galvez, 2017; Ortega, Tiseyra, Morcillo, y Galvez, 2018). Tal es así que las estrategias de abordaje de la salud ginecológica de hombres trans que he identificado en esta investigación suponen la reconfiguración cuando no la transformación del servicio de ginecología ya sea en los “consultorios amigables” o en un tipo de consultorio llamado “calidad de vida”.

En este capítulo no pretendo analizar exhaustivamente el campo de la ginecología en general sino ciertos entrecruzamientos en los que se acumulan, sedimentan y articulan de manera densa algunos de los elementos heterogéneos que he presentado. Me interesa detectar intersecciones densas en las que se tocan los diferentes tipos de procesos y elementos heterogéneos que conviven y dan forma al campo ginecológico. Me refiero, por ejemplo, a las regulaciones estatales, programas ministeriales, métodos anticonceptivos, ciclos menstruales, consultas periódicas de mujeres cis, la regulación de las residencias, las guías de prácticas clínicas, los espéculos, los controles en salud, las vaginas, úteros, ovarios, las hormonas, la salud sexual y reproductiva, las regulaciones cis heteronormativas, las salas de espera y los cuerpos, deseos y procesos de salud y enfermedad únicos de cada paciente, entre otros. Llamo a estos entrecruzamientos “condensaciones ginecológicas”.

Entiendo a las condensaciones ginecológicas como una herramienta analítica que me permite analizar de manera compleja los procesos heterogéneos, multidimensionales e incluso ambivalentes que se yuxtaponen y entrecruzan en la conformación y desenvolvimiento del campo de la ginecología. Resonando en los aportes de Deleuze y Guattari (2010), entiendo a las condensaciones ginecológicas como articulaciones específicas entre micro y macropolíticas, es decir, entre las políticas y regulaciones más sólidas o volátiles, de distinto calibre, alcance y funcionamiento que tienen lugar en la relación del campo ginecológico y los cuerpos con los que esta especialidad trata. Estas articulaciones producen gravitaciones prácticas y semióticas específicas no siempre caracterizadas por su coherencia sino, como veremos, también por su dispersión y/o inconsistencia.

A lo largo del capítulo voy a analizar cinco tipos de condensaciones ginecológicas, una por cada apartado. La primera consiste en los modos en los que se configura la ginecología y el campo de lo ginecológico con relación a las regulaciones estatales que, por un lado, orientan el perfil profesional hacia el “cuidado integral de la mujer” y, por otro, organizan el campo de la salud sexual y reproductiva. La segunda, refiere al modo en el que las mujeres cis se convierten en pacientes ginecológicas y a la producción, a través de distintos hitos clínicos, de sus trayectorias vitales en términos de “ciclos” organizados por su capacidad reproductiva. La tercera condensación consiste en la impronta preventiva del quehacer ginecológico, de aquello que se sedimenta y da lugar a la recurrencia del llamado control en salud de las mujeres cis. La cuarta, en el modo en el que la ginecología hace o no de la sexualidad de quienes consultan un evento clínico. La quinta y última condensación refiere a la relación de las prácticas de esta especialidad con la atención de la salud ginecológica de hombres trans.

En tanto herramienta analítica, las condensaciones me permiten indagar en el desenvolvimiento intenso y regular de la relación de la ginecología con las vidas y los cuerpos de las mujeres cis sin perder de vista tanto los elementos aleatorios también presentes en esta vinculación, así como la productividad cis y heterosexista de sus fronteras. A continuación, doy comienzo al análisis de la primera condensación.

## **1. La ginecología y lo ginecológico. El estado, la “salud integral de la mujer” y la salud sexual y reproductiva**

El quehacer de la ginecología, así como los procesos que atañen a la salud de las mujeres cis conforman dos campos intensamente regulados por diversas estrategias e instancias estatales. En la investigación que da lugar a esta tesis he dado con una gran cantidad de documentos que estipulan modos concretos en los que dependencias estatales, enmarcadas principalmente dentro del ex Ministerio de Salud de la Nación, definen problemas de salud, su relevancia, estrategias de abordaje, etc. y su relación con la ginecología. Algunos ejemplos son las normativas, guías y protocolos dirigidos a ginecólogos y ginecólogas, entre otros miembros de equipos de salud, emitidos por el Área de Ginecología y Obstetricia de la Dirección Nacional de Maternidad e Infancia, el Programa Nacional de Prevención del Cáncer Cervicouterino, la Dirección de Sida y ETS, el ya mencionado Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable. Estos documentos forman parte de los consensos clínicos que difunden buena parte de las numerosas sociedades en las que se organizan los y las profesionales en ginecología y obstetrica, como la Federación Argentina de Sociedades en Ginecología y Obstetricia (FASGO), Sociedad de Obstetricia y Ginecología de Buenos Aires (SOGIBA) y Sociedad de Obstetrica y Ginecología de la Provincia de Buenos Aires (SOGBA), entre otras.

El objetivo específico de este apartado es analizar los modos en los que se condensan algunas de las políticas que intervienen en la formación profesional de médicos y médicas en tocoginecología y aquellas que se relacionan con el campo de la salud sexual y reproductiva, así como sus efectos en el campo ginecológico y en su relación con las mujeres cis.

### **La formación en tocoginecología**

En el 2010, bajo la órbita del ex Ministerio de Salud de la Nación, se impulsó la regulación del sistema de residencias afectando a la formación de algunas especialidades clínicas consideradas prioritarias por Consejo Federeal de Salud<sup>20</sup>, entre las que se encuentra la tocoginecología. El documento *Marco de Referencia para la Formación en Residencias Médicas. Especialidad Tocoginecología* (en adelante

---

<sup>20</sup> Para más información sobre la regulación de residencias puede consultarse la siguiente página web: <http://www.msal.gob.ar/residencias/index.php/la-acreditacion/documentos-marco-de-referencia-de-especialidades> [Último acceso 17/02/19].

documento *Marco*) es resultado de ese proceso. Este documento se convirtió en la base a partir de la que los ministerios de salud de la Provincia y la Ciudad de Buenos Aires elaboraron sendos programas de *Residencia en Tocoginecología* con el objetivo de dar forma al proceso de formación en esos distritos.

De las tres especialidades que analizo en esta tesis, sólo la formación en tocoginecología está regulada por las carteras de salud nacional, provincial y de la Ciudad de Buenos Aires. El documento *Marco* de Nación, así como los programas de la Ciudad y de la Provincia de Buenos Aires ofrecen definiciones respecto del perfil profesional, de los contenidos específicos y de la planificación general de las residencias. Los tres documentos coinciden en que la formación debe ser en tocoginecología, es decir, en ginecología y en obstetricia, y no en ginecología a secas. Esta insistencia, como veremos, se relaciona con un modo particular de concebir y delinear el campo clínico de la especialidad que ubica a “la mujer” y a sus capacidades reproductivas en el centro. A continuación, cito un pasaje perteneciente al documento *Marco* elaborado por el ex Ministerio de Salud de la Nación anteriormente mencionado:

#### Justificación del perfil

Los hombres y las mujeres son afectados de forma diferencial por las políticas económicas, sociales, educativas y de salud. Las mujeres (...) son las que menos capital social, humano y cultural acumulan a lo largo de su vida, y de quienes depende la supervivencia, sanidad y desarrollo de las futuras generaciones. Se requiere de compromiso ideológico con el enfoque de género para implementar políticas que tiendan a subsanar las inequidades históricamente instaladas en nuestra sociedad y que son las que determinan las vulnerabilidades y riesgos para la salud de las mujeres.

En el año 2000 los líderes de Naciones Unidas suscribieron un compromiso para la reducción en el mundo de la pobreza, del hambre, el analfabetismo y la degradación del medioambiente, conocido como los Objetivos del Milenio. De los ocho objetivos acordados, tres están directamente relacionados con las tareas que desarrollarán los futuros tocoginecólogos:

- Promover la igualdad de género y el empoderamiento de las mujeres.
- Reducir la mortalidad infantil y neonatal.
- Mejorar la salud materna con acceso universal a la salud sexual y reproductiva (M10. MSN, Residencias tocoginecología, 2010).

Estas definiciones manifiestan la relevancia que ciertos aspectos relacionados a las mujeres cis tienen para el Estado y, de modo puntual, la importancia de la tocoginecología como brazo operativo en la promoción de la igualdad de género, la reducción de la mortalidad infantil y neonatal, así como en el mejoramiento de la llamada salud materna.

Estas consideraciones se fundamentan en una serie de supuestos ambivalentes sobre las vidas y la salud de las mujeres cis: por un lado, las identifica como cuidadoras (Costa, Stotz, Grynszpan, y Souza, 2006; Martin, 2006; Vieira, 2002), es decir, como responsables de su propia atención, así como del cuidado de “futuras generaciones”. Esta afirmación condensa la idea de que las mujeres cis, en tanto agentes sanitarios, son responsables de su salud y de las de su familia. Por otro lado, las identifica como parte de un grupo afectado por una desigualdad estructural, vulnerable y en riesgo (Schwarz, 2010). Las consideraciones ministeriales citadas presentan a las mujeres cis como cuidadoras-vulnerables lo que, a su vez, conforma una razón doble para que el Estado, a través de la tocoginecología, las cuide y controle. A continuación, cito fragmentos de los programas de residencias de los ministerios de salud:

En la formación del residente en tocoginecología se debe lograr el egreso de un profesional capacitado para la atención integral, básica y primaria de la mujer en todas sus etapas evolutivas, con énfasis en la detección precoz, seguimiento y tratamiento de enfermedades prevalentes (...) y de la mortalidad materna de causa directa (...) (M10. MSN, Residencias tocoginecología, 2010).

El toco-ginecólogo es un médico capacitado para abordar con eficiencia, ética y responsabilidad el cuidado de la salud de la mujer. El rol social que ocupa actualmente lo posiciona como un especialista de referencia de las mujeres en las sucesivas etapas de su ciclo vital. Su desempeño contempla el abordaje de trastornos ginecológicos y obstétricos de diferentes niveles de complejidad, tanto clínicos como quirúrgicos, las acciones de promoción y prevención de la salud, la intervención en aspectos vinculados a la sexualidad femenina, el cuidado de la salud durante el embarazo, parto, puerperio, la salud sexual y reproductiva (M8. Ministerio de Salud Prov. Bs As., s. f.).

[La tocoginecología] requiere un enfoque integral en la atención de la salud de la mujer, implementando acciones de baja, mediana y alta complejidad en el cuidado de la salud, más allá de su función reproductiva, tales como: educación para la salud, prevención y tratamiento del cáncer génito-mamario, enfermedades cardiovasculares, trastornos de nutrición, salud sexual y reproductiva, enfermedades de transmisión sexual y control prenatal, entre otros (M7. Ministerio de Salud CABA, 2012).

Las diferentes instancias ministeriales definen a la tocoginecología como disciplina que se especializa en la salud integral de la mujer, es decir, no sólo en lo que hace a su “función reproductiva” sino también a la promoción de su salud en general. Al definirlo de esta manera, el Estado lleva a cabo una operación de homogeneización, estabilización y, como veremos, de reducción respecto de la vida de las mujeres a las que refiere. Pues, al asumir a “la mujer” como una ontología apriorística y generalizable no solo constriñe la existencia de corporalidades,

deseos, estilos de vida, procesos de salud y enfermedad disímiles que conviven bajo esa identidad de género. También produce y refuerza parámetros corporales e identitarios normativos que regulan lo que se define y reconoce como mujer (Brah, 2004; Butler, 2007; de Lauretis, 1989).

La tocoginecología conforma lo que Rohden (2001) entiende como “ciencia de la diferencia”, que a mi entender, puede comprenderse como ciencia de la diferencia cissexual. En contraste con la urología y la sexología médica que, como veremos, se dedican al abordaje de un campo clínico definido por las patologías que atañen al sistema urinario y por las disfunciones sexuales respectivamente, el campo de la tocoginecología consiste “en la salud de la mujer”, es decir, en procesos que afectan a la salud de personas englobadas en una identidad de género abstracta que presupone patrones corporales y sexuales comunes. Esa definición no sólo configura como radicalmente distintos a los procesos de salud y enfermedad que afectan a mujeres y hombres cis, sino que además excluye de su campo a la salud tocoginecológica de hombres trans, inclusive a aquellos que conservan sus úteros y ovarios y que manifiestan voluntad gestante, así como a las mujeres trans que tienen vaginas. Como analizaré a lo largo del capítulo, no es la capacidad de gestar o la presencia o ausencia de vaginas, úteros, ovarios y/u óvulos en sí donde se ancla aquello que forma, o no, parte del campo de la tocoginecología. La producción de esa diferencia sexual, binaria y cisexista no se debe a diferencias corporales en abstracto sino al efecto de intensas regulaciones impulsadas por políticas estatales, por la medicina, en general, y por la tocoginecología, en particular.

Ahora me pregunto, ¿cuáles y cómo son las estrategias y herramientas clínicas que le permiten a esta especialidad llevar a cabo el abordaje de un campo clínico definido como “la salud integral de la mujer”? A continuación, cito las competencias clínicas que, según los documentos ministeriales señalados, un médico o médica tocoginecólogo debe aprehender durante su formación:

**Competencia general [del médico o médica tocoginecólogo]:**

Atender a la mujer en las distintas etapas de su vida en los aspectos generales, reproductivos y ginecológicos con una visión integral con perspectiva de género y derechos.

**Actividades profesionales y criterios de realización:**

- 1). Realizar el acompañamiento de la mujer enfatizando la prevención y la promoción de la salud, contemplando la influencia del entorno familiar y social respetando la diversidad cultural en el proceso de salud sexual y reproductiva.
- 2). Realizar anamnesis: Se tienen en cuenta el contexto socioambiental, económico y cultural. Se indaga sobre todos los aspectos que directa o indirectamente se vinculan con los procesos de salud enfermedad:

Antecedentes personales, antecedentes familiares, hábitos, sexualidad, patologías prevalentes por grupo etario, entre otros. (...). 3). Realizar Examen Clínico: Se realiza examen clínico general. Se realiza el examen genitomamario. Se aplican estándares de diagnóstico según examen clínico y patologías prevalentes por grupo etario, sostenido en la evidencia científica. Se tienen en cuenta los criterios para la indicación y realización adecuados para la toma de PAP y realización de colposcopia. Se tienen en cuenta los criterios para la indicación de mamografía/ecografía (...). 4). Conformar diagnóstico: Se interpretan los estudios solicitados. Se evalúa la necesidad de nuevos estudios. Se explica a la paciente en forma clara y precisa el resultado de sus estudios. Se promueve la consulta con otro especialista según corresponda. 5). Recomendar y/o tratar: Se pautan controles de salud conjunto con la paciente y acorde a estándares de seguimiento. Se promueven acciones de educación para la salud teniendo en cuenta condición sociocultural. Se indican inmunizaciones según edad y calendario de vacunación. Se recomienda tratamiento médico o quirúrgico acorde al diagnóstico conformado, según evidencia científica disponible y uso racional de medicamentos; adecuado a nivel de complejidad y posibilidad de derivación. Se trabaja en el marco del Equipo de Salud. Se coordinan y pautan procedimientos y/o intervenciones quirúrgicas a seguir, entre la mujer y el equipo de salud. Se evalúa la efectividad del o de los tratamientos instaurados. (...). (M10. MSN, Residencias tocoginecología, 2010).

#### Competencias:

1)- Desarrollar actividades de prevención y promoción de la salud de la mujer en todas las etapas del ciclo vital. 2)- Identificar e intervenir frente a los factores de riesgo poblacionales que puedan afectar la salud de la mujer. 3)- Asistir a las pacientes teniendo en cuenta la singularidad del sujeto en el marco del equipo interdisciplinario de salud [...]. 4)-Intervenir en la atención de las problemáticas de salud de las mujeres teniendo en cuenta la especificidad de cada etapa del ciclo vital (considerando aspectos biológicos, psicológicos y sociales). 5)- Elaborar diagnóstico y tratamiento de enfermedades ginecológicas y obstétricas y, en caso de ser necesario, efectuar derivación oportuna. 6)- Indicar y /o realizar estudios complementarios e interpretar resultados. 7)- Realizar cirugías tocoginecológicas, resolver eventuales complicaciones y cuidados postoperatorios. 8)- Realizar cirugías mamarias, resolver eventuales complicaciones y cuidados postoperatorios. 9)-Solicitar y resolver interconsultas. 10)- Comprender el acto de la consulta médica como un proceso continuo, que incluye aspectos de prevención de la salud y atención de la enfermedad. 11)- Desarrollar conocimientos preventivos de la patología general. 12)- Desarrollar actividades de investigación (M8. Ministerio de Salud Prov. Bs As., s. f.).

Entre las habilidades clínicas de las que un tocoginecólogo o tocoginecóloga debe ser capaz, se señala la de integrar equipos de salud que promuevan la articulación interdisciplinaria. Esto supone la formación de un tipo de médico o médica que se desenvuelva fluidamente en sus quehaceres adentro de los consultorios, pero que también sea capaz de trabajar de manera complementaria con otros y otras profesionales por afuera de las paredes de los consultorios tocoginecológicos. Voy a retomar este aspecto más adelante. Asimismo, estos profesionales deben adquirir competencias que les permitan abordar a cada consulta en su singularidad y como una etapa de un proceso vital continuo. El

abordaje clínico de cada paciente debe llevarse a cabo de manera contextualizada y conectada con su entorno. La atención tocoginecológica consiste en una exploración clínica amplia que debe considerar aspectos culturales y familiares y vincular a los procesos de salud y enfermedad que aborda con los contextos en los que éstos tienen lugar. La habilidad de médicos y médicas para desempeñar este tipo de exploración clínica convive con habilidades que les permiten llevar a cabo un examen físico y ginecológico general, estipular diagnósticos, indicar tratamientos, realizar algunos tipos de cirugías, llevar a cabo seguimientos y promover aspectos preventivos, entre otros. Estas competencias amplias y específicas no son ajenas a los supuestos que identifican a las mujeres cis como cuidadoras-vulnerables, por el contrario, la amplitud de su campo de acción se relaciona con el nivel de cuidado que supuestamente requiere la salud de las mujeres cis.

Recuperando conceptos elaborados por Latour (2001), propongo pensar el ejercicio de la tocoginecología como una gimnasia de ampliación y reducción continua. La ampliación es resultado de una cadena de prácticas tocoginecológicas que tienen efectos semióticos y materiales. Esta cadena de prácticas vincula de manera casi lineal aspectos corporales relacionados a la capacidad gestante con el ser “mujer”, la maternidad y el cuidado. Es decir, articula de manera naturalizada tener un cuerpo con útero, ovarios, vagina con las características que la conforman a las mujeres cis como sujeto cuidador-vulnerable, con el rol materno y la responsabilidad frente al cuidado de la salud propia y familiar, como si todo eso fuera de suyo.

Simultáneamente, opera un proceso de reducción resultado de la concatenación de prácticas tocoginecológicas y de sus efectos en un sentido inverso. Éstos modulan la diversidad y la pluralidad de cuerpos y procesos de salud y enfermedad que afectan a las mujeres cis contrayéndolos y homogeneizándolos entorno a la noción de “la mujer” desembarcando, finalmente, en la identificación cisexista entre “mujer” y ciertos órganos reproductivos. Para analizar el funcionamiento de estos encadenamientos de prácticas y sus efectos en el campo tocoginecológico cito a continuación un fragmento de una entrevista realizada a un médico o médica:

La ginecología se dedica a la atención de las cuestiones particulares de la mujer. Es decir, todas esas cosas que nos distinguen de un control de un hombre. En general, la atención ginecológica remite a la parte de útero, ovario, vagina, más la parte de mamas, o sea, todo lo que es característico de los cuerpos

de las mujeres queda destinado a la ginecología. Y lo que refiere al ciclo reproductivo, al embarazo, parto, post parto, o sea, la reproducción, la maternidad, sería más obstetricia. Todos los cambios que se van produciendo desde que la mujer nace hasta que fallece en todas las etapas de su vida y los pasos que tienen que ver con esas especificidades del cuerpo y esos eventos que te mencionaba, bueno, eso, sería campo de la tocoginecología. O sea, todo lo que hace la ginecología sumado a lo que hace la obstetricia (M41. Entrevista a médico/a n° 3 - ginecólogo/a).

El abordaje del campo tocoginecológico no se agota en los procesos de salud generales y heterogéneos que afectan a las mujeres cis, ni en lo genitomamario en sí, sino en la relación consustancial y productiva que tiene lugar en la relación entre ambos términos. O sea, no se trata de las funciones de úteros u ovarios en sí. Se trata, por el contrario, de las funciones de úteros u ovarios modulados de cierta manera por el entramado de regulaciones que hacen de esas corporalidades cuerpos de mujer<sup>21</sup>.

En el abordaje tocoginecológico, aquellos procesos contextuales, sociales y económicos que afectan de manera general a las mujeres y a sus familias son permeados por ciclos menstruales, procesos conceptivos, decisiones anticonceptivas, mamas, etc. La tocoginecología los espeja dándoles forma a unos como a otros. Como veremos a lo largo del capítulo, la planificación familiar, la anticoncepción, el control regular sobre el ciclo menstrual son algunos de los eventos clínicos en los que esa producción se pone de manifiesto. Para dar profundidad al análisis de las implicancias clínicas y prácticas que conlleva la articulación del campo ginecológico como tocoginecológico, cito a continuación fragmentos de entrevistas realizadas a médicos y médicas:

El tocoginecólogo tiene una concepción más global, tiene la posibilidad de atender a la paciente a lo largo de la vida, es decir, en todas las etapas, incluso cuando queda embarazada. Como atención, conceptualmente, es mejor, es más integral. Sino se da el caso que el ginecólogo cuando la paciente se embaraza tenga que derivarla y volverla a recibir después de que resolvió el tema del parto. Ahora en la práctica, muchos dejamos de hacer obstetricia porque es mucho ajeteo (M42. Entrevista a médico/a n°4 - ginecólogo/a).

---

<sup>21</sup> Quisiera dar dos ejemplos institucionales del modo en el que “la mujer” opera como síntesis de lo que se supone es el campo de la tocoginecología. El primero corresponde a una materia de la Carrera de Medicina de la Universidad Nacional de La Matanza llamada “Salud integral de la mujer”. El otro refiere al “Centro de la Mujer” del Hospital Italiano de Buenos Aires, edificio en el que tienen lugar los servicios de Ginecología y Obstetricia. Para más información puede consultarse: <https://salud.unlam.edu.ar/index.php?seccion=3yidArticulo=14> y <https://www1.hospitalitaliano.org.ar/#!/home/obstetricia/seccion/25507> [Último acceso: 23/3/2019].

Hace un año atrás decidí dejar la obstetricia. Desde fin de año no voy a hacer más partos, y voy a seguir sólo con gineco. La obstetricia es muy desgastante, en el sentido que es muy estresante y estar corriendo, a cualquier hora, fines de semana, a la noche, a la madrugada, el tema de la inseguridad también, de salir a cualquier hora. Bueno, todo eso pesa. Creo que es una especialidad para hacerlo una época, digamos, yo ya la cumplí (M39. Entrevista a médico/a nº1 - ginecólogo/a).

Después que me recibí me dediqué a la ginecología general y a la obtetricia pero no mucho tiempo, después empecé a dejar de hacer los partos. Me pasó que en varias oportunidades me emocionaba y me daban nervios. Me pasaban cosas haciendo partos. Y eso me limitaba la posibilidad de dissociar y de tener capacidad operativa. Eso es algo que admiro del trabajo del cirujano y también de los obstetras, del que hace la cosa técnica, lo admiro, porque tenés que dissociarte un poco de vos. Sino no podes hacerlo. La verdad que lo experimenté en carne propia y dije, “no, esto no es para mí” así que ahí dejé de hacer partos y empecé a dedicarme sólo a la ginecología (M51. Entrevista a médico/a nº14 - sexólogo/a y ginecóloga/o).

La formación en tocoginecología supone la correspondencia entre un campo clínico más o menos homogéneo, previsible, que se desenvuelve en etapas. Supone también la formación de médicos y médicas capaces de dar cuenta y abordar este campo en su globalidad. En efecto, “la atención de la mujer en sus diferentes ciclos vitales” opera como un modelo con efectos normativos tanto para el quehacer de los y las profesionales, así como para la conformación de un campo clínico que se estructura alrededor de lo reproductivo. En el ejercicio del quehacer médico emergen resistencias, es decir, distintas reacciones, a veces afectivas (estrés, miedo, “incapacidad de disociarse”), otras veces prácticas (“cansancio de salir a cualquier hora a atender partos”) que no se adecuan al campo definido por la tocoginecología, introduciendo discontinuidades en una práctica que se supone homogénea y regular. No son pocos los y las profesionales que en algún momento de sus carreras optan por dejar de lado la atención de embarazos y partos. Éstos conforman eventos clínicos intensos y desgastantes, cuyo abordaje es sumamente diferente al de las demandas clínicas que tienen lugar en los consultorios ginecológicos caracterizados por la regularidad de sus prácticas, principalmente preventivas. Volveré sobre este asunto más adelante.

El abordaje de la salud integral de las mujeres cis también se ve discontinuado, reducido o interrumpido por aquello que los médicos y médicas hacen y no hacen en los consultorios. Cito a continuación fragmentos de entrevistas en las que se ponen de manifiesto algunas limitaciones prácticas en relación con el abordaje clínico de lo que se ha definido como campo tocoginecológico:

Mirá, si tenemos que confiar en las historias clínicas que hacemos nosotros, nadie cuenta nada de nada y nadie habla de nada que no sean métodos anticonceptivos y el PAP. Yo creo que se debe principalmente al factor tiempo. En el Hospital siempre decimos: “no puede ser que nosotros no tengamos adictas, que no tengamos...” no sé, consultas en las que salgan los otros problemas de salud de las mujeres. ¿Dónde están? Para mí que no sabemos preguntar (M40. Entrevista a médico/a n<sup>o</sup>2 - ginecólogo/a y sexólogo/a).

ENTREVISTADORA: Y cuando vos notas que hay un tema que es relevante para la consulta, pero que a la paciente le cuesta sacarlo, ¿qué estrategias te das como para que el tema salga?

MÉDICA/O: A ver, yo trato de dar un trato amable, de preguntar si hay dudas, sobre todo, por ejemplo, cuando inician relaciones, “¿alguna duda de esto o de lo otro?”, “¿hay algo que quieras preguntar respecto de tu sexualidad?”, “¿alguna duda o alguna pregunta?” “¿Ha pasado algo últimamente que te llame la atención?” Pero bueno, me pasa a mí, como les pasa a muchos médicos, después que preguntas tenés que escuchar... Y la consulta dura 15 minutos. Y bueno, si sale algún tema que la angustia y vos preguntás, después tenés que hacerte cargo de todo eso. Entonces, en general, se pregunta por cuestiones concretas a las que podemos dar respuestas. Si viniste para el control de mamás, mejor no nos metamos con otro tema y resolvamos ese, porque si te ponés a abrir otro capítulo te va a llevar tiempo, que te vas a tener que poner dar respuestas que quizás no tenés, quizás a hacer interconsultas. Es lo que correspondería, pero generalmente no se hace. (M41. Entrevista a médico/a n<sup>o</sup>3 - ginecólogo/a).

Algunas de las dimensiones que afectan el abordaje de la salud integral de las mujeres cis tienen que ver con aquellos aspectos que son más difíciles de exponer por parte de quienes consultan y también de escuchar y explorar por parte de los médicos y médicas que atienden. Allí se ponen en juego dificultades de índole subjetiva, así como la mayor o menor habilidad para explicitar y abordar aspectos relacionados con la vida íntima, emocional y psíquica de quienes consultan. Se entrecruzan aspectos morales, el rol pedagógico que muchas veces médicos y médicas ejercen, así como las limitaciones que suelen presentar las estrategias clínicas a la hora de abordar procesos de salud de manera integral.

Otras de las dimensiones que se ponen en juego se relacionan con los límites prácticos en relación con lo que médicos y médicas priorizan en un contexto institucional que limita algunos aspectos de sus quehaceres. Parte de lo que los ginecólogos y ginecólogas hacen o dejan de hacer se relaciona a posibilidades clínicas de dar una respuesta, de ofrecer una alternativa o un tratamiento. Esa posibilidad se configura casi como un mandato a la hora de regular el abordaje clínico. Además, intervienen factores institucionales como “el factor tiempo”, el cual generalmente limita un abordaje tendiente a lo integral.

El abordaje de la salud integral de las mujeres cis se configura como un ideal regulatorio que muchas veces ubica al desempeño ginecológico en el lugar del déficit. Por diferentes razones, el abordaje de los aspectos generales de las vidas, cuerpos, dolencias o malestares que atañen a las mujeres cis se escapa a las posibilidades que abre el ejercicio ginecológico en un consultorio médico. Posiblemente la articulación de esta especialidad en equipos con profesionales de distintas especialidades abra posibilidades a un abordaje más amplio e integral. Voy a retomar esta discusión en el apartado que sigue, con relación al abordaje médico de la salud sexual y reproductiva.

### **Las políticas en salud sexual y reproductiva**

En Argentina, la salud sexual y reproductiva (SSyR) conforma un campo social, político y biotecnológico, amplio y complejo. El mismo se enmarca los llamados derechos sexuales y reproductivos (Pecheny, 2014; Petracci y Pecheny, 2010). En Argentina contamos con un denso marco regulatorio compuesto por normativas como la ley de los Derechos de la mujer en relación con el embarazo y parto, la ley de Anticoncepción quirúrgica, la ley de Educación Sexual Integral, la ley de Protección integral para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra las mujeres, la ley de Fertilización asistida, la ley de Parto humanizado, la ley de creación del Programa Nacional De Salud Sexual y Procreación Responsable, entre otras (M173. MSN, DDSSyRR, 2012). Estas regulaciones definen algunas de características generales de la puesta en práctica de los derechos sexuales y reproductivos (Pecheny y Petracci, 2006).

El conjunto de las políticas que regulan el campo de la SSyR por parte del Estado conlleva cierta forma de concebir aspectos relacionados con la orientación sexual y la identidad de género, con la posibilidad de las personas de tomar la decisión sobre reproducirse o no, con la accesibilidad respecto a métodos anticonceptivos, con el derecho a ejercer una vida sexual libre de violencia y discriminación. También supone ciertas metodologías para llevar adelante su implementación. Ambos aspectos, definición e implementación, permean tanto en las prácticas ginecológicas como en los procesos que llevan a las mujeres cis a la consulta con esta especialidad. Ambos aspectos se entrelazan entre sí configurando otro aspecto de las condensaciones ginecológicas, de las zonas densas del campo clínico de esta especialidad que voy a analizar. Para ello voy a focalizarme en algunas

de las regulaciones provenientes del Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable (PNSSyPR). A continuación, cito un fragmento de ley que da lugar a la creación de este programa:

Que la ORGANIZACION MUNDIAL DE LA SALUD (OMS) define el derecho a la planificación familiar como "un modo de pensar y vivir adoptado voluntariamente por individuos y parejas, que se basa en conocimientos, actitudes y decisiones tomadas con sentido de responsabilidad, con el objeto de promover la salud y el bienestar de la familia y contribuir así en forma eficaz al desarrollo del país." Que lo expuesto precedentemente implica el derecho de todas las personas a tener fácil acceso a la información, educación y servicios vinculados a su salud y comportamiento reproductivo. Que la salud reproductiva es un estado general de bienestar físico, mental y social, y no de mera ausencia de enfermedades o dolencias, en todos los aspectos relacionados con el sistema reproductivo, sus funciones y procesos. [...]. Que en consecuencia, es necesario ofrecer a toda la población el acceso a: la información y consejería en materia de sexualidad y el uso de métodos anticonceptivos, la prevención, diagnóstico y tratamiento de las infecciones de transmisión sexual incluyendo el HIV/SIDA y patología genital y mamaria; así como también la prevención del aborto (M173. Programa SSyPR, 2003. Destacadas en el original).

A través de este fragmento podemos conocer el relacionamiento que el Estado promueve entre lo que define como SSyR y la planificación familiar como derecho. Esa vinculación delimita marcos que orientan a las políticas en salud, específicamente sexual y reproductiva, hacia el horizonte de la familia como núcleo del desarrollo del país.

La conformación del campo de la salud sexual y reproductiva cristaliza la vinculación naturalizada entre lo sexual y lo reproductivo (Brown, 2009), vinculación que, a su vez, universaliza supuestos cis heterosexuales relegando a lo no-cis-heterosexual al orden de lo excepcional. Esa operación conforma el piso a partir del cual se configura la salud sexual y reproductiva como campo específico, con ramificaciones políticas, institucionales y clínicas.

La implementación de políticas ligadas a lo sexual y reproductivo configuran un paquete de medidas sanitarias que deberían garantizar el acceso a las mujeres cis a información como a recursos concretos relacionados con este campo. Pero eso no es su único efecto. Además, las vincula más intensamente al sistema de salud, en general, a la ginecología, en particular, y, específicamente, a las múltiples tareas relacionadas a la salud reproductiva. Una de las políticas centrales que promueve el PNSSyPR se relaciona con la anticoncepción, asunto protagónico en el quehacer ginecológico. El Estado debe garantizar el acceso a la información así como a los

métodos disponibles tanto a hombres como a mujeres cis. Sin embargo, como veremos a lo largo de la tesis, los modos en que la medicina, particularmente la ginecología y la urología, ponen en práctica esta política, supone la responsabilización casi exclusiva de las mujeres cis respecto de la anticoncepción.

A continuación, cito un fragmento de la guía *Métodos anticonceptivos - Guía para profesionales de la salud* elaborada por el PNSSyPR en conjunto con la Asociación Médica Argentina de Anticoncepción. A través de este fragmento podremos analizar algunos aspectos prácticos relacionados al abordaje de la salud sexual y reproductiva:

### **El por qué de la consejería**

El abordaje de la salud sexual y reproductiva sitúa al equipo de salud frente a personas que en la mayoría de los casos no acuden por una enfermedad, sino que están sanas y necesitan *tomar decisiones* sobre un aspecto íntimo, delicado y complejo de la propia vida: la sexualidad.

### **¿Qué es la consejería en salud sexual y reproductiva?**

La consejería es un dispositivo de atención que implica el asesoramiento personalizado, realizado por personal capacitado, con el objetivo de acompañar a las personas en la toma de decisiones autónomas sobre su salud sexual y reproductiva. Se implementa con una *modalidad de trabajo no indicativa*, a través de la construcción de un vínculo de confianza y de comunicación que facilite la circulación de información entre el equipo de salud y la/el usuaria/o, en un ambiente de privacidad y con garantía de confidencialidad. La **información** que se incluye en los espacios de consejería refiere, entre otros temas, a: Métodos anticonceptivos (MAC). Sexualidad (disfrute de las relaciones, incomodidades, etc.). Prácticas de cuidado y prevención de Infecciones de Transmisión Sexual (ITS), incluido el VIH/Sida. Detección, asistencia y acompañamiento en situaciones de abuso y violencia sexual (M139. AMADA y PNSSyPR, 2014. Destacados en el original).

Las consejerías se presentan como una alternativa metodológica específica relacionada a las particularidades de las consultas por temas asociados a la salud sexual y reproductiva. Una de esas particularidades es que la o las personas que consultan no lo hacen por cursar una enfermedad. Por el contrario, acuden por asuntos que competen a su salud. La dinámica de la consejería trastoca algunas de las características típicas de la relación médico-paciente. No se trata de un o una profesional que examina, diagnostica, indica y trata y de un o una paciente que consulta y recibe indicaciones. La consejería supone un espacio informativo que promueve la construcción de un vínculo de confianza que favorezca la emergencia de dudas, situaciones y decisiones que involucran aspectos ligados a la sexualidad.

Buena parte de los quehaceres en los consultorios ginecológicos se relacionan con consultas de personas que no llegan allí motivadas por algún síntoma o malestar

asociado a una enfermedad sino en busca de realizarse los llamados controles en salud. En ese tipo de consultas suelen abordarse asuntos relacionados al uso de anticonceptivos y, principalmente, a la realización al PAP (más adelante retomaré el análisis de las prácticas ginecológicas relacionadas a ambas cuestiones). Como veremos a partir del análisis de las entrevistas que cito a continuación, sin ajustarse de manera cabal a las consejerías, la práctica en los consultorios ginecológicos se permea de manera irregular por algunas de sus dinámicas:

La consulta de las adolescentes que no han iniciado relaciones es muy importante porque ahí uno aprovecha para hacer consejería. O sea, las consultas con ellas son de consejería, más que nada. Hacemos un examen clínico, en el que se puede pedir una ecografía de control, porque salvo excepciones no se hace el examen ginecológico. Pero es importante ver la anatomía del aparato genital tempranamente, para detectar problemas que pueden ocurrir, y para eso la ecografía sirve. No es un tratamiento cruento, para nada. De todos modos, sólo se las hago si quieren, siempre con el permiso de ellas (M51. Entrevista a médico/a n°14 - sexólogo/a y ginecóloga/o).

En el Hospital, especialmente en la sección de adolescencia trabajamos la temática de educación sexual lo más posible. Hacemos consejerías, también hacemos talleres en la sala de espera principalmente respecto al tema de la anticoncepción. El tema de abuso es otra de las cosas que toca de cerca al equipo porque al ser infanto-juvenil es un centro de derivación para atención de violencia y abuso. Sobre este tema también intentamos hacer consejerías, educar (M40. Entrevista a médico/a n°2 - ginecólogo/a y sexólogo/a).

La metodología de las consejerías, así como la conformación de equipos de salud suelen configurarse como uno de los tantos recursos con los que cuenta el quehacer ginecológico, principalmente asociado al abordaje de consultas de mujeres cis adolescentes. Ginecólogos y ginecólogas toman estas herramientas y las mixturán en relación con otros tipos de prácticas clínicas como la realización de entrevistas o anamnesis y talleres, la indicación de estudios y a veces inclusive la realización de la exploración física. El énfasis en lo educativo articulado con algunos aspectos de las consejerías impulsa a algunos ginecólogos y ginecólogas a establecer alianzas interdisciplinarias y a ejercer la medicina en espacios que no son sus consultorios como, por ejemplo, las salas de espera.

La articulación de la ginecología en equipos de salud más amplios puede ser una alternativa clínica implementada a partir de la iniciativa un grupo. Pero también se conforma como un requerimiento fundamental para poder llevar a cabo el abordaje de otros tipos de demandas englobadas en lo sexual y reproductivo. Me refiero, por ejemplo, al abordaje de víctimas de violaciones sexuales. A continuación,

cito un fragmento del *Protocolo* elaborado por el PNSSyPR para la atención de estos casos y un fragmento de una entrevista realizada a un médico o médica:

### **Organización del servicio de salud**

El presente Protocolo de atención integral de personas víctimas de violaciones sexuales puede ser aplicado por los/las profesionales de los distintos servicios. Para su mejor implementación es aconsejable disponer la siguiente organización del servicio de salud: 1-Consolidar un equipo interdisciplinario, o designar referentes en las distintas especialidades involucradas. 2-Garantizar atención las 24 horas. La experiencia indica que el servicio que puede garantizarlo es el de Tocoginecología. 3-Disponer del kit de medicamentos (anticoncepción, profilaxis de VIH e ITS y vacunas). 4- Crear las condiciones para que el relato del hecho sea realizado solamente una vez, al profesional capacitado para la intervención. 5- Derivación intra o extra hospitalaria personalizada. 6-Informar a todo el personal del hospital –médico, técnico y administrativo- a fin de que las personas que llegan a cualquier servicio y a cualquier hora, reciban la orientación precisa. 7- Informar a la comunidad de la necesidad de la consulta inmediata. 8-Llevar un registro de casos con fichas especialmente diseñadas, teniendo en cuenta que los datos pueden ser requeridos por la Justicia en casos de denuncia y tienen valor legal al igual que la historia clínica. 9- Facilitar que la atención sea realizada por un profesional del mismo sexo, si la víctima así lo requiere (M129. MSN, Violaciones, 2011).

El hospital público tiene que tener equipos que se dediquen a la atención de personas con problemas de violencia, el tema del abuso sexual infantil o el caso de violaciones. Pero cuesta mucho armar esos los equipos. Desde nuestro servicio lo intentamos, pero es como que “no, acá no se puede”. Al médico le cuesta mucho comprometerse con un hecho de violencia, es casi te diría de ciencia ficción. Cuesta horrores. Horrores. Nosotros desde el hospital hacemos capacitaciones, jornadas interdisciplinarias, materiales, de todo. Pero es impresionante, más o menos que los tenés que arrastrar a los médicos, ¿viste? Porque para ellos es más importante el trabajo de la sala de internación, poner un catéter, pedir un estudio. Eso es más importante que ampliar la mirada, sobre todo en lo que tiene que ver con la sexualidad (M51. Entrevista a médico/a n°14 - sexólogo/a y ginecóloga/o).

El abordaje de violaciones requiere no sólo de la conformación de un equipo interdisciplinario de salud, sino también de su preparación específica para abordar la multiplicidad de aristas que estos casos implican. Tal como se señala en el *Protocolo*, el servicio de Tocoginecología tiene un rol destacado, no sólo porque suele tener condiciones materiales para garantizar atención de este tipo de casos, sino porque esta especialidad cuenta con las habilidades clínicas para llevar a cabo tanto la exploración corporal como la profilaxis medicamentosa necesaria. La atención de estos casos requiere de una atención que ponga en práctica aspectos técnicos de parte de un médico o médica especialista en tocoginecología, pero también de distintas competencia comunicaciones, clínicas y terapéuticas que se articulen de manera más o menos aceptada en pos de abordar las distintas

dimensiones, ya sean emocionales, vinculares, legales, que se ponen en juego en este tipo de demandas. ¿Por qué, como se señala en la entrevista citada, cuesta el compromiso en la atención integral de estos casos? Por un lado, las consultas que surgen por abusos sexuales conforman casos de ejercicio sexual no normativo, por fuera de lo que se espera conforme a la vida sexual de las mujeres cis, es decir, una vida sexual monogámica, reproductiva, continua y controlada. Volveré sobre este asunto más adelante. Por otro lado, la conformación de equipos interdisciplinarios en salud que requiere el abordaje de este tipo de cuadros supone una articulación práctica que no resulta sencilla. Atenuar la distinción que da la especialidad en el marco de un equipo compartido con otros profesionales, dejar de disponer del manejo global de un caso, atender situaciones que pueden resultar angustiantes, el “factor tiempo”, entre otras dimensiones intervienen horadando el alcance de este tipo de estrategia y, consecuentemente, la amplitud del campo clínico que la ginecología puede abordar. Como veremos en lo que queda del capítulo, el quehacer más frecuente de esta especialidad se ajusta principalmente a los procesos que se identifican como estrictamente ginecológicos.

## **2. La construcción de la paciente ginecológica y los ciclos vitales como hitos clínicos**

En este apartado me propongo analizar la relación de las trayectorias vitales de las mujeres cis con la ginecología, así como sus efectos performativos. Como veremos, esta relación suele iniciarse con la llegada de la menstruación y/o con el inicio del ejercicio de las relaciones sexuales heterosexuales, eventos que marcan el comienzo de su vida reproductiva o potencialmente reproductiva. Estos eventos junto a otros episodios que tienen lugar en sus vidas y cuerpos, como embarazos, partos, puerperio y menopausia, se conforman como hitos clínicos, tan íntimos como médicos. En tanto tales, su emergencia produce marcas temporales, es decir, distintos “antes” y “después” que, en términos ginecológicos, suponen el inicio y el cierre de distintos ciclos vitales. Estos ciclos no son ajenos a procesos sociales más generales que organizan la vida en etapas como la infancia, adolescencia, adultez y vejez. Son resultado de la condensación de dimensiones que tienen directa relación con el quehacer ginecológico, especialmente en lo que refiere a la regulación de las

capacidades reproductivas y a la administración de métodos anticonceptivos, pero también de otras más generales ligadas a los tiempos de las trayectorias laborales y familiares. Ambas se articulan y dan forma mutuamente componiendo, su vez, un mojon de alta densidad en el campo ginecológico y la definición de sus objetos clínicos.

En este apartado voy a analizar el modo en el que se ponen en práctica los eventos técnico-rituales (Bourdieu, 2000) que inician a las mujeres cis como pacientes ginecológicas. Tal como analizaremos a partir de los fragmentos que cito a continuación, en esos eventos se entrelazan procesos fisiológicos, biotecnológicos, regulaciones de género, cuestiones vinculares, expectativas familiares, entre otras, que tienen como eje principal el moldeamiento de la capacidad reproductiva de las jóvenes pacientes ginecológicas:

[Es competencia del tocoginecólogo] atender a la mujer en las distintas etapas de su vida en los aspectos generales, reproductivos y ginecológicos con una visión integral con perspectiva de género y derechos (M10. MSN, Residencias tocoginecología, 2010).

Con las que se están iniciando sexualmente hay que hablar del tema, qué esperar qué no esperar. Hay que abrirles espacio para la consulta. Después en el durante, o sea, cuando ya iniciaron, en general son consultas de control. Por ejemplo, una chica de 30 años, por ahí consulta si quiere quedar embarazada, pero si quiere quedar embarazada en general deja el anticonceptivo y se embaraza. Entonces consulta ya embarazada o si no lo consigue, o sea, por problemas de fertilidad. Cuando es el caso de alguien que ya tuvo un embarazo y después va a iniciar relaciones y me viene a ver después y si, ahí surgen preguntas y temas que muchas veces les generan temores. Entonces, ahí si, lo hablo desde el vamos. Les digo “bueno, ya podés empezar a tener relaciones”, le digo “bueno, podés hacer así y asa... no pasa nada puede ser que tengas un poquito de pérdidas, no te asustes”. También les digo que tienen que volver a tomar las pastillas porque la fertilidad vuelve enseguida (M39. Entrevista a médico/a nº1 - ginecólogo/a).

La ginecología es un tipo de especialidad médica que se dedica a la atención de las mujeres cis a lo largo de sus vidas. Estas vidas se organizan en ciclos o etapas de carácter normativo, o sea, cada etapa tiene características que la ginecología, de algún modo, debe regular y asegurar. Estos ciclos componen una línea que discurre de manera teleológica, pues es el embarazo el evento que gravita con más fuerza y que da sentido a la configuración de las distintas etapas.

Recuperando los aportes de Brown et al. (2013), en el abordaje ginecológico, las vidas de las mujeres cis se moldean en términos de planificación familiar. Esta especialidad “apunta a proveer anticoncepción para que la maternidad llegue en el

momento que el saber experto considera más apropiado así como para permitir los espaciamentos *adecuados* de los embarazos” (Brown et al., 2014, p. 677. Destacados en el original).

Como mencioné más arriba, las mujeres cis suelen convertirse en pacientes ginecológicas, a veces, a partir de la llegada de la menstruación y, otras veces, cuando comienzan a tener relaciones sexuales heterosexuales. Las transformaciones corporales, así como esas primeras experiencias sexuales se modulan en términos de prevención, cuidado, anticoncepción en relación con la consulta ginecológica. Esta especialidad no es ajena a las marcas que, en términos de Martin (2006), convierten a esos cuerpos de niñas en cuerpos de mujer. Para continuar con el análisis, a continuación, cito un fragmento del *Consenso de Ginecología Infanto-Juvenil* de la FASGO y luego dos fragmentos de entrevistas realizadas a médicos o médicas:

La adolescencia se refiere a una etapa del desarrollo humano que incluye la transformación del niño/a en adulto, capaz de reproducirse, ser responsable de sí mismo y poder insertarse en la sociedad activamente. (...) La menarca constituye el hito más significativo del desarrollo puberal, es el anuncio de la posible fertilidad futura, en nuestro país la edad promedio es de 12,6 años (...). (M136. FASGO, Infanto-Juvenil, 2016).

Algo que me parece importante de trabajar con las niñas y con adolescentes es poder conectarlas con la genitalidad y lo femenino, ¿no? Creo que esa es la base de la prevención, que conecten con esto desde chiquitas. Habilitarles la vulva, ponerle nombre a la vulva, que no es vagina, es vulva, o sea, vagina es otra cosa, es vaina y sirve para alojar un pene. Vulva, es, tiene otra connotación. Que se conozcan su vulva (M51. Entrevista a médico/a n°14 - sexólogo/a y ginecóloga/o).

ENTREVISTADORA: ¿Hay algún criterio para recomendar algún tipo de anticoncepción a algunas personas?

MÉDICO/A: Sí, o sea, sí y no. Primero, desde lo más fácil, a lo más complejo, tenés que escuchar a la persona y depende de la etapa de la vida en la que esté. Por ejemplo, a alguien que consulta que va a iniciarse con las relaciones sexuales, le tenés que indicar un método que no tenga que ver con lo genital. No le vas a poner un DIU [dispositivo intrauterino] a alguien que todavía no tuvo relaciones. O sea, el espectro de posibilidades se reduce a las pastillas y depende de la edad, a qué pastillas, una cosa es una chica de 15, otra es una mujer de 40. Tenés una gran variabilidad de métodos hormonales. También están los anillos vaginales que son hormonales. Tampoco se lo vas a dar a una chica que ni inició relaciones sexuales, se lo das a una que ya está canchera, que no tiene drama en meterse el dedo, sacarse el dedo (M41. Entrevista a médico/a n° 3 - ginecólogo/a).

Desde temprana edad los cuerpos de las mujeres cis se construyen como cuerpos reproductivos. Eso se yuxtapone con la puesta en práctica de una densa trama de estrategias destinadas a su regulación y control. La menarca se conforma

como el primer hito clínico, el inicio y primer punto de anclaje de la relación de las adolescentes con la ginecología. Distintos materiales que serán citados más adelante definen a la llegada de la menstruación como el punto cero de la “edad ginecológica” de las mujeres cis. Las características de la genitalidad, algunas de sus capacidades, fragilidades y potencialidades también son modeladas en su relación con el quehacer ginecológico. De un modo u otro, las consultas ginecológicas “habilitan” y moldean material y simbólicamente la forma en las que las adolescentes se contactan con sus propios genitales, un reconocimiento de su propio cuerpo en crecimiento. En los materiales analizados no son numerosas las menciones a las vulvas, de hecho, son más bien escasas. En las vulvas se localiza el clítoris y otras partes sumamente sensibles de los genitales de las mujeres cis. Cuando éstos se mencionan se hace referencia directa o indirectamente a la autonomía corporal. Por el contrario, las menciones respecto de las vaginas son frecuentes y están generalmente asociadas a su penetrabilidad como función natural y primigenia. Salvo excepciones, no se realizan exámenes ginecológicos, o sea, exámenes que involucren a los genitales a adolescentes que aún no han tenido relaciones de penetración heterosexual. Tampoco se les indican métodos anticonceptivos que requieran tocarse los genitales. Se los indica a las “que ya iniciaron relaciones”, “a las que están cancheras y no tienen drama en meterse el dedo”. Pareciera que el primer contacto está reservado para el pene, cuyo debut constituye un hito que habilita a otros tipos de contacto, incluyendo el auto-contacto. Como veremos a partir de los fragmentos de la entrevista y del *Consenso de Ginecología Infanto Juvenil* de la FASGO que cito a continuación, la sexualidad y sus efectos reproductivos se conforman como objeto central de las preocupaciones ginecológicas:

[Entre las consultas típicas] está el grupo de las que vienen antes de empezar a tener relaciones. Con ellas lo que se hace es el acompañamiento desde el punto de vista de la anticoncepción y también de las dudas, de las fantasías, de lo que es empezar a tener relaciones. El tema con las jóvenes y el inicio de relaciones son sus no definiciones, “bueno, sí, tengo novio, estoy saliendo con un chico” o “no, no estoy saliendo con un chico”. Entonces, hay una cuestión con el título de novio y con el reconocimiento de que están teniendo relaciones. Para ellas están teniendo como encuentros y como que “por tener un encuentro no me va a pasar nada, una vez, y tampoco voy a empezar a tomar pastillas si no sé si lo voy a volver a ver, o si lo voy a ver la semana que viene o qué voy a hacer”. Entonces, toda esa cosa media anodina de “estoy teniendo...”. O sea, asumir, sí, esto se llama tener relaciones, esto es desarrollar mi sexualidad. Entonces, tenga o no tenga compañero, yo tengo que saber cuidarme, tengo que estar atenta. Bueno, todo eso es un trabajo tenemos que

hacer quienes nos dedicamos a la ginecología (M43. Entrevista a médico/a nº5 - ginecólogo/a y sexólogo/a).

El embarazo no planificado es un problema global de la salud pública. [...] Las adolescentes están entre el grupo de riesgo más alto de embarazos no planificados. El embarazo muchas veces no planificado, no deseado o inoportuno tiene un impacto negativo sobre la condición física, emocional y económica de la joven, además de condicionar su estilo de vida por lo que constituye un grave problema en los aspectos biopsicosociales. Sus consecuencias afectan muy seriamente el presente y el futuro al convertirlas en madres-niñas. Hoy en día, pueden elegir el método anticonceptivo que más se adapte a sus necesidades y estilo de vida, ya que a través de los años se ha observado la evolución de la anticoncepción aumentando la disponibilidad de los mismos. No obstante las tasas de embarazos no planificados siguen siendo altas (M136. FASGO, Infanto-Juvenil, 2016).

Convertirse en pacientes ginecológicas supone el despliegue y la condensación de numerosas dimensiones heterogéneas. Ya mencionamos el modo en el que la ginecología incide en la relación de las adolescentes con su genitalidad. El inicio y desenvolvimiento de las relaciones sexuales heterosexuales de las mujeres cis también forma parte de lo que se moldea en esa relación. Desde temprana edad, el ejercicio sexual se asocia a sus consecuencias reproductivas, por eso “deben asumir” que “eso”, es decir, las primeras exploraciones sexuales con otro, se llama “tener relaciones” y que “por eso deben cuidarse”. Las diversas maneras de vivir, sentir, narrar el incipiente ejercicio de prácticas con parejas sexuales heterosexuales pasan por el tamiz material y discursivo de la ginecología. Este pasaje uniformiza cuerpos y experiencias en términos anticonceptivos. Eso implica el moldeamiento de lo “anodino”, disperso, ligero de las prácticas sexuales en función de la responsabilidad que implican sus posibles consecuencias reproductivas. La experiencia con el propio cuerpo y la con experimentación sexual se formatea en su relación con las consultas ginecológicas en términos prevención (Brown *et al.*, 2013) y de responsabilidad. A su vez, esto yuxtapone con lo que podríamos llamar una “preocupación poblacional” referida a las tasas de embarazo adolescentes, evento que la ginecología, así como las diferentes políticas que inciden en el campo de la SSyR buscan evitar.

Si consideramos la dimensión moral en nuestro análisis, nos vemos en la obligación de “notar el fin de los medios” (Latour y Venn, 2002). El fin, por decirlo de algún modo, es evitar el embarazo no planificado, pero sobre todo el embarazo adolescente<sup>22</sup>. Tal como se señala en el documento de la FASGO arriba citado, las

---

<sup>22</sup> M160. Nota de campo nº1: Me invitaron a participar de una actividad de formación en género y salud en Atención Primaria impulsada por médicos y médicas generalistas. La misma se hizo en un hospital de la Provincia de Buenos Aires y duró todo el día. Había alrededor de cuarenta profesionales

estrategias anticonceptivas, incluyendo la disponibilidad de los métodos, no han logrado que las tasas de embarazo adolescentes lleguen a ser bajas. Me pregunto entonces, ¿cuál es el fin y cuál es medio de estas intervenciones?

Una vez que las adolescentes se inician en las prácticas sexuales heterosexuales, la llegada regular de la menstruación se convierte en la prueba de que no se produjo un embarazo, pero también en una señal del buen funcionamiento de su capacidad reproductiva. Un motivo de consulta frecuente en los consultorios ginecológicos se debe a las “alteraciones en el ciclo menstrual” de adolescentes. Para analizarlo, cito a continuación el fragmento de un artículo médico y nuevamente el *Consenso Infanto Juvenil* de la FASGO:

Los trastornos del ciclo menstrual son un motivo de consulta frecuente en la adolescencia. Cuando la paciente no ha cumplido sus 3 años de edad ginecológica, podría este síntoma ser solo expresión de un estado madurativo transitorio puberal, pero también podría deberse a otras causas ya instaladas. Es importante poder discernir lo fisiológico de lo patológico, y dentro de esto observar y tratar la causa. Las causas son múltiples, desde las disfunciones hipotálamo-hipofisarias transitorias o provocadas hasta la presencia de patologías endocrinas o sistémicas. Podemos decir que en esta etapa de la vida es importante ser capaces de reconocer y comprender este trastorno a fin de facilitar el tratamiento y la prevención de secuelas a largo plazo. No perder la oportunidad de un diagnóstico temprano pero tampoco poner una impronta en una adolescente que padece un síntoma que quizás revierta en forma espontánea. Las modificaciones de los hábitos de vida, como la actividad física regular y no excesiva, la alimentación equilibrada y la promoción de hábitos saludables, deben introducirse desde la primera infancia (M87. Katabian y Oizerovich, 2017).

#### **Trastorno del ciclo menstrual: ¿Cómo hacemos el abordaje?**

Anamnesis: El interrogatorio con la paciente y su familia es fundamental, debe establecerse un buen vínculo donde ofrezcamos comodidad y seguridad a la paciente. Es fundamental saber cómo dirigirse y cómo lograr ciertas respuestas en función del temor de ser juzgada por el profesional. A continuación se detalla los puntos fundamentales que no se deben obviar: Motivo de consulta: Momento de aparición (coincidente con menstruación - intermenstrual - posterior a atraso menstrual ). Alteración primaria o secundaria. Esporádico o iterativo. Antecedentes personales: Hábitos alimentarios y variaciones de peso - Sueño: cantidad de horas - Actividad física y sus características- Actividad social, relaciones o conflicto con pares - Existencia de conflictos familiares - Rendimiento escolar - Hábitos tóxicos (tabaco, drogas, alcohol). Antecedentes familiares y tocoginecológicos: Edad y

---

de entre treinta y cuarenta años. Fueron unas jornadas tipo taller, muy participativas y reflexivas. Hubo dos momentos expositivos que tuvieron como protagonistas a una médica ginecóloga y a una psicóloga. En un momento trabajamos en grupos sobre cómo abordar los “mitos de la sexualidad”. En el grupo en el que yo estaba una médica planteó que una de mayores dificultades en el consultorio era en la atención de adolescentes embarazadas. “No lo soporto”, dijo. Parecía que todos/as entendían a lo que se refería. A mi me sorprendió mucho sentir un dejo de impresión, revulsión y distancia en su modo de decirlo. Comenzaron a hablar sobre esto. Se dijeron cosas como “eso pasa porque no llegamos antes”, “fallamos”, “se trunca la vida de esa persona”.

características de la menarca. Fecha de la última menstruación. Actitud frente a la menarca y sus menstruaciones. Ritmo menstrual. Telarca, pubarca. Inicio de relaciones sexuales, métodos anticonceptivos. Embarazos. Partos. Abortos. Lactancia Examen físico: Se debe evaluar: Talla, peso, índice de masa corporal (IMC) y cintura. Tensión arterial, frecuencia cardíaca y conjuntivas. Piel: Acantosis Nigricans, signos de hiperandrogenismo (acné, hirsutismo, virilización, alopecia); petequias, hematomas. Distribución grasa. Palpación de glándula tiroides. Estadio de Tanner. Examen mamario, derrame por pezón. Semiología abdominal. Vicios posturales y características de la columna vertebral. Examen ginecológico: Siempre evaluar si es necesario en la primera consulta o puede diferirse para mejor aceptación de la adolescente. La evaluación dependerá de si la misma ha iniciado o no relaciones sexuales, sino con la ecografía ginecológica podremos tener información certera sobre sus genitales internos (M136. FASGO, Infanto-Juvenil, 2016).

La ginecología tiene a su cargo el seguimiento del proceso de maduración de la capacidad reproductiva de las mujeres cis. La menstruación en tanto manifestación tangible de la capacidad reproductiva de sus cuerpos se formatea como algo que excede al ámbito individual, íntimo y privado de las adolescentes, para transformarse en algo que compete a la ginecología, a su entorno vincular y que se relaciona con cuestiones más generales de su estilo de vida. Si bien la alteración del ciclo menstrual es algo frecuente dentro de los tres primeros años de “edad ginecológica”, es decir, desde el inicio de la menstruación -punto cero de la edad ginecológica-, supone un cuadro clínico que alerta a la red familiar-ginecológica.

Los abordajes de las consultas por las alteraciones en el ciclo menstrual se inician con la anamnesis o interrogatorio. En ese momento el médico o médica recopila información de diferente índole conectando al abordaje del ciclo menstrual no sólo con las incipientes experiencias sexuales de la adolescente, sino también con dimensiones que hacen a su estilo de vida, pues, como señalamos más arriba, la auto-responsabilidad es el signo con el que la ginecología marca a los cuerpos de las mujeres cis.

### **3. La prevención como norma del quehacer ginecológico**

El objetivo de este apartado es analizar el modo en que opera el carácter preventivo de aquello que ginecólogos y ginecólogas hacen de manera frecuente adentro de sus consultorios. A diferencia de lo que sucede con las otras especialidades médicas analizadas en esta tesis, la ginecología se conforma como una especialidad preventiva y orienta buena parte de sus estrategias a la atención

de mujeres cis que no manifiestan malestares. Recuperando lo señalado por Brown *et al.* (2014), en el quehacer ginecológico la prevención se configura como una “obligación femenina básica”. El funcionamiento de esa obligación se pone de manifiesto tanto en la concurrencia frecuente y regular de pacientes sanas a los consultorios, pero también en las que no lo hacen. Tal como señalan Lehner *et al.* (2017), la inasistencia al llamado control ginecológico es experimentada por las mujeres cis como una falta, como un déficit en sus hábitos de autocuidado.

El hecho de que el campo ginecológico se organice en torno a lo preventivo, así como que las mujeres cis asistan regularmente a la realización de controles son resultados de la conexión y condensación de distintas dimensiones. Una de ellas es el carácter normativo que asume lo preventivo en conexión con regulaciones sexo-genéricas que dan forma y relacionan al autocuidado con lo femenino. Otra, se configura en los entramados semióticos, materiales y técnicos que tienen lugar en los “controles ginecológicos”, especialmente en la realización de dos estudios, el Papanicolaou y la Colposcopia. Para comenzar el análisis de esta tercera condensación cito fragmentos a continuación de dos entrevistas realizadas a médicos y médicas:

En ginecología las consultas más frecuentes son para control, el famoso control anual. O sea, son pacientes asintomáticas que quieren hacerse los estudios de control. También es habitual, aunque menos, las consultas por pérdidas de sangre irregular, alteraciones del ciclo, se llaman. El flujo vaginal, también es un síntoma frecuente. El tema de la anticoncepción es un motivo de consulta frecuente, dolor mamario también (M39. Entrevista a médico/a n°1 - ginecólogo/a).

ENTREVISTADORA: Hablando de la cotidianidad del consultorio, ¿es posible afirmar que hay una consulta típica?

MÉDICO/A: Si, la consulta típica o más frecuente es el chequeo en salud. Son pacientes sanas y vienen para hacer control, el control periódico, generalmente anual. Eso habla bien de nuestra práctica, habla bien porque significa que hay buena llegada. Para las mujeres jóvenes los estudios clásicos son el Papanicolaou y la Colposcopia, y a partir de los 40 años se agregan la mamografía y ecografía mamaria además de lo que sería el examen ginecológico (M42. Entrevista a médico/a n°4 - ginecólogo/a).

Independientemente de su estado de salud, de la presencia o no de un proyecto reproductivo en puertas, de las características de sus prácticas sexuales, la presencia o no de hijos/as, el quehacer ginecológico se caracteriza por atender a pacientes que consultan con una frecuencia más o menos anual. Estas consultas pueden consistir en el abordaje de alguna molestia, pueden servir para despejar

dudas o para ajustar o cambiar el método anticonceptivo. Y lo que seguramente tenga lugar es la realización del llamado “control ginecológico”.

El control ginecológico consiste básicamente en la realización de los estudios conocidos como Papanicolaou o PAP y la Colposcopia. La realización de ambos se vincula con la prevención del cáncer de cuello de útero, uno de los pocos tipos de cáncer cuyo origen está asociado de manera directa a la acción de algunas cepas del Virus Papiloma Humano o HPV. A partir de los materiales que cito a continuación, la *Guía Programática Abreviada para el tamizaje de Cáncer Cervicouterino*, entrevistas y un artículo médico, podremos analizar con mayor precisión algunas características del control ginecológico y de estos dos estudios:

#### **¿Qué significa tamizaje?**

El tamizaje no es un testeo para detectar cáncer. Es un **método de prevención** que consiste en detectar dentro de una población sin síntomas, lesiones precancerosas que si no se tratan pueden transformarse en cáncer.

#### **¿Qué es el pap?**

El test de Papanicolaou, conocido como Pap, es un método sencillo de tamizaje que permite detectar anomalías celulares en el cuello del útero. Se extrae una muestra de células tomadas del cuello del útero, y se fija en un vidrio que es transportado a un laboratorio, donde es evaluado bajo el microscopio.

#### **Historia Natural del Cáncer de Cuello de Útero**

Diferentes estudios han comprobado que la infección por el Virus Papiloma Humano (VPH) es causa necesaria del cáncer cérvico-uterino. Se ha demostrado una asociación de más del 99% entre el VPH y el cáncer de cuello de útero. La infección por VPH es muy común en mujeres sexualmente activas, afecta entre el 50 y el 80% de las mujeres al menos una vez en su vida. (...).

**¿Qué es la Colposcopia?** Es un examen que sirve para localizar mediante una lente de aumento las lesiones detectadas previamente con el PAP, para ser biopsiadas y diagnosticadas definitivamente (M134. MSN, Cáncer Cervicouterino, 2014).

**MÉDICO/A:** La Colposcopia consiste en mirar con un aparato que es el colposcopio que tiene como 20 aumentos, como si fuera una lupa, para mirar el cuello del útero. El Papanicolaou es la toma de una muestra citológica. Si tenemos que hablar de su importancia, es más importante hacer el PAP que hacer la Colposcopia, pero la Colposcopia aporta datos porque cuando uno hace el PAP si en la Colposcopia si ve una lesión, se hace la toma del PAP sin descuidar esa lesión, para que eso tenga representación en la muestra que se extrae.

**ENTREVISTADORA:** ¿O sea que primero se hace Colposcopia?

**MÉDICO/A:** No, en el mismo momento, la técnica es colocar el espéculo, ver el cuello con el colposcopio y hacer la toma del PAP, que no debe excluir la muestra si uno ve en el colposcopio una lesión (M42. Entrevista a médico/a n<sup>o</sup>4 - ginecólogo/a).

Las verrugas son diagnosticadas a través de la inspección clínica visual y en algunos casos se debería realizar una biopsia. En las mujeres, las lesiones del cuello uterino relacionadas con HPV pueden ser detectadas a través del Papanicolaou (PAP) y/o Colposcopia. Las mujeres con un PAP dudoso pueden

pasar a una prueba específica de HPV (...) o repetir el PAP. En algunos países se realiza la Colposcopia en forma rutinaria con el PAP. En otros, el tamizaje o rastreo sólo se realiza con el PAP. La Colposcopia se realiza con un espéculo vaginal y un instrumento (colposcopio) que permite la visualización del cuello, vagina y vulva con gran aumento. La Colposcopia permite poner de manifiesto las lesiones pequeñas o incipientes en el área genital (M83. Tilli, HPV, 2015).

En nuestro país se desarrolló mucho una técnica que se llama Colposcopia, en pocos países del mundo se desarrolló tanto. Acá tenemos expertos en Colposcopia lo que trajo como consecuencia que se trate a lo bobo un montón de lesiones de esas que se curan solas. Entonces, manchita, biopsia, manchita, biopsia. Con el tiempo eso empieza a parar un poco, porque cada vez se sabe más que esas manchitas son producto de un HPV que pasa y se cura solo. Pero bueno, hay algunos de estos HPV que son malos, no los diagnosticas porque mires la vagina, sino vía Papanicolaou. Muchas veces no producen ningún tipo de sintomatología en la paciente, no tiene flujo, ni nada. Son lesiones que van progresando, van progresando a lo largo de 10 años, no de un día para el otro, sino a lo largo de años. Esas pueden provocar cáncer (M40. Entrevista a médico/a n°2 - ginecólogo/a y sexólogo/a).

Según la citada *Guía Programática Abreviada para el tamizaje de Cáncer Cervicouterino* (en adelante la *Guía de tamizaje*), el cáncer de cuello de útero es una enfermedad frecuente en las mujeres cis especialmente a partir de los cuarenta años de edad. Este es un tipo de cáncer cuyo desarrollo se asocia en altísimos porcentajes a la presencia de algunas cepas del HPV. La realización periódica del PAP supone un método de prevención de ese tipo de cáncer en tanto permite identificar la presencia del virus y tratar posibles lesiones precancerosas evitando el desarrollo de la enfermedad.

Este tipo de patología no afecta solamente a las mujeres cis, sino también a hombres trans. Si bien los materiales diseñados por el Programa Nacional de Prevención del Cáncer Cérvico-uterino analizados en esta tesis identifican como destinatarias exclusivas de sus políticas a las mujeres cis, el ex Ministerio de Salud, junto con una organización llamada RITTA (Red de Intersexuales, Transgéneros y Transexuales de Argentina), han realizado un material destinado a difundir la relevancia del PAP como práctica de prevención del cáncer de cuello de útero destinado a hombres trans (M74. MSN y RITTA, s.f.). En el último apartado de este capítulo, al analizar la última condensación, me enfocaré de manera específica en el funcionamiento cisexistista de la ginecología y en algunos de sus efectos en el acceso desigual a la salud ginecológica de los hombres trans.

En la realización del PAP la o el paciente deben recostarse en una camilla ginecológica y abrir las piernas. El médico o médica se ubica en el extremo de la camilla de tal modo que los genitales pasan a ser su primer plano. Se introduce el

espécúlo separando las paredes vaginales y permitiendo al o a la profesional acceder visual y instrumentalmente al cuello de útero de donde se extraerá lo que se llama “muestra citológica”. La realización del PAP, reduce circunstancialmente un término tan amplio como la prevención a la toma de una muestra de células y, de modo más general, a los cuerpos de quienes atiende a sus cuellos de útero. Asimismo, el uso regular del colposcopio, instrumento cuyo uso permite observar el cuello del útero en una escala mayor, hace del cuello de útero un mosaico de superficies cuyas irregularidades o “manchitas”, modeladas a través de una especie de zoom, se traducen en alertas.

El Programa Nacional de Prevención del Cáncer Cérvico-uterino promueve de distintas formas la realización de PAP. Tanto la *Guía de tamizaje* como la *Guía de Intervención Breve* (M135. MSN, PAP, s.f. ), conforman materiales destinados a equipos de salud que alientan a la realización de PAPs no sólo por parte de especialistas en ginecología sino también por miembros médicos y no médicos entrenados en esta técnica. Tal como se señala en el fragmento de la entrevista que cito a continuación, el PAP conforma un tipo de estudio que la ginecología reclama como propio, pero dado que sus requerimientos técnicos son simples y que su accesibilidad supone un impacto significativo en la prevención del cáncer de cuello de útero, se realización no es exclusividad del campo de la ginecología:

Siempre hubo como una distinción entre si ginecología tenía que ser Atención Primaria de la Salud o no. En otros países, la ginecología es más una especialidad, por decirlo de algún modo. En nuestro país, los ginecólogos, también manejan mucho lo que es la Atención Primaria de la Salud de la mujer. Es como que son dos miradas diferentes. Si la parte de Atención Primaria de Salud de la Mujer la maneja el médico de familia, generalista y demás, y el ginecólogo la especialidad o si los ginecólogos también manejan la Atención Primaria. Me parece que son como dos miradas, sobre todo cuando tenés ginecólogos que creen que el PAP es exclusivo del ginecólogo, siendo que sabemos que, todo bien si tuviésemos ginecólogos cubriendo en todas partes, pero en la mayoría de los lugares, en el interior, en las salitas y demás, no hay ginecólogos, y la verdad que realización del PAP es muy simple. Hay lugares en que al PAP lo toma un enfermero, o sea, no necesitás ser ginecólogo para hacerlo. Por ahí pasan esos debates, tiene que ver con cómo mirás la profesión, si querés ser “todo para mí” o si tenés una mirada más amplia y decir “bueno, mientras tenga la capacitación para hacerlo”. En esos casos se hace sólo el PAP, sin la Colposcopia (M41. Entrevista a médico/a n° 3 - ginecólogo/a).

Me pregunto cómo opera la puesta en práctica del PAP y la Colposcopia al interior del campo ginecológico y en relación con las otras especialidades del campo médico que también llevan adelante labores orientadas a la “salud de la mujer”,

como el PAP. Recuperando lo que se señala en la última entrevista citada, pareciera que en la implementación del PAP se ponen en juego los límites de las fronteras disciplinarias de la ginecología y que la implementación conjunta del PAP y la Colposcopia añade una cuota de complejidad técnica que asegura la potestad de estos estudios hacia adentro del campo ginecológico.

¿Cuál es la diferencia en términos preventivos de hacer sólo el PAP o hacer el PAP junto con la Colposcopia? En los documentos citados se ve heterogeneidad en este punto. En la *Guía de tamizaje*, que cito nuevamente a continuación, se señala que la Colposcopia debe acompañar la realización de un segundo PAP indicado luego de que el primero haya informado lesiones. A diferencia de ello, en las entrevistas se manifiesta que la Colposcopia suele acompañar la realización de todo PAP, independientemente de su resultado anterior y de su periodicidad. El HPV es un virus de varias cepas de las cuales sólo algunas producen lesiones potencialmente malignas. Las otras, como se señala en una de las entrevistas, “se curan solas”. El uso permanente del colposcopio, intensifica las alertas así como el vínculo entre las mujeres cis y los controles ginecológicos sin que ello produzca más o mejores efectos a la hora de prevenir la enfermedad:

**Población objetivo y frecuencia recomendada:** La evidencia científica indica que el cáncer cervicouterino se desarrolla con mayor frecuencia en las mujeres a partir de los 40 años, llegando a un pico alrededor de los 50 años. La incidencia de cáncer invasor de cuello uterino es muy baja en las mujeres menores de 25 años. Existe suficiente evidencia científica de que el tamizaje de las lesiones precursoras del cáncer cervical entre los 35 y 64 años mediante la citología convencional en un programa de alta calidad reduce la incidencia del cáncer cervical en un 80% o más. En las mujeres menores de 35 años el tamizaje tiene menor impacto. [...]. La recomendación de la Agencia Internacional de Investigaciones contra el Cáncer (IARC) es no tamizar a las mujeres de menos de 25 años. Los posibles efectos adversos del tratamiento (infertilidad, parto prematuro, bajo peso al nacer, mortalidad perinatal) así como las consecuencias psicológicas del tamizaje (ansiedad, angustia), pueden evitarse en las mujeres más jóvenes.

Aquellas lesiones que persistan en el tiempo podrán detectarse posteriormente, debido a la historia natural de la enfermedad que evidencia una lenta progresión de las células anormales hasta el cáncer (aproximadamente 10 años). La frecuencia recomendada por el Programa Nacional es la realización de un Pap cada 3 años luego de dos PAPs anuales consecutivos negativos.

**¿Cómo aumentar la cobertura de las mujeres?** En nuestro país, el tamizaje se ha desarrollado principalmente de manera oportunística. Esto significa que las mujeres a las que se les realiza un PAP son generalmente aquellas que concurren espontáneamente a los establecimientos de salud para realizar una consulta ginecológica. Sin embargo, está demostrado que el PAP oportunístico tiende a concentrarse en mujeres muy jóvenes, con acceso a los servicios de salud reproductiva, que son las que menos riesgo tienen de

desarrollar cáncer de cuello de útero (M134. MSN, Cáncer Cervicouterino, 2014).

Recapitulando, ginecólogos y gineólogas suelen realizar conjuntamente PAPS y Colposcopías de manera anual a las mujeres cis una vez que éstas comienzan a tener relaciones sexuales de penetración heterosexual. Sin embargo, tomando lo que se señala en la *Guía de tamizaje*, ese tipo de prácticas no gravita necesariamente en el aumento de los efectos preventivos del cáncer de cuello de útero puesto que “está demostrado que el PAP oportunístico tiende a concentrarse en mujeres muy jóvenes” y que “la evidencia científica indica que el cáncer cervicouterino se desarrolla con mayor frecuencia en las mujeres a partir de los 40 años, llegando a un pico alrededor de los 50 años”. Asimismo, la *Guía de Tamizaje* desalienta la realización de PAPS en mujeres cis menores de veinticinco años ya que puede producir efectos negativos y relativiza la relevancia de su realización en mujeres menores de treinta y cinco años dado el bajo impacto del tamizaje en ese grupo. De modo paradójico, quienes se realizan estos estudios con mayor regularidad son las mujeres cis jóvenes, posiblemente como resultado de la asociación entre una etapa vital identificada con la actividad sexual y la realización de controles ginecológicos.

El carácter preventivo de la ginecología permea y da forma a las demandas que lleva a las mujeres cis a los consultorios y también a las prácticas médicas que tienen lugar en el marco de esta especialidad. La prevención normativa se materializa en una dinámica de control regular que excede al tamizaje específico del cáncer de cuello de útero, la toma del anticonceptivo o al dolor mamario. El quehacer ginecológico compone lo que Law y Lien (2013) llaman una coreografía de prácticas, es decir, acciones que se siguen unas a otras de manera regular articulándose y conformando un hacer más o menos homogéneo. Ese hacer se organiza en torno la prevención como principio normativo que interviene performativamente en la relación médico-paciente dándole forma de control permanente. En esa permanencia se ponen en juego la construcción de las mujeres cis como agentes sanitarios, el control por parte de la ginecología de las capacidades gestantes de las mujeres cis, la evaluación de las pacientes como responsables frente a su cuidado y frente al ejercicio de su sexualidad que, ante todo, se conforma como reproductiva. Todo esto da forma a los cuerpos de las mujeres cis y a sus procesos de salud de manera tal que la asistencia regular a los controles ginecológicos sucede.

Tal como se pone de manifiesto en las entrevistas que cito a continuación, la relación de las mujeres cis con la ginecología se prolonga a lo largo de sus trayectorias vitales adultas. Más arriba analizamos las maneras en las que se configura el inicio de esta relación. Ahora vamos a analizar qué sucede con su fin:

Cuando hablamos de alta tiene que ver con una internación. O sea, en ginecología general nunca te van a dar el alta para que no tengas que volver nunca más. A los controles anuales los vas a tener que seguir haciendo (DP16. Entrevista a médico/a n°1 - ginecólogo/a).

En ginecología, a ver, si te operaste, si, tenés un alta. Si estuviste internada, sí, tenés un alta ginecológica. Pero en relación con los controles no. El PAP dicen que después de los 65/70, depende de las recomendaciones, si tenías los últimos bien, podés dejar de hacértelo. Y la mamografía, en general, te la hacés más bien por... no sé. Hay un límite. Una señora de 90 años no viene a hacerse mamografías. Pero no es que está establecido que a tal edad puede dejar de hacérsela. Por ahí no hace falta que vaya al ginecólogo porque no es necesario que se haga un control específico. Lo que pasa es que cuando vos generas, desde una mirada integral, una relación con la paciente, como también haces Atención Primaria, la controlás en general. Pensá que muchas veces es un vínculo que se establece desde la adolescencia (DP18. Entrevista a médico/a n° 3 - ginecólogo/a).

La relación de las mujeres cis con la ginecología no se ajusta al esquema de resolución de algún cuadro específico, de tratamiento y cura de una enfermedad y su posterior alta médica que, como veremos, sí sucede en el ejercicio de la urología y la sexología médica. Por el contrario, este es un vínculo de monitoreo permanente que, en su desempeño ideal, prevé un inicio, pero no un fin. Pues el quehacer ginecológico consiste en un acompañamiento general, más específicamente en la realización de controles, que tienen lugar en buena parte de sus vidas.

#### **4. La construcción de la sexualidad como evento clínico**

El objetivo del presente apartado es avanzar sobre el análisis de una cuarta condensación que tiene lugar y que articula al campo de la ginecología. Me refiero al entramado de dimensiones que dan forma a aquello que la ginecología define y trata como “sexualidad”. Me pregunto: ¿qué es la sexualidad para la ginecología?, la sexualidad, ¿conforma un problema clínico?, ¿cuándo y cómo lo conforma?, ¿cómo se aborda y trata?

Lo que se condensa como sexualidad en los consultorios ginecológicos se relaciona con efectos de normas sexo-genéricas que regulan a las vidas y los cuerpos de las mujeres cis de acuerdo con patrones heterosexuales. Estas regulaciones se entrelazan con las posibilidades ontológicas que ofrecen las definiciones epistemológicas de la ginecología en torno a los cuerpos y a la sexualidad. Asimismo, las dimensiones recién señaladas se entraman con los efectos semióticos y materiales aparejados a las distintas herramientas clínicas con las que cuentan ginecólogos y ginecólogas.

En el abordaje ginecológico, la sexualidad se moldea en los términos de un cuadro clínico, es decir, de un evento o proceso traducible y aprehensible por las herramientas clínicas de la ginecología. En este abordaje suele circunscribirse aquello que se entiende por sexualidad al ejercicio de cierto tipo de relaciones sexuales. Como veremos el par normal/anormal sobrevuela en estas definiciones.

La exploración clínica que la ginecología pone en práctica cotidianamente consiste en una serie de preguntas más o menos directas con relación a la vida sexual de sus pacientes. Se pregunta, por ejemplo, si se tiene o no estable, por el uso de anticonceptivos y a veces se indaga en la orientación sexual. Estas preguntas suceder y fluir como una parte más del cuestionario médico o, por el contrario, convertirse en la vía de acceso a un evento clínico saliente que rondará de diferentes modos a lo largo de la consulta. Cuando estos interrogantes fluyen con naturalidad, la relación entre la ginecología y quien consulta goza de los privilegios aparejados a la identificación con lo normal. Me refiero a lo que sucede en el abordaje clínico de un tipo de paciente que manifiesta llevar adelante una vida sexual heterosexual, activa, pero no promiscua, reproductiva pero controlada y sincronizada en relación con lo que corresponde a cada etapa vital. En esos casos, lo que la ginecología trata como “la sexualidad” toma forma de asunto privado, íntimo, casi ajeno a las especificidades de este tipo de consulta médica.

La ginecología repara en la sexualidad de sus pacientes cuando esta se pone de manifiesto en los consultorios de manera tal que no se ajusta a las expectativas de normalidad que dan forma a las definiciones y prácticas de esta especialidad. La sexualidad se moldea y cristaliza como evento clínico de por lo menos cuatro maneras distintas: 1- cuando las mujeres cis que consultan manifiestan que no consiguen llevar adelante relaciones sexuales heterosexuales; 2- en relación a la anticoncepción, cuando una situación se asocia con el riesgo de embarazo no

deseado, especialmente en la adolescencia; 3- cuando las mujeres cis que consultan llevan adelante una vida sexual que la ginecología identifica como promiscua; 4- cuando quienes consultan afirman vivir una sexualidad lésbica. A continuación, analizaré cada uno de estos casos.

### **La dificultad frente al coito vaginal cis heterosexual**

Una de las maneras en las que la sexualidad se cristaliza como evento clínico diferencial se relaciona con las consultas en las que las mujeres cis manifiestan dificultades para llevar a cabo relaciones sexuales de penetración vaginal. Cito a continuación el fragmento de una entrevista:

En el consultorio de ginecología, por suerte, el control en salud sigue siendo la demanda espontánea más frecuente. Luego, es fuerte en las jóvenes el tema de la anticoncepción, después vendrían las infecciones genitales, flujo, “me pica, me arde”, todas esas molestias que ni siquiera llegan a ser ITS [infecciones de transmisión sexual]. Te diría que ese es el rango, ahora, si me preguntas por consultas relacionadas con la sexualidad, lo que más oís es la falta de deseo (M40. Entrevista a médico/a n°2 - ginecólogo/a y sexólogo/a).

En el abordaje clínico, la ginecología realiza una primera operación que consiste en delimitar lo que se entiende por sexualidad y diferenciarlo de los otros asuntos por los que discurre la consulta. Ese proceso consiste en separar lo que se identifica como sexualidad de lo que compete, por ejemplo, a la realización del PAP y a la indicación de anticoncepción.

En segundo lugar, esa segmentación se vincula con la organización de los procesos clínicos propia del campo sexológico. Ginecólogos y ginecólogas toman las herramientas diagnósticas de esta otra especialidad para abordar las consultas relacionadas a manifestaciones anormales de la sexualidad. La penetración de los artefactos diagnósticos<sup>23</sup> de la sexología en el ámbito de la ginecología moldea a los malestares sexuales de las mujeres cis de acuerdo con parámetros normativos y también clínicos. Como veremos a partir de las entrevistas que cito a continuación, el formateo de los malestares sexuales en términos diagnósticos supone competencias y metodologías clínicas de abordaje específicas, distintas e incluso ajenas a las del campo ginecológico:

MÉDICO/A: Justo el otro día vino una paciente a la que le había recomendado consultar en sexología. Ella trabaja con el marido, vive con el

---

<sup>23</sup> Este concepto será desarrollado en el capítulo tres de esta tesis.

marido, tiene 30 años de casada. Me vino a ver y le digo “¿fui a la sexóloga?” “No, no, me fui de viaje el fin de semana”. Y, bueno, claro, a veces se trata de tener más espacio, de conversar, todo eso también ayuda. A mi lo que me pasó con la parte sexual es que con el tiempo aprendí, pero con el tiempo de mi formación post-residencia, no de la Carrera de base

ENTREVISTADORA: Desde la experiencia misma, ¿no?

MÉDICO/A: Si, yo me acuerdo, al principio pensaba, “me siento respondiendo desde la Cosmopolitan”. Y era horrible sentir eso. Después bueno, como que empezás a hacerte un criterio. Y cuando siento que hago agua derivo al servicio de sexología con el que vengo trabajando, para que ahí te den una respuesta concreta. Yo me las arreglo como para hacer las primeras cosas, las más generales. Cuando veo que se trata de una disfunción, derivo. En la Carrera de Medicina e incluso en la formación en Tocoginecología es muy escasa la parte sexual, de hecho, ni rotamos por sexología (M39. Entrevista a médico/a nº1 - ginecólogo/a).

Mirá, yo trabajo en ginecología desde hace más de veinte años y en los últimos años fui notando que cada vez más consultas desde lo sexual aparecían, ¿no? Digamos, ya no era “bueno, vengo a hacerme el control ginecológico”, “el Papanicolaou”, “quiero tomar pastillas”, sino que empezaban a haber temáticas que tenían que ver con la sexualidad, con “no siento nada, no sé qué me está pasando, no tengo ganas”, ¿no? con cuestiones que, en un punto sacás el sentido común, y “bueno, a ver, fijate, ponele un poco de onda, ponele unas velitas, tomate un champancito”, qué se yo, y llega un momento en que decís “bueno, acá me tengo que informar un poco más sobre las disfunciones sexuales porque por ahí no estoy dando las respuestas que debería darle a esta problemática”. Y ahí me puse a estudiar sexología, que es un campo muy diferente porque los ginecólogos no estamos formados en todo lo que es sexualidad (M43. Entrevista a médico/a nº5 - ginecólogo/a y sexólogo/a).

El formateo de los malestares sexuales que supone su circunscripción bajo los diagnósticos de la sexología presupone que la vida sexual normal de las personas consiste en un ejercicio regular. Cuando este interrumpe, por ejemplo, por la “falta de deseo”, corresponde realizar algún tipo de consulta. El campo ginecológico se define a partir de la atención integral de la salud de las mujeres cis a lo largo de sus vidas. Su vínculo se inicia generalmente junto con el comienzo de sus prácticas sexuales y consiste en acompañar algunas decisiones en relación con sus capacidades conceptivas. Podría entenderse, e incluso esperarse, que las pacientes lleven sus malestares asociados a su vida sexual a esos mismos consultorios. Sin embargo, las competencias ginecológicas moldean a estos malestares sexuales como parte de la *expertise* de otra especialidad: la sexología.

Me pregunto cómo opera la centralidad que tiene lo reproductivo en la configuración del campo ginecológico en esta exclusión. Las dificultades para llevar a cabo prácticas sexuales no ponen en peligro a la capacidad gestante de los cuerpos de las mujeres cis. En el quehacer ginecológico se entremezclan la segmentación, a veces imprecisa pero operativa, de las disfunciones sexuales como eventos clínicos

específicos, distintos de los ginecológicos, con la no disponibilidad de herramientas terapéuticas específicas para el abordaje de este tipo de malestares.

Según esta investigación, ante la emergencia de lo que se entiende por disfunciones sexuales en los consultorios de esta especialidad, los ginecólogos y ginecólogas optan acudir a algún tipo de formación en sexología o por derivar a sus pacientes a profesionales capaces de abordar las especificidades de “lo sexual”.

### **La regulación de la sexualidad a través de los métodos anticonceptivos**

En este apartado voy a analizar las maneras en las que la ginecología trata con adolescentes que llevan adelante actividades sexuales cis heterosexuales. Recuperando lo analizado, la anticoncepción, su indicación, regulación, control y facilitación constituyen una de las potestades centrales que sobre la que se articula el campo ginecológico. En lo que sigue voy a indagar en las relaciones entre la regulación de la sexualidad de las adolescentes y la indicación de anticoncepción.

A través de la guía *Métodos anticonceptivos*, el PNSSyPR procura instalar una política sanitaria que promueva el acceso a la anticoncepción evitando las barreras que suponen algunas prácticas médicas como, por ejemplo, controles y estudios previos que no serían necesarios. Como vimos, el PNSSyPR promueve que las consultas en relación con la anticoncepción se lleven a cabo a través de una dinámica no indicativa que favorezca la autonomía de la paciente a la hora de elegir el método. Lo que no se configura como alternativa en la adolescencia es la posibilidad de tener una vida sexual heterosexual activa y optar por no utilizar un método.

La naturalización respecto a la utilización de anticonceptivos por parte de las mujeres cis en general, no sólo adolescentes, es el piso del que parten las prácticas médicas y las políticas que regulan su implementación. Las maneras específicas en la que esto se pone en práctica son las que varían. A veces el quehacer ginecológico toma a los anticonceptivos como una especie de botín que le permite asegurar la implementación de ciertos controles.

En las consultas ginecológicas, la indicación de anticonceptivos suele establecerse en relación con el “tipo de mujer” con la que trate, su edad, estilo de vida, tipo de pareja o parejas y hábitos sexuales. Cito a continuación fragmentos de dos entrevistas que permiten profundizar en el análisis de lo recién señalado:

El Programa de Salud Reproductiva es un programa que tiene más de 10 años y sin embargo sabemos que muchos de nuestros colegas aún hacen lo que

quieren. Si no tiene un PAP no le ponen el DIU, me refiero a que las prácticas médicas, los médicos, hace cada uno lo que se le canta, por más que haya una norma escrita (M43. Entrevista a médico/a n°5 - ginecólogo/a y sexólogo/a).

MÉDICO/A: En el caso de las consultas por anticoncepción, es el especialista el que le aconseja, dentro de lo que el paciente quiere, ¿no?

ENTREVISTADORA: ¿Y cuáles son los criterios aconsejar en este tema?

MÉDICO/A: Bueno, depende del tipo de consulta, del tipo de mujer que consulta. A la gente joven yo le aconsejo el preservativo, en pacientes que tienen parejas estables, si quieren, las pastillas anticonceptivas. También se las aconsejo a las puérperas a las que les agrego el DIU. Pero básicamente lo que yo manejo, la mayoría, son esos tres grupos: preservativo para las mujeres más jóvenes que inician relaciones sexuales, pastillas anticonceptivas si ya tienen parejas estables, consolidadas. Y el Dispositivo Intra Uterino a las más grandes que han tenido hijos. Éste es un buen método porque la paciente no requiere una medicación, no está medicada todo el año como con las pastillas y es un método reversible, lo único que requiere es el control, el control que se hace ecográfico (M42. Entrevista a médico/a n°4 - ginecólogo/a).

Me pregunto, ¿la anticoncepción es un derecho o una obligación? ¿Cómo se articulan las dimensiones morales y normativas con las prácticas médicas en torno a la indicación de anticonceptivos? El PNSSyPR establece la obligatoriedad del Estado de garantizar el acceso a la información sobre el uso, efectos buscados y secundarios y beneficios relacionados al uso de anticoncepción, así como el acceso a los métodos específicos. Sin embargo, en ninguno de los materiales analizados en esta investigación se esboza siquiera la posibilidad de optar por no utilizar ningún método. Por el contrario, esa es una alternativa que debe evitarse ya que es asociada al descuido, así como al riesgo del embarazo no deseado.

Tal como señala Mol (2015), los métodos anticonceptivos constituyen a los cuerpos de las mujeres que tienen relaciones coitales como el sitio, por excelencia, donde ha de ubicarse y resolverse el problema del control de la natalidad. Como analizaré a partir de los materiales que cito a continuación, los métodos hormonales son especialmente eficaces en esa constitución:

### **Prevención del embarazo adolescente**

Los métodos anticonceptivos reversibles de larga duración (LARC) juegan un rol importante en la anticoncepción y el incremento en el uso podría ayudar en la reducción del embarazo no planificado y/o interrupción del embarazo en forma repetida.

La recomendación, poco frecuente, del uso de los LARC sugiere que los profesionales de la salud necesitan una guía y entrenamiento para que la usuaria adopte una decisión informada en la elección del método anticonceptivo (M87. Katabian y Oizerovich, 2017).

Para las jóvenes no es que no sirva cualquier método anticonceptivo, sino que hasta los 18 años se les está formando el hueso hasta por lo que la dosis de

estrógeno que tiene que tener esa pastilla tiene que ser alta para que su hueso no se vea debilitado. La dosis no tiene que traer ese problema. En relación con los jóvenes nosotros decimos, cualquier anticonceptivo es mejor que un embarazo no deseado. O sea, cuando lo pones en la balanza, todos sirven antes de pasar por esa situación. Y para evitar los efectos secundarios hacemos controles periódicos seguidos (M40. Entrevista a médico/a nº2 - ginecólogo/a y sexólogo/a).

Los anticonceptivos son la principal herramienta de control de la natalidad. Estos son regulados por el Estado y administrados a través de los equipos de salud, especialmente de la ginecología. En su escala molecular, los métodos hormonales tienen la capacidad de regular la capacidad conceptiva de las mujeres cis a nivel fisiológico con altos niveles de eficacia anticonceptiva. Los “implantes de larga duración”, una de las tantas presentaciones de los métodos hormonales, no requieren de la administración por parte de la usuaria por lo que su efectividad no queda sujeta a su uso.

Una de las prioridades de la atención ginecológica es evitar el embarazo no deseado y, en el caso de las adolescentes, evitar el embarazo en general, pues, se presupone que será no deseado. Para ello, por las características antes señaladas, médicos y médicas suelen priorizar el uso de anticonceptivos hormonales. A diferencia de, por ejemplo, el uso de preservativos, los anticonceptivos hormonales, especialmente los implantes de larga duración, controlan los efectos de la vida sexual de las adolescentes, su dispersión, imprevisibilidad, carácter exploratorio y desregulado.

De un modo u otro, la regulación de la anticoncepción en los cuerpos de las mujeres cis, moldea a su vida sexual como reproductiva. La marca que deja la colocación del implante en el caso de los anticonceptivos de larga duración, el recordatorio diario de la toma de la pastilla, son distintos tipos de avisos, señales, actos que moldean de manera permanente los cuerpos de las mujeres cis como reproductivos.

### **La sexualidad riesgosa y las enfermedades de transmisión sexual**

La sexualidad también se cristaliza como un asunto clínico tangible para la ginecología cuando se la asocia a lo riesgoso, promiscuo y/o patológico. De modos más o menos sutiles, la ginecología monitorea el tipo de prácticas sexuales de sus pacientes y cuando éste no se condice con los parámetros considerados normales, es decir, con lo que se supone que son prácticas sexuales seguras y cuidadas, se

enciende el alerta médico. Para analizar los modos en los que la ginecología asocia la sexualidad con el riesgo cito a continuación fragmentos de un artículo médico titulado *Educación para las pacientes en infecciones vaginales: vaginosis bacteriana* y luego partes de una entrevista realizada a un médico o médica:

### **Factores predisponentes de Vaginosis Bacteriana [VB]**

La edad es un factor de riesgo, es mas frecuente en mujeres en edad reproductiva y menos frecuente en la postmenopausia o en la mujer prepuber. Eso hace pensar que existiría una dependencia hormonal para la aparición de VB. También se encuentra con mayor frecuencia asociado al tabaquismo, el cambio de pareja sexual, relaciones sexuales orogenitales (cunnilingus) (M82. Tilli, Infecciones, 2015).

Cuando vos hacés la anamnesis, por distintas cuestiones, darte cuenta si la paciente por ahí tiene una conducta irresponsable o no, en general, no sólo en la sexualidad y la prevención. Desde, por ejemplo, el uso regular de preservativo, desde si se controla periódicamente, frente por ejemplo a otra mujer que tiene 25 y nunca fue a un ginecólogo, no tiene pareja estable, no usa ningún método anticonceptivo. O sea, te das cuenta porque no es una cosita sola. Son varias que a lo largo de la entrevista van saliendo. Ahí uno se da cuenta si es una paciente de alto riesgo, o no, ¿entendés? No es prejuizar. Eso nos sirve para saber qué tipo de asesoramiento darle, aconsejarla sobre cómo se previenen las infecciones de transmisión sexual, sobre la importancia de tener una pareja estable (M39. Entrevista a médico/a nº1 - ginecólogo/a).

El modo en el que la ginecología aborda clínicamente la consulta de las mujeres cis implica el monitoreo de distintos aspectos que hacen a su estilo de vida. Las consultas que se vinculan al abordaje y tratamiento de algún tipo de enfermedad de transmisión sexual no se acotan en la resolución de la misma. La ginecología no sólo ofrece una respuesta terapéutica orientada a la resolución del cuadro y de los síntomas. También avanza en términos preventivos procurando evitar que ese mismo tipo de cuadro vuelva a repetirse. Lo preventivo, cuya responsabilidad, en última instancia, recae sobre las mujeres cis, supone un determinado modo de llevar adelante aspectos generales de la vida cotidiana relacionados a la salud, y especialmente, a las prácticas sexuales<sup>24</sup>. El momento clínico de la anamnesis

---

<sup>24</sup> M161. Nota de campo nº3: Contacté a la médica a través de un estudiante. Él insistió en hacer el vínculo porque le parecía que esta médica tenía un enfoque muy relacionado lo con lo que yo investigo. “Bueno”, pensé, no sin curiosidad sobre qué creará él que yo investigo y no sin temor de incurrir en los “sesgos metodológicos” de entrevistar a personas con las que compartimos cierto enfoque. Al entrevistarla pensé, otra vez, que trabajar en el campo de los “derechos sexuales”, incluso desde “una perspectiva de género” es tan, tan amplio que, en definitiva, nos dice poco de lo que hacemos.

A lo largo de la entrevista, la médica fue muy generosa con su tiempo y en la manera de explayarse en su relato. Me contó con detalle diferentes casos, me habló de su cansancio, me dejó entrever su compromiso con la profesión, con el hospital en el que trabaja y con sus pacientes. Dos cosas me llamaron la atención, una fue la manera en la que se preocupada por sus pacientes. Sabía muchas cosas y recordaba con cuantiosos detalles distintas anécdotas privadas. De a ratos la sentí un poco

consiste en la puesta en práctica de un cuestionario conformado por una serie de items o indicadores cuya implementación y posterior asociación permite a médicos y médicas trazar una especie de perfil, detectar distintos elementos que indicarían que se está delante de una “pacencia de alto riesgo”. Entre esos indicadores se encuentran el tipo de prácticas sexuales como, por ejemplo, la práctica de “relaciones sexuales orogenitales”, si tiene o no pareja estable, si utiliza o no preservativo, así como otras cuestiones relacionadas al estilo de vida, como el consumo de tabaco.

A continuación, voy a citar fragmentos de una entrevista realizada a un o una estudiante de medicina en la que se comentan aspectos de su experiencia en la práctica ginecológica, específicamente en la realización de PAPs. Luego voy a citar un pasaje del *Consenso de Ginecología Infanto Juvenil* de FASGO en el que se abordan cuestiones relacionadas con las infecciones de transmisión sexual:

ESTUDIANTE: Ahora es distinto, cambió el paradigma, ya no se asocia homosexualidad con HIV, ahora es la promiscuidad. O sea, podés ser promiscuo siendo hombre o siendo mujer, aunque te gusten los hombres o te gusten las mujeres. Ahora se piensa como algo relacionado a una forma de ser, como un estilo de vida.

ENTREVISTADORA: ¿Y cómo se sabe que alguien es promiscuo?

ESTUDIANTE: Y bueno, te lo dicen. Digamos, no te dicen “soy promiscua”, pero, por ejemplo, en gineco en el [Hospital], nosotros teníamos los prácticos y teníamos que hacer PAPs. Al estudio lo hacíamos nosotras, con mi compañera. Antes de hacer el estudio siempre tienes que hacer la historia clínica del paciente, o sea, la anamnesis, como le decimos nosotros. Las primeras preguntas que se hacen en gineco, son la fecha de la primera menstruación y de la última menstruación, y también se pregunta por el número de parejas sexuales. Y bueno, un día llegó una niñita de 16 años y cuando le pregunto el número de parejas sexuales me dijo 13. 13, con 16 años. No te está diciendo que es promiscua, pero bueno, 13 con 16 años, no está dentro de lo que se considera normal. La niña de hecho tenía Papiloma, verrugas de ambos lados del orificio de la vagina (M36. Entrevista a estudiante nº13).

La infección por papiloma virus humano (HPV) es considerada hoy la infección de transmisión sexual (ITS) más común a escala mundial, siendo un motivo frecuente de consulta en los adolescentes. (...). En adolescentes el mayor riesgo de infección por VPH se produce tras el inicio de la actividad sexual, de allí que la mayor prevalencia de infección en menores de 25 años. El inicio precoz de las relaciones sexuales y el número de parejas son los dos factores asociados a mayor riesgo de infección, de gran trascendencia en la adolescencia, ya que es la etapa en la que en su mayoría inician su actividad sexual. (...). El número de compañeros sexuales es el factor correlacionado con un mayor riesgo de infección, estimándose un incremento de un 3-5% para la infección por VPH 16

---

maternal, o sea, sobreprotectora, incluso infantilizante. La otra fue la repetición con la que apareció la palabra “cuidado”: la importancia del cuidado, la valioso del cuidado, lo difícil que es que las mujeres se cuiden a sí mismas. El cuidado le importaba mucho, tanto que lo que a ella le parecía descuidado la ofuscaba bastante.

y 18 por cada compañero sexual. Un incremento del número de contactos sexuales de la pareja masculina de una mujer aumenta el riesgo de infección de esta.

**¿Cuáles son las medidas de prevención?** La utilización del preservativo reduce el riesgo de contagio del VPH, aunque solo lo evita en un 60-70% de los casos, debido al contacto de zonas genitales no cubiertas por el mismo o a su uso inadecuado (M136. FASGO, Infanto-Juvenil, 2016. Destacados en el original).

Como veremos en el capítulo siguiente, en los consultorios urológicos la realización de la entrevista clínica se focaliza en el síntoma y su abordaje terapéutico se orienta a su resolución. De ese modo se dejan afuera de la consulta dimensiones que podrían conectar a ese cuadro clínico con el contexto en el que tuvo lugar. Entre aquello que se suele excluir de las preguntas urológicas están los hábitos sexuales de quienes consultan. A diferencia de la urología, para la ginecología la vida sexual de sus pacientes no es algo ajeno. De modo tácito o de manera explícita, esta especialidad monitorea este aspecto de la vida de sus pacientes, con especial énfasis en las adolescentes.

La *expertise* ginecológica se conforma a partir del entrecruzamiento entre determinadas competencias técnicas, su orientación hacia lo preventivo y, también, de distintos de presupuestos morales sobre lo que es la salud, la sexualidad y el cuidado de las mujeres cis. A partir de la contabilización de las parejas sexuales, la ginecología establece a lo “promiscuo” como un indicador numérico de riesgos. Al elaborarse como un número se produce el borramiento y la homogenización de las particularidades de esos encuentros sexuales. Un número de parejas que se considera excesivo indica promiscuidad. Esta medición deja de lado, por ejemplo, si en esas relaciones se utilizó preservativo, o no, si fueron todas o algunas relaciones cis heterosexuales, si en todas hubo consentimiento o si, por el contrario, hubo algún tipo de violencia.

A diferencia de otras dimensiones exploradas en la entrevista médica ginecológica, la cantidad de parejas sexuales se elabora como un dato en sí mismo, como un número sin contexto. La construcción del número de parejas en tanto indicador, así como los números que indican el aumento porcentual de riesgo por cantidad de parejas sexuales, presentados en el *Consenso de Ginecología Infanto Juvenil* de FASGO, conllevan la reducción de las singularidades contextuales en las que tuvieron lugar estas relaciones, la invisibilización del deseo de las mujeres cis en relación con su vida sexual, así como su infantilización. Como si detrás de esas numerosas parejas sexuales no hubiese una mujer que toma decisiones sobre su

cuerpo y su vida. Los indicadores numéricos de la promiscuidad son la expresión técnica de un instrumento que se construye a partir del entrelazamiento entre premisas morales, técnicas, sanitarias.

La infección causada por el HPV es uno de los motivos de consulta frecuente en los consultorios ginecológicos. En varios de los materiales analizados (M138.FASGO, HPV, 2017; M83. Tilli, HPV, 2015; M134. MSN, Cáncer Cervicouterino, 2014), se manifiesta que, en este país, aproximadamente ocho de cada diez personas hemos tenido contacto con el virus y que, por el modo que tiene de manifestarse, (puede ser asintomático durante largos períodos) no es posible saber cuándo ha sido adquirido. Asimismo, se señala que el uso del preservativo, incluyendo el uso “correcto”, es decir, desde el inicio de las relaciones sexuales de penetración vaginal, baja las posibilidades de transmisión pero que, aún así, éstas son mediamente elevadas. El riesgo aparejado a la actividad sexual en sí, más allá de las prácticas asociadas a la profilaxis, es uno de los tantos elementos que se ponen en juego en el abordaje del HPV. Otros son la edad en la que se iniciaron las relaciones y la cantidad de parejas sexuales que se ha tenido. Al considerar el elemento fortuito que también forma parte de los modos en los que se transmite el virus del HPV, resulta llamativa la precisión con la que se establece el aumento porcentual del riesgo en relación con el número de parejas sexuales.

### **Las consultas de lesbianas y la restricción del abordaje clínico**

En este apartado voy a explorar los modos en los que la ginecología configura la sexualidad como un evento clínico cuando la consulta proviene de pacientes lesbianas. Su abordaje supone un desafío respecto al modo en el que la ginecología define su objeto clínico, es decir, si se trata sólo de los procesos que atañen a lo “genitomamario” o si se abordan cuestiones más generales relacionadas con la salud integral.

Tal como señalan Brown *et al* (2014), muchas veces, la entrevista ginecológica no conlleva la alternativa de que las pacientes manifiesten su sexualidad lésbica, pues las preguntas de la anamnesis presuponen la heterosexualidad de quienes consultan. Sin embargo, en la investigación que da lugar a esta tesis he detectado que esta presuposición de heterosexualidad es un tema que los médicos y médicas lentamente empiezan a registrar, e incluso intentar modificar, a través de la revisión de las preguntas y categorías que utilizan en su trabajo. Tal como veremos a partir

de la entrevista que cito a continuación, el abordaje de las pacientes lesbianas no se conforma sólo en relación con heterosexismo y/o presunción de heterosexualidad, sino también en relación con la división entre, por un lado, el cuerpo biológico, lo ginecológico y los procesos fisiopatológicos que lo afectan y, por otro, el género, la sexualidad y otras cuestiones que hacen a la “vida privada”:

La verdad que en el consultorio son pocas las cosas que te define si la paciente ha tenido una relación con una mujer o con un hombre, salvo alguna infección muy extraña, pero más bien, entre mujeres eso no pasa. No entra dentro de los factores de riesgo tener relación con otra mujer. Nada, ni se embarazan ni, ni contraen... no trae mayores consecuencias. No, no me han tocado casos en los que sea un problema. Y, en general yo trato de dar un rato, espacio, bueno, “¿alguna duda?”, sobre todo cuando inician relaciones, “alguna duda”, esto, lo otro, y después en general pregunto “¿respecto de tu sexualidad, alguna duda, alguna pregunta? ¿Ha pasado algo últimamente que te llame la atención?” Y nada más, porque tampoco meterme en la vida privada ni incomodarla (M40. Entrevista a médico/a nº2 - ginecólogo/a y sexólogo/a).

En algunos casos, médicos y médicas reconocen como importante no presuponer la heterosexualidad, así como abrir espacios en la consulta donde las pacientes puedan manifestar su orientación sexual si así lo desean. Esta actitud se asocia con prácticas médicas respetuosas, de tipo más bien ornamental, y no tanto con prácticas que supongan relevancia clínica. Pues, las relaciones sexuales entre mujeres “no entra dentro de los factores de riesgo”, “ni se embarazan, ni trae mayores consecuencias”. El abordaje ginecológico de las pacientes lesbianas supone la identificación de la sexualidad lésbica como menos riesgosa, no sólo en relación con la transmisión de enfermedades, sino también en cuanto a lo reproductivo.

Lejos de abrir la consulta, es decir, de hacer del consultorio ginecológico un espacio para la consulta de lesbianas, la escisión entre “orientación sexual” y “lo ginecológico” moldea al abordaje clínico de estas pacientes como exclusivamente genitomamario, dejando por fuera las particularidades sexuales y reproductivas por las que podrían consultar las lesbianas. Haciendo propio el concepto de Sedgwick (1998), quebrar la “epistemología del armario”, es decir, la naturalización de la heterosexualidad plasmada en distintos procesos semióticos y materiales, conlleva un permanente ejercicio a contrapelo. Tal como señala Sedgwick, la heterosexualidad se pone de manifiesto de manera permanente de modos que no llaman nuestra atención, ni suponen mayor reparo. Como vimos, en la consulta ginecológica se monitorean de manera permanente numerosos aspectos que tienen que ver con la heterosexualidad de sus pacientes, especialmente en lo que refiere a

los tipos de vínculos sexuales y afectivos que éstas establecen. La orientación de la consulta ginecológica de las pacientes lesbianas exclusivamente hacia el PAP y el control mamario ubica a estas pacientes en el rol de romper el silencio, de ser ellas quienes ponen de manifiesto si tienen o no pareja estable, hijos o hijas, si son casadas o divorciadas o, de lo contrario, a tener convivir con el silencio.

Cito a continuación, fragmentos de distintos materiales en los que se abordan aspectos específicos de la atención ginecológica de pacientes lesbianas:

MÉDICO/A: Actualmente no se habla de homosexual, o gay o lesbiana, se habla de mujeres que tienen sexo con mujeres, MCM, o HCH, hombres que tienen sexo con hombres porque puede ser que, digamos, eventualmente, mantenga relaciones con mujeres, pero también con hombres.

ENTREVISTADORA: Y, en esos casos, ¿la consulta varía de algún modo?

MÉDICO/A: No es que varíe, pero, por ejemplo, hay infecciones vaginales, en estos casos, que están favorecidas por las relaciones orogenitales. Por ejemplo, en mujeres que tengan sexo con mujeres es muy común el sexo oral, y eso puede promover la aparición de una infección que se llama vaginosis, que no es de transmisión sexual, es un desequilibrio de la flora vaginal. Y digamos, tener relaciones entre mujeres es un factor de riesgo para esta infección, y hay que buscarla (M39. Entrevista a médico/a nº1 - ginecólogo/a).

Las **maternidades lésbicas** existieron siempre. Muchas veces las mujeres accedieron a la maternidad a través de relaciones heterosexuales previas a su identidad lésbica. Hoy en día son muchas las lesbianas que deciden convertirse en madres luego de identificarse como lesbianas. Desde hace más de diez años y, en parte, gracias al acceso a las técnicas de reproducción asistida cada vez son más las familias comaternales, es decir, aquellas compuestas por dos madres y sus hijos e hijas (M132. Gemetro y Bacín, 2012. Destacados en el original).

### **¿Qué hablar en la consulta ginecológica?**

Todas las mujeres, independientemente de su orientación sexual tienen derecho a cuidar su salud sexual y reproductiva. Es importante consultar periódicamente al/la ginecólogo/a para:

1). Conversar en un espacio de intimidad y respeto sobre tu vida sexual: Las lesbianas y bisexuales tienen sus propias prácticas sexuales que muchas veces los y las profesionales desconocen. Informarlos facilita una mejor atención. 2). Recibir información sobre cuidados y prevención de infecciones de transmisión sexual. (...). 3). Prevenir el cáncer de cuello de útero. (...). 4). Detectar el cáncer de mama a tiempo. 5). Tener orientación y atención adecuada en todas las situaciones que lo requieran: Prácticas sexuales, embarazo, reproducción asistida, menopausia, violencia, entre otras que puedan abordarse en la atención ginecológica.

Lesbianas y mujeres bisexuales tienen derecho a un trato respetuoso, digno, amigable, y sin discriminación para expresar su propia orientación sexual en la consulta ginecológica. Lo establece la 25.673 [Que crea el PNSSyPR]. (M75. MSN, INADI y FALGTB, s.f.).

Reconocido el lesbianismo de sus pacientes, el quehacer de los consultorios ginecológicos puede orientarse a la búsqueda de algún tipo de infección “poco

peligrosa” asociada a las prácticas sexuales orogenitales las que, vale la pena señalar, no son de exclusividad lésbica. El quehacer ginecológico se restringe dejando de lado la promoción de alternativas que el Estado supuestamente garantiza a través de las políticas ligadas a la salud sexual y reproductiva, implementada por el PNSSyPR. En estos casos, el quehacer ginecológico parece discurrir por un carril paralelo a las aperturas no heterosexistas que abren estas políticas. Tal como señala Peralta (2010) se asume que las lesbianas no tienen nada que ver con la reproducción dejando de lado la información sobre los derechos reproductivos que les corresponden.

### **5. El cisexismo, su productividad transfóbica y los límites disciplinarios de la ginecología**

El objetivo del presente apartado es analizar los modos en que las definiciones epistemológicas y las competencias clínicas que conforman a la ginecología se relacionan con el abordaje de las demandas de los hombres trans. Las características de estas relaciones tienen lugar en la condensación de distintas dimensiones que, como venimos viendo, atraviesan y dan forma al campo ginecológico. Me refiero, por ejemplo, al funcionamiento de regulaciones cis heterosexistas, a las regulaciones estatales promovidas por el PNSSyPR, a la disponibilidad de anticonceptivos, a los espéculos, a los instrumentos que intervienen en la realización de PAPs, entre otros. Esta condensación se conforma en relación con otras dos dimensiones específicas: a la Ley de Identidad de Género y la disponibilidad de hormonas como la testosterona, hormona que utilizan muchos hombres trans para transformar sus cuerpos.

En esta investigación he detectado que, de modo general, la ginecología se relaciona con la salud de los hombres trans de dos maneras: 1- en el marco de consultorios insertos en los servicios de ginecología, es decir, en coherencia con el cis heterosexismo que estructura al campo ginecológico; 2- desacoplando las competencias clínico-terapéuticas específicas de la ginecología, principalmente la realización de PAPs y los controles mamarios -si fuese pertinente-, de los servicios de ginecología para re-articularlas en otros tipos de estrategias clínicas como los llamados “consultorios amigables” y el caso del servicio de “calidad de vida”. Estas

rearticulaciones se relacionan con los efectos productivos de las demandas de los pacientes trans y con la posibilidad de apertura que se pone de manifiesto en algunas experiencias puntuales.

La emergencia de las alternativas clínicas recién señaladas guarda estrecha relación con las limitaciones que produce la identificación del campo ginecológico con “la salud de la mujer”. Como vimos a lo largo del capítulo, el campo ginecológico, sus prácticas y competencias clínicas, la configuración de sus objetos y estrategias terapéuticas se relacionan de manera constitutiva con “la mujer”. La construcción de “la mujer” como objeto clínico homogéneo es resultado de un permanente ejercicio organizado en términos de ampliación y reducción. Este ejercicio consiste en la identificación de la “la mujer” con ciertos órganos como la vagina, útero, ovarios y mamas haciendo de lo reproductivo su naturaleza.

Los cuerpos de los hombres trans también pueden tener úteros, vaginas, ovarios y mamas y atravesar por procesos de salud y enfermedad relacionados con estos órganos. Requieren de controles para prevenir el cáncer de cuello de útero. Pueden menstruar, embarazarse, abortar. Algunos pueden necesitar asesoramiento en torno a métodos anticonceptivos o hacer alguna consulta relacionada con infecciones de transmisión sexual. Sin embargo, las especificidades que caracterizan a sus procesos, que los distinguen de los de “la mujer”, no forman parte de las definiciones del campo de la ginecología ni de las competencias que se supone deben manejar ginecólogos y ginecólogas.

Un efecto de las regulaciones cisnormativas (Serano, 2014, 2017) es la producción de los procesos de salud de las mujeres cis como objeto natural de la ginecología. Esta identificación constitutiva se relaciona con las definiciones epistemológicas que dan forma al campo, con las prácticas clínicas y terapéuticas de la especialidad y, también, con las características de los servicios. La solicitud de turnos, el tiempo en las salas de espera, la demanda para la realización de estudios, conforman instancias por las que las mujeres cis fluyen con naturalidad, pero que, sin embargo, pueden conformarse como un campo minado de obstáculos, reparos y barreras para los hombres trans. Pues, lo que se espera, es que los hombres asistan a los consultorios ginecológicos como acompañantes y no como pacientes (Ortega et al., 2017).

A continuación, voy a dar lugar al análisis de la atención de los hombres trans en los consultorios ginecológicos. Luego, voy a analizar algunas particularidades de

las estrategias clínicas implementadas en los “consultorios amigables” y en el consultorio de “calidad de vida”.

### **Los servicios de ginecología y la imposición de una naturaleza femenina**

El derecho a la salud integral, transicional, sexual y reproductiva de las personas trans se encuentra garantizado y regulado por leyes nacionales entre las que se destacan la Ley Nacional de Identidad de Género y la que da lugar al PNSSyPR. Este programa, junto con la Dirección de Sida y ETS, han elaborado algunos materiales que se proponen incidir en las prácticas de equipos de salud respecto del abordaje clínico de los cuerpos y los procesos de salud y enfermedad de las personas trans. A continuación, cito un fragmento de la Guía *Atención de la salud integral de personas trans* elaborada por el PNSSyPR:

Una importante barrera de acceso al sistema de salud y, por lo tanto, a una atención oportuna y de calidad, es la falta de reconocimiento por parte de lxs integrantes de los equipos de salud de la existencia de diversas maneras de expresar, transitar e identificarse con los géneros, así como de las múltiples formas de comprender y experimentar las sexualidades. (...).

En todo el proceso de atención, garantizar el respeto de la identidad de género de las personas incluye: 1- Preguntar a la persona cuál es su nombre y de allí en más utilizarlo. (...). 3- Nombrar y referirse siempre a la persona de acuerdo con el género expresado, por ejemplo, referirse en masculino a un varón aun si está embarazado. 4- Evitar el uso de expresiones que señalen género (“señorita”, “caballero”, etcétera) cuando este no se conoce. 5- Incluir en todo instrumento de registro (planilla de turnos, historia clínica, certificados, expedientes, etcétera) únicamente el nombre expresado por la persona. (...). (M126. MSN, Salud trans, 2015).

En la citada guía se señala la importancia del reconocimiento por parte de quienes integran los equipos de salud de las vivencias heterogeneas y múltiples del género y la sexualidad. Se destaca la importancia del reconocimiento y respeto de la identidad de género de las personas que consultan. Tal como se señala en un informe elaborado por distintas organizaciones del activismo trans local, la vulneración de la identidad de las personas trans conforma una de las tantas barreras que restringen el acceso al sistema sanitario por parte de esta población (Akahatá et al., 2016; Bento, 2006; Capicua, 2013; Edelman y Zimman, 2014; Fundación Huésped, Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires e IIGG, 2017; Reisner, Keatley, y Baral, 2016, entre otras). Frente a esto me pregunto, el reconocimiento de la identidad de género, ¿es indiferente a la naturaleza de los cuerpos? Lo “semiótico” de la identidad, ¿permea de alguna manera la materialidad de los genitales? A lo

largo de este apartado voy a analizar las maneras en las que la ginecología escinde aquellas prácticas referidas al “reconocimiento” del paciente de las implicadas en el abordaje de su “biología femenina”.

En la guía anteriormente citada se señala que los y las profesionales que forman parte del equipo de salud deben “nombrar y referirse `siempre´ a la persona de acuerdo con el género expresado, por ejemplo, referirse en masculino a un varón `aun´ si está embarazado”. Las indicaciones respecto del reconocimiento identitario son precisas. No obstante, la pausa temporal que implica el uso del adverbio “aún” ubica a la materialidad corporal de los hombres trans como una instancia diferente y posterior respecto del reconocimiento meramente retórico, en un lugar quizás más profundo, cuyo abordaje requiere mayor distancia y respeto.

Tal como se señala en las entrevistas que cito a continuación, los hombres trans asisten a los consultorios ginecológicos para realizarse controles. El abordaje, como analizaremos más abajo, se circunscribe principalmente a la exploración de los órganos atañen al PAP. Asimismo, suele vulnerarse, sin mayor reparo, el reconocimiento y respeto por la identidad de género:

En general, [al consultorio] me llegan consultas de personas trans que ya están hormonadas y no están operadas y tienen genitales femeninos, entonces vienen a hacerse el control ginecológico, o personas que van a empezar el tratamiento y que el endocrinólogo o el médico que les va a hacer el tratamiento hormonal les pide un examen ginecológico. Sí, en general recibo pacientes en esa condición. Una mujer trans, me refiero a mujer-varón, que no se opera. Hay muchas que eligen y solamente se hacen la mastectomía. Conservan el útero, dejan de menstruar por el tratamiento hormonal. O sea, que eso [la menstruación] no sería un problema, pero tienen útero y vagina, y de repente, el Papanicolaou se lo tienen que hacer. Tuve un caso de un chico que lo que más le molestaba era menstruar. Y yo le decía “bueno, pero podemos sacarte la menstruación con medicación hormonal menos nociva que la testosterona”. La testosterona lo que les da es la virilización de los caracteres sexuales secundarios. Además, la testosterona le pone al cerebro la agresividad que tiene el varón (M51. Entrevista a médico/a nº14 - sexólogo/a y ginecóloga/o).

Hay muchas que han sido operadas. El año pasado me tocó un caso interesante, el cirujano plástico me vino a buscar. Era sobre una chica que quería reasignación de sexo, y cuando vos la veías, era un varón. Tenía barba, era, para colmo, de familia árabe y ya hacía no sé cuántos años que estaba con andrógenos, entonces, la plástica le iba a hacer una reasignación a partir, digamos, de generarle un neopene. A través de la piel de acá, del antebrazo (...) Y entonces, cuando vino al consultorio, después de hacerle el Papanicolaou, revisarlo, todo... Era muy, muy chocante, tenía las piernas, así, de Maradona, re peluda, y genitales femeninos. ¿Viste? Así que lo hemos operado, y bueno, le iban a hacer, en unos meses, le iban a hacer una segunda cirugía (M39. Entrevista a médico/a nº1 - ginecólogo/a).

Los cuerpos de los hombres trans tienen úteros, vaginas y ovarios, órganos que, siguiendo las premisas preventivas que estipula la ginecología, deberían ser controlados. ¿Cuáles y cómo son las condiciones para que los controles en salud se realicen con frecuencia? Los relatos médicos ubican a los hombres trans en un lugar de cierta ajenidad respecto de los consultorios ginecológicos. Su pertenencia se fundamenta en la portación de una “naturaleza femenina” dada por sus genitales y órganos “femeninos”. Es decir, la asistencia de los hombres trans a los consultorios ginecológicos conlleva la imposición de una ontología corporal que la ginecología no revisa ni modifica en relación con las singularidades de los pacientes con los que trata.

Los efectos materiales de la autoadministración de testosterona que realizan los hombres trans, pone en crisis la delimitación entre lo identitario y lo corporal como órdenes independientes que introduce las prácticas médicas. Los “andrógenos”, especialmente la testosterona, penetran en los consultorios ginecológicos produciendo interferencias en el campo clínico de esta especialidad. La naturaleza de los cuerpos que requieren de controles no se ajusta a las definiciones cissexuales de “hombre” pero tampoco a las de “mujer”. ¿Puede la ginecología atender a la salud de los hombres trans en sus propios términos?, es decir, ¿puede abordar sus cuerpos como cuerpos de hombres y no como cuerpos de mujer?

Las prácticas clínicas que se ponen en juego en los controles ginecológicos son resultado del entrelazamiento de actitudes repulsivas, de intentos de “suavizar” el uso de la testosterona y la identificación de esta hormona como “nociva”, del uso indistinto de pronombres femeninos y masculinos, de la colocación de espéculos y la realización de PAPs. Ginecólogos y ginecólogas no disponen de instrumentos semiológicos específicos. No utilizan, por ejemplo, una guía de preguntas que les permitan considerar las singularidades de los procesos de salud y enfermedad que tienen lugar en la vida de los hombres trans. A diferencia de lo que sucede en la atención de las mujeres cis, la realización del PAP no viene acompañada de preguntas que indaguen sobre los aspectos “integrales” de la salud. No se pregunta, por ejemplo, si se tienen o no una pareja estable, en la cantidad de parejas sexuales, en la existencia o no de proyectos reproductivos. El quehacer ginecológico se acota a una dimensión técnica y profundamente moral que permite examinar los órganos y genitales “femeninos”, como si estos permaneciesen, en última instancia,

indiferentes a las transformaciones que causa el crecimiento de pelos en las piernas, de la barba e incluso del retiro de la menstruación.

El acceso de los hombres trans a los consultorios ginecológicos tiene lugar a costa de la imposición de una naturaleza genital femenina, imposición que se acentúa en los cuerpos racializados, “árabes y muy peludos”. Allí la ginecología planta el bastión que justifica su atención haciendo de las vaginas, cuello de úteros y úteros de los hombres trans la evidencia inapelable de que la atención de esos cuerpos le corresponde ya que, en última instancia, se trata de cuerpos “de mujer”.

La densidad y gravitación de “la mujer” como marco epistemológico y referente empírico (producido como tal en relación con el campo ginecológico) organiza y da forma a lo que ginecólogos y ginecólogas hacen, es decir, a lo que miran, revisan, prestan atención, indican, así como también a lo que no hacen, consideran, ni tratan. Tal como se señala en el fragmento de la *Guía para Personal de Salud sobre Salud Sexual y Reproductiva y Prevención de la Violencia hacia Población LGTB* la discriminación que producen las prácticas ginecológicas se relaciona no sólo con lo que los médicos y médicas hacen sino también con lo que no saben, ni imaginan, ni preguntan respecto de los procesos de salud y enfermedad específicos de los pacientes trans:

#### **Prevención de embarazos y Atención ginecológica**

Las mayores dificultades que manifiestan varones trans sobre la consulta ginecológica están vinculadas a situaciones de discriminación y a un profundo desconocimiento sobre la atención ginecológica apropiada. Estas situaciones redundan en una menor atención de la salud sexual con diferentes consecuencias en la vida y la salud de la población trans. [...].

#### **Discriminación hacia personas trans en el sistema de salud:**

Las personas trans suelen enfrentar barreras de atención en todos los servicios sanitarios debido a situaciones de discriminación basadas en identidad de género. El respeto a su identidad de género es clave tanto como la despatologización en todo el proceso de atención. Para ello es preciso capacitar y formar al personal de salud en virtud de garantizar encuadres, información y atención médica apropiada. [...].

Los varones trans tienen derecho a contar con información y atención apropiada para quienes optan por operaciones de cambio de sexo, atención ginecológica y endocrinológica apropiada para garantizar los tratamientos de masculinización. Asimismo, es preciso que se trabaje en la capacitación de servicios de ginecología formados para la atención de salud sexual, la prevención de ITSs y la realización de PAPs y colposcopías para la prevención de cáncer de cuello de útero y la prevención de embarazos no deseados (M132. Gemetro y Bacín, 2012).

Los cuerpos, los úteros, las vaginas, los ovarios y las mamas, pero también las hormonas, no conforman realidades unívocas externas e impermeables a la

identidad de género (Edelman y Zimman, 2014; Stryker, 1994; Zimman, 2014). La imposibilidad de la ginecología de abordar los cuerpos de los hombres trans como cuerpos de hombres trans, responde a un límite semiótico, material y práctico de esta disciplina.

¿Podría la ginecología, sin problematizar sus fundamentos ontológicos y epistemológicos, articular una estrategia de atención clínica acorde a las realidades corporales de los hombres trans? En los programas de formación en tocoginecología no hay mención alguna respecto de personas trans, sus cuerpos y procesos de salud y enfermedad (M6. UBA, FMed, Dto de Tocoginecologia, 2014; M7. Ministerio de Salud CABA, 2012; M8. Ministerio de Salud Prov. Bs As., s. f.; M10. MSN, Residencias tocoginecología, 2010). ¿Alcanzaría con que esos mismos programas añadan una unidad específica, diferencial, sobre salud trans? (Lykke, 2012) ¿Puede la ginecología, en los términos que la configuran como especialidad, llevar a cabo un abordaje respetuoso, dialógico, permeable a las demandas y especificidades de esos cuerpos y procesos de salud y enfermedad? (Coll-Planas, 2010). ¿Es posible desandar el cissexismo, en el que se construyen los cuerpos de las mujeres cis y que excluye a los hombres trans, sin problematizar la cisnormatividad que da forma a la ginecología como especialidad?

Las alternativas que voy a analizar a continuación sugieren que no, que el abordaje ginecológico de los hombres trans, abierto a las singularidades vitales y ontológicas de los hombres trans, quiere de estrategias clínicas que se desacoplen del cissexismo que estructura y da forma al campo ginecológico.

### **La atención de pacientes trans y la reconfiguración de las competencias clínicas ginecológicas**

En la investigación que da lugar a esta tesis he detectado dos tipos de estrategias clínicas en la que lo ginecológico se articula y re-organiza en función del abordaje de los procesos de salud de las personas trans (González-Polledo, 2010). La primera se conforma por los llamados “consultorios amigables”, estrategia que surge a partir de demandas del activismo LGTB local, particularmente del activismo trans y de su recepción por parte de la Dirección de Sida y ETS del ex Ministerio de Salud de la Nación. La segunda estrategia surge a partir de la iniciativa de un equipo médico que recibe de manera frecuente la consulta de hombres trans. En ambos casos, el quehacer propio de la ginecología se desplaza y desacopla del servicio de

ginecología para emplazarse ya sea en los consultorios amigables o en los consultorios de “Calidad de Vida”.

Estas estrategias no logran suprimir los efectos de regulaciones cis normativas que dan forma no sólo a la ginecología sino al quehacer de la medicina en general. Lo que, de diferentes formas, estas estrategias consiguen es la promoción e implementación de prácticas clínicas más abiertas y permeables a los procesos corporales de salud y enfermedad que afectan a los hombres trans. Cito a continuación fragmentos de la guía *Atención de la salud integral de personas trans* y de la guía de implementación de *Consultorios amigables para la diversidad sexual*:

En los últimos años se crearon *consultorios amigables* para la población LGTBQ, en muchos casos en articulación con organizaciones sociales. Si bien constituyeron un avance sustancial en la eliminación de barreras de acceso al sistema de salud, y permitieron visibilizar temas hasta entonces no contemplados, el desafío actual es afianzar una atención integral, igualitaria y de calidad en toda la estructura del sistema.

El modelo de atención debe centrarse en el fortalecimiento del primer nivel de atención, y en la articulación efectiva de los distintos niveles que conforman el sistema sanitario (M126. MSN, Salud trans, 2015).

### **Atención**

La oferta de atención se estructura a partir de tres tipos de prestaciones básicas; la persona que llega puede potencialmente participar de las tres o bien centrarse en el tipo de atención que requiera en ese momento.

#### **Atención clínica**

El proceso de atención es sostenido por el equipo de salud que adscribe al paciente. Un equipo está conformado por un enfermero y un médico/a (clínico o generalista) pero en otras circunstancias, profesionales pertenecientes a diferentes disciplinas (ginecología, infectología, psicología, etc.) pueden desempeñar un rol protagónico en sostener el vínculo terapéutico entre paciente e institución. [...].

El trabajo clínico inicial se complementa con determinaciones bioquímicas, que incluyen hemograma, función hepática y renal, determinaciones hormonales y serología para hepatitis, VIH y sífilis, entre otras. Las prácticas que se realizan en el consultorio son las habituales del primer nivel de atención: vacunaciones, curaciones, aplicación de inyectables, extracción de muestras para análisis, PAP, entrega de medicamentos, de preservativos y geles. La mayoría de ellas son realizadas por enfermeros/as, que por su dinámica de trabajo tienen la posibilidad de interactuar con los/las pacientes de una manera mucho más ágil e informal resolviendo la demanda rápidamente (M133. Dirección de Sida y ETS, Consultorios Amigables, 2013).

Los consultorios amigables se enmarcan en una estrategia de Atención Primaria de la Salud. A través de la conformación de equipos interdisciplinarios compuestos por médicos y médicas de especialidades clínicas básicas y por profesionales en enfermería, trabajo social, psicología y promotores y promotoras

de la salud, estos consultorios ofrecen servicios orientados a la promoción de la salud y la prevención de enfermedades. Los promotores y promotoras son quienes se encargan de difundir la existencia del servicio en la población LGTB, así como de llevar propuestas para adecuar la estrategia de atención. Quienes desempeñan ese rol suelen pertenecer a organizaciones LGTBs. Estos servicios se insertan ya sea en Centros de Atención Primaria o en Hospitales. Generalmente funcionan en un horario vespertino adecuando su propuesta a las particulares de las vidas de las personas LGTB a las que intentan llegar.

En estos consultorios los hombres trans pueden acceder a distintos tipos de servicios y estudios relacionados con su salud, en general, y también a las particularidades de la salud transicional, especialmente el tratamiento hormonal. Entre los estudios disponibles se encuentra el PAP cuya realización puede estar a cargo de un ginecólogo o ginecóloga, pero también de un médico o médica generalista, e incluso de un enfermero o enfermera.

La segunda estrategia clínica que quisiera analizar consiste en la configuración de un servicio llamado “calidad de vida”. Cito a continuación fragmentos de dos entrevistas realizadas a ginecólogos o ginecólogas que allí se desempeñan:

[La ginecóloga principal del equipo] le cambió el nombre, en lugar de “ginecología” le puso “Calidad de Vida” de alguna manera, para que los varones trans no sientan que están yendo a la ginecóloga. Es algo muy resistido, y con razón, ¿no? Entonces, a la ginecóloga se le ocurrió esa estrategia para hacerles el Papanicolaou, el examen mamario, digamos, la atención de las cuestiones que hacen a su biología femenina, si se quiere (M43. Entrevista a médico/a n°5 - ginecólogo/a y sexólogo/a).

Nuestro servicio se llama Medicina Sexual y Calidad de Vida e incluye a la ginecología. Suele pasar que vienen personas que son fenotípicamente varones. (...) De hecho, en el servicio tenemos muchos varones, porque las chicas que se atienden muchas veces vienen con los maridos, porque aquí nos proponemos llevar adelante una atención integral de la sexualidad. Entonces alentamos a que vengan con los maridos, por ejemplo, si está embarazada, si hay una infección de transmisión sexual, o transmisible sexualmente. Por fertilidad se atienden también a varones y mujeres. O sea, en este consultorio no es raro ver hombres. No es lo más frecuente, pero tampoco es raro (M44. Entrevista a médico/a n°6 - ginecólogo/a y sexólogo/a).

La estrategia del consultorio de Medicina Sexual y Calidad de Vida supone una serie de aperturas en relación con el consultorio de ginecología. Una de ellas atañe a su identificación como un servicio que se dedica exclusivamente a la salud de mujeres cis. Este servicio se relaciona con la atención de hombres cis y trans. Por un lado, en nombre de la atención integral de los procesos que afectan a la sexualidad,

como cuestiones vinculadas a la fertilidad y a las infecciones de transmisión sexual, lleva adelante un abordaje vincular de algunos procesos. Por ello, se convoca a las parejas, hombres cis, de las mujeres cis que consultan. Por otro lado, este servicio se propone llevar a cabo el abordaje de la salud de los hombres trans de manera integral. Para ello, como veremos en el fragmento de la entrevista que cito a continuación, su propuesta clínica resulta de su afectación por parte de las demandas y requerimientos específicos de los hombres trans. Su apertura posibilita el replanteo y la modificación de algunas de las prácticas médicas que caracterizan a la ginecología:

Ellos, en general, vienen a control. Yo tengo una, digamos, un *check list*. Primero, dejo que me hablen todo lo que quieran. Después les hago algunas preguntas dirigidas sobre fertilidad, o sea, si desean en algún momento tener hijos, por adopción, por la pareja, o con sus propias gametas. Fertilidad, en general, es un tema que no lo sacan espontáneamente. Y nosotros tenemos que saber si hay que conservar gametas o no (...). La orientación sexual tampoco es un tema que salga espontáneamente, y tenemos trans que son homo. Entonces, si viene un paciente homosexual que todavía sigue sangrando, o sea, que tiene la posibilidad de embarazarse, porque tienen relaciones, ¿verdad? Y entonces hay que hablar de anticoncepción, buscar algún método anticonceptivo, que en principio no sea hormonal ¿no? Entonces yo les tengo que preguntar por su orientación sexual (...). Otra cosa que no sale espontáneamente son los intentos de suicidio, la depresión. Eso lo trabajamos de manera conjunta con la psicóloga... Las comorbilidades, si toma alcohol o si fuma. Con la clínica y la psicóloga abordamos toda esa parte. (...). Tratamos de no controlar la persona en partes. Los varones, en general, lo que quieren es evitar el cáncer, y lo que más se les complica es el Papanicolaou. No todos lo aceptan. Yo les explico que es como hacer un exudado de fauces, con un hisopo. Que es lo mismo que se hicieran un exudado de fauces o un estudio del colon (M44. Entrevista a médico/a n°6 - ginecólogo/a y sexólogo/a).

Organizar e implementar una estrategia de abordaje de los procesos ginecológicos que atañen a los hombres trans no consiste simplemente en omitir algunas de las prácticas que tienen lugar en la atención de mujeres cis y en mantener otras. Por el contrario, requiere del diseño de una estrategia situada, específica, que se configure en relación con las especificidades de las vidas y cuerpos de los hombres trans.

El servicio de Medicina Sexual y Calidad de Vida lleva a cabo un quehacer reflexivo que atañe no sólo a la disposición general del servicio. También afecta al cuestionario que estructura la realización de la entrevista o anamnesis modificando aquello que se considera o no. La implementación de una estrategia clínica situada implica, en este caso, poner a disposición de sus pacientes el acceso a terapias de

reproducción asistida y métodos anticonceptivos. Supone también la modificación de las prácticas y de los objetos que intervienen en la realización del PAP. La estrategia general de este servicio supedita a la ginecología a un marco epistemológico diferente que, consecuentemente, permite la emergencia y la interrelación con procesos de salud y enfermedad que tienen lugar en las vidas de los hombres trans. Asimismo, este servicio supone la puesta en práctica de una estrategia interdisciplinaria lo cual favorece y amplía las posibilidades terapéuticas de un servicio exclusivo de ginecología, dando lugar a un abordaje, si se quiere, más integral.

Según lo analizado, pareciera que la ginecología no tiene condiciones para realizar el abordaje de la salud sexual y reproductiva de hombres trans, en los términos de las vidas y de los cuerpos de éstos. Las intensas regulaciones que dan forma al campo ginecológico, a sus definiciones disciplinarias y prácticas clínicas le imprimen un cissexismo estructural. Una sacudida demasiado fuerte respecto de los parámetros cissexistas trae aparejada el desacoplamiento del quehacer ginecológico y su articulación en otro tipo de servicio como los consultorios amigables o el consultorio de Calidad de Vida. No se trata de cambios de nombre, sino más bien de experiencias de reconfiguración de las definiciones epistemológicas y ontológicas que organizan a esta especialidad.

## **Recapitulación**

A lo largo del capítulo se han examinado las prácticas clínicas de la ginecología y el modo en el que éstas se relacionan productivamente con los cuerpos con los tratan. Se ha caracterizado al campo ginecológico como particularmente complejo, atravesado por y constituido en el funcionamiento de normas sexo-genéricas, normativas emanadas e implementadas por distintas dependencias estatales, las características propias campo de la salud sexual y reproductiva y por lo objetos y sustancias biotecnológicas que forman parte de las interacciones que tienen lugar en los consultorios ginecológicos, destacándose los métodos anticonceptivos. Se han analizado las maneras en las que la ginecología se articula con el funcionamiento regulaciones cis heterosexuales, específicamente, a través del moldeamiento de las capacidades gestantes de las mujeres cis. Se analizaron los distintos procesos que

confluyen en la conformación del objeto clínico de la ginecología, es decir, “la salud de la mujer”, así como sus efectos.

Para llevar a cabo este análisis se ha elaborado una herramienta conceptual específica, me refiero a las “condensaciones ginecológicas”. Ésta ha permitido examinar de manera compleja los procesos heterogéneos, multidimensionales e incluso ambivalentes que se yuxtaponen y entrecruzan en la conformación y desenvolvimiento del campo de la ginecología. Las condensaciones ginecológicas suponen articulaciones específicas entre micro y macropolíticas que tienen lugar en la relación del campo ginecológico y los cuerpos con los que esta especialidad trata.

A lo largo del capítulo se han analizado cinco tipos de condensaciones ginecológicas: La primera consistió en los modos en los que se configura la ginecología y el campo de lo ginecológico con relación a las regulaciones estatales. Se examinaron las maneras en las que estas regulaciones orientan el perfil profesional hacia el “cuidado integral de la mujer” y hacia el campo de la salud sexual y reproductiva. La segunda, refirió al modo en el que las mujeres cis se convierten en pacientes ginecológicas y a la producción, a través de distintos hitos clínicos, de sus trayectorias vitales en términos de “ciclos” organizados a partir de su capacidad reproductiva. La tercera condensación consistió en el funcionamiento preventivo del quehacer ginecológico. Se analizaron las maneras en las que se organizan los “controles ginecológicos” y sus efectos, entre ellos la asistencia regular de las mujeres cis a los consultorios de esta especialidad. La cuarta consistió en el modo en el que la ginecología hace o no de la sexualidad de quienes consultan un evento clínico. Se analizaron cuatro casos: 1-las consultas ante una “disfunción” sexual, 2-la sexualidad adolescente y el riesgo de embarazo no deseado, 3- el ejercicio sexual considerado “promiscuo”, 4- las consultas de lesbianas. La quinta condensación refirió a la relación de las prácticas de esta especialidad con la atención de la salud ginecológica de hombres trans. Se analizaron dos estrategias clínicas en la que lo ginecológico se articula por fuera de los servicios de ginecología: los consultorios amigables y un servicio llamado de “calidad de vida”.

## Capítulo 2

### La urología y las ontologías corporales

#### Un mapeo de composiciones clínico-terapéuticas en el campo urológico

##### Introducción

En este capítulo me propongo analizar la relación entre las prácticas médicas de la urología y los cuerpos con los que trata, así como algunos de los efectos productivos de tal vinculación. En términos generales, la urología es una especialidad clínico-quirúrgica que se define por el abordaje de un objeto delimitado, compuesto principalmente por las patologías que atañen al “sistema urinario de la mujer” y al sistema “génitourinario del varón” (M15. UBA, Fmed, Dto Cirugía - Orientación Urología, 2015; M14. SAU, 2012; M12. HIBA, Residencia urología, 2018). Aunque no se trate de una especialidad definida por la atención de los procesos de salud que afectan a hombres cis, son ellos quienes más asisten a los consultorios urológicos<sup>25</sup>.

Dentro del campo de esta especialidad conviven prácticas médicas disímiles, prácticas que, aún siendo urológicas, suponen matices y diferencias con aquellas que se llevan a cabo habitualmente en el marco de la urología general. El objetivo de este capítulo consiste, por un lado, en el análisis de las competencias clínicas y terapéuticas que caracterizan a la urología general, especialmente en lo que respecta a su quehacer quirúrgico. Por otro, en el mapeo (Law, 2015) de tres composiciones clínico-terapéuticas específicas que tienen lugar en los consultorios de esta especialidad, a saber: las dolencias prostáticas, las colocaciones de prótesis penianas y testiculares y la realización vaginoplastías.

La urología es una especialidad clínico-quirúrgica. Eso quiere decir que su desempeño se lleva a cabo no sólo en consultorios médicos sino también en quirófanos y salas de internación. La primera etapa de la formación en médico o médica especialista en urología consiste en el aprendizaje del quehacer quirúrgico.

---

<sup>25</sup> Asimismo, son quienes más ejercen esta especialidad. Si bien esta no es una dimensión que va a ser puntualmente analizada en esta tesis, llama la atención que, en Argentina, sea la especialidad con mayor diferencia entre la cantidad de médicos y médicas que la ejercen. Según el informe *Análisis de la distribución geográfica de médicos especialistas en la república Argentina*, más del 95% de quienes se han especializado en urología en residencias nacionales son hombres (M176. Navarro Pérez, et. al., 2015).

El primer año de la residencia básica en urología es compartido con la residencia en Cirugía General, mientras que, en la postbásica, la formación en especialista en urología se imparte a médicos y médicas ya formados como cirujanos generales (M17. UBA, Fmed, Residencias postbásicas, 2018).

La urología se define como una especialidad que trata y resuelve la “patología genitourinaria” (M14. SAU, 2012). Los diferentes materiales analizados indican que el quehacer de esta especialidad se focaliza en el abordaje y la resolución de las distintas patologías y dolencias que afectan al sistema urinario tanto de hombres como mujeres cis, así como de las enfermedades que atañen a los genitales de los primeros. A diferencia de la ginecología que se define por el “abordaje de la salud integral de la mujer” (M10. MSN, Residencias tocoginecología, 2010) y que buena parte de sus estrategias médicas están orientadas en torno a la prevención y a los controles periódicos de salud, el ejercicio de la urología suele iniciarse a partir de las demandas de pacientes que consultan alertados por un síntoma. El hecho de que las consultas urológicas tengan lugar a partir de un malestar y no por el requerimiento de un “control en salud” se relaciona con las dificultades que caracterizan a la relación de los hombres cis con el cuidado de su salud (Carrara, Russo, y Faro, 2009; Marshall y Katz, 2002), con el lugar marginal que ocupa lo preventivo en la configuración de los quehaceres clínicos de la urología y, también, con el carácter resolutivo que las habilidades quirúrgicas le imprimen al campo clínico de esta especialidad.

Uno de los supuestos que recorre a este capítulo es que el campo de urología, sus posibilidades y aperturas, así como sus cierres y limitaciones, se configura en relación con un saber-hacer técnico-quirúrgico. Eso quiere decir que lo quirúrgico no consiste solamente en una habilidad técnico-terapéutica, sino en una dimensión onto-epistemológica que da forma a las categorías con las que esta especialidad organiza y modula su campo, a las prácticas clínicas y terapéuticas con las que lo aborda y, también, a la naturaleza de los objetos clínicos con los que trata. Como veremos a lo largo del capítulo, las estrategias clínicas y terapéuticas de esta especialidad se organizan en términos resolutivos mientras que los objetos con los que trata se conforman fundamentalmente como somáticos, circunscriptos y localizados, asibles para el quehacer urológico.

Uno de los objetivos del capítulo consiste en mapear, es decir, localizar y situar (Law, 2015), lo que llamo “composiciones urológicas”. Recuperando los aportes de

Ariza (2014), Deleuze y Guattari (2010), Law (2007) y Phillips (2006), entiendo a las composiciones urológicas como tipos de agenciamientos, es decir, como conexiones específicas entre elementos heterogéneos, semióticos y materiales, que se disponen de manera singular dando lugar a unidades compositivas creativas. En este capítulo me propongo analizar tres composiciones clínico-terapéuticas: las que tienen lugar en el abordaje de las dolencias prostáticas, en la colocación de prótesis penianas y testiculares y en la realización de vaginoplastías. Cada una de estas tres composiciones implican una disposición y conexión particular entre las definiciones epistemológicas de la urología, sus habilidades y prácticas clínicas y terapéuticas, las características de los cuerpos y de los cuadros clínicos con los que trata, los tipos de demandas de los y las pacientes, ciertas regulaciones estatales, específicamente la ley de Identidad de Género, los contextos prácticos específicos, o sea, consultorios, salas de internación o quirófanos y los distintos instrumentos, objetos y utensilios que se utilizan.

Analizar a la urología a través de estas composiciones implica interrogarnos acerca de la multiplicidad de las prácticas urológicas que forman parte del campo de esta especialidad, así como por los modos en los que esta multiplicidad opera al interior de ese campo (Mol, 2002). Como vimos en el capítulo uno, en el quehacer de la ginecología también conviven múltiples prácticas médicas, pero, a diferencia de la urología, éstas traman una relación intensa con la vida de las mujeres cis. Organizadas de distinta manera, las prácticas urológicas tejen con sus pacientes una relación más bien puntual, intermitente, guiada por objetivos concretos. Estos relacionamientos, sus características y efectos no son ajenos al funcionamiento diferencial de regulaciones cis heterosexistas que les dan forma. Analizar los campos de la ginecología y la urología y su relación con los cuerpos con los que tratan en términos de “condensaciones”, en el primer caso, y “composiciones”, en el segundo, supone un intento por dar cuenta de las especificidades y diferencias de los entramados que tienen lugar en cada una de estas especialidades.

De las tres composiciones urológicas que voy a analizar, la atención de dolencias prostáticas, específicamente del cáncer prostático, es la más característica del quehacer de la urología general. En Argentina, el cáncer de próstata es sumamente frecuente constituyendo una de las principales causas de muerte por cáncer de varones cis. Si bien las consultas relacionadas con dolencias de este tipo son habituales, éstas suelen tener lugar a partir de síntomas. Como veremos, esto se

conecta no sólo con el escaso énfasis de las prácticas urológicas en términos de prevención, sino también con las dificultades que, general, dan forma a la relación de las masculinidades cis heterosexuales con la atención y cuidado de su salud y sus cuerpos (Amthauer, 2016; Gomes, Nascimento, y Araújo, 2007; Marshall y Katz, 2002; Stern, Fuentes-Zurita, Lozano-Treviño, y Reysoo, 2003).

El agrandamiento prostático puede relacionarse a procesos fisiológicos benignos propios del envejecimiento o bien relacionarse a procesos cancerígenos. La urología cuenta con distintos tipos de estudios para llevar adelante el control prostático. Entre ellos, el “tacto rectal” es el más recomendado, así como el más resistido. Los consensos clínicos relacionados al abordaje del cáncer prostático señalan numerosos recaudos respecto de los procedimientos diagnósticos y terapéuticos. Estos recaudos se deben a que el diagnóstico de cáncer prostático engloba niveles de gravedad disímiles frente a los cuales se pueden tomar distintas decisiones clínicas y terapéuticas.

La segunda unidad compositiva que voy a analizar tiene lugar en la colocación de prótesis testiculares o penianas a hombres cis. La tercera se conforma en la realización de un tipo de cirugía llamada vaginoplastía. Ninguna de estas dos composiciones forma parte del quehacer de la urología general. Sus competencias clínicas y requerimientos técnico-quirúrgicos no se aprenden en una residencia en urología (M11. UBA, FMed, Posgrado, s. f.; M14. SAU, 2012; M12. HIBA, Residencia urología, 2018) sino en instancias posteriores de perfeccionamiento específicas. Al analizar la colocación de prótesis penianas y la realización de vaginoplastías, me propongo abrir interrogantes sobre la manipulación técnica, especialmente quirúrgica, de lo genital dentro de un régimen de saber/poder cisexista (Stryker y Currah, 2018).

La colocación de prótesis testiculares o penianas es una alternativa terapéutica posible que se ofrece frente a lesiones crónicas cuando otros tratamientos fallaron. Como veremos en el capítulo siguiente, este conjunto de prácticas tiene algunas zonas de yuxtaposición con el ejercicio de la sexología médica, especialidad que se dedica a la atención de las disfunciones sexuales de hombres y mujeres cis. Entre sus principales diferencias se destaca el aspecto quirúrgico, propio de la urología. El objetivo principal de la implantación prostática consiste en la supuesta “preservación” y/o “restablecimiento” tanto de la morfología genital como de la función sexual o capacidad eréctil de los hombres cis.

La tercera y última composición que voy a analizar es la que sucede en la puesta en práctica de un tipo de cirugía llamada vaginoplastía. Esta intervención, solicitada por mujeres trans, consiste en la extirpación del pene y la producción quirúrgica de una vulva y vagina. El modo en el que se realizan las vaginoplastías en Argentina se relaciona íntimamente con un proceso político más amplio relacionado a la lucha por el acceso a la salud que ha llevado adelante el movimiento LGTB, especialmente el travesti-trans<sup>26</sup> (Cabral, 2014b; Farji Neer, 2014; Suess, 2014). Entre otros logros, en 2012, se consiguió la sanción de la Ley de Identidad de Género<sup>27</sup> la cual “garantiza el acceso al cambio registral de nombre y sexo a través de un simple trámite administrativo. Es la única que garantiza el acceso a procedimientos de afirmación de sexo [como las vaginoplastías] con el único requisito del consentimiento informado de la persona concernida, y con cobertura del Plan Médico Obligatorio” (Cabral, 2014, p. 211). Los activismos LGTB locales, particularmente el trans e intersex (Cabral, 2016), han impulsado cierta reconfiguración de la política ontológica (Mol, 1999) que interviene en el campo médico, es decir, de los modos en los que la medicina define lo real, normal y natural en relación con la dimensión sexuada de los cuerpos.

La vaginoplastía supone una intervención quirúrgica compleja. Los médicos que las llevan adelante son escasos y, en general, han entablado vínculos con el campo activista local. Este tipo de cirugía no se conforma como un tratamiento frente a una enfermedad o disfunción, sino más bien como una respuesta a una necesidad o demanda de quienes la solicitan y, también, como un producto capaz de ser adecuado a las singularidades de sus usuarias.

### **1. El saber-hacer técnico-quirúrgico de la urología**

En el presente apartado voy a analizar las características de lo quirúrgico como una dimensión onto-epistemológica que da forma a las maneras en las que la urología define su campo, organiza sus prácticas y moldea los objetos clínicos con los que trata. Para ello voy a detenerme, por un lado, en aspectos que estructuran el proceso de formación en la especialidad haciendo énfasis en el rol que ocupa el

---

<sup>26</sup> Para más información sobre el proceso político de aprobación de la ley puede consultarse la siguiente web: <http://frentenacionaleydeidentidad.blogspot.com.ar> (último acceso: 15/1/2019).

<sup>27</sup> Disponible en: <http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/195000-199999/197860/norma.htm> (último acceso: 15/1/2019).

desenvolvimiento quirúrgico y la atención clínica ambulatoria en consultorios. Por otro lado, voy a focalizar en la manera en la que la urología general configura el campo de lo patológico y sus prácticas diagnósticas y terapéuticas.

### **La formación en urología**

En Argentina, el proceso de formación en urología supone el pasaje inicial por el ámbito y el quehacer quirúrgico. Tal como se señala en los materiales que cito a continuación, el *Programa de Residencia en Urología* de la Sociedad Argentina de Urología<sup>28</sup> (en adelante SAU) y el *Programa de Residencia en Urología* del Hospital Italiano de Buenos Aires (en adelante HIBA), el primer ámbito de desempeño de los y las residentes son los quirófanos y las salas de internación:

#### PRIMER AÑO [Residencia en Urología]

Ámbito de Desempeño: Sala de Internación y Quirófano en Cirugía General.

Objetivos de aprendizaje específicos: 1. Reconocer las particularidades del quirófano y su instrumental. 2. Reconocer el estado clínico del paciente internado, comprender la patología que lo aqueja y el criterio de alta quirúrgica. 3. Interpretar estudios básicos de diagnóstico por imágenes, así como de análisis de laboratorio en el paciente con patología quirúrgica. 4. Desarrollar habilidades y destrezas en la realización de procedimientos manuales básicos. 5. Conocer técnicas quirúrgicas básicas y criterios para su adecuada implementación. 6. Aplicar técnicas quirúrgicas de baja complejidad (M12. HIBA, Residencia urología, 2018).

[Al finalizar el primer año] el Médico Residente deberá conocer y dominar las técnicas quirúrgicas más comunes que le permitirá desarrollarse posteriormente, con soltura en la práctica quirúrgica urológica (M14. SAU, 2012).

Los y las residentes empiezan sus prácticas aprendiendo las características generales del abordaje de las patologías que se tratan de manera quirúrgica y de la atención clínica de pacientes internados. Deben “conocer y dominar las técnicas quirúrgicas más comunes”, aquellas que servirán de base práctica para el aprendizaje de técnicas cada vez más complejas que se implementan en cirugías urológicas.

Una vez pasada la etapa correspondiente a la cirugía general se inician las actividades específicamente urológicas las cuales se organizan en tres grupos: las

---

<sup>28</sup>Este documento es una guía general para las residencias en urología del país. A diferencia de lo que sucede con las residencias en Tocoginecología, los programas de las residencias en urología no se basan en un documento ministerial sino en el que emite la SAU.

asistenciales, las quirúrgicas y las académicas (M14. SAU, 2012; M12. HIBA, Residencia urología, 2018; M11. UBA, FMed, Posgrado, s. f.). Tal como se muestra en los fragmentos del programa de formación de la SAU que cito a continuación, el aprendizaje práctico de lo quirúrgico opera como denominador común, aunque de complejidad creciente, en todo el proceso de formación:

### **Actividades del Médico Residente de 2° año (1er año de Urología)**

Actividad Asistencial - Área de Internación: 1)- confección de la Historia Clínica de ingreso de los pacientes del Servicio de Urología, incluyendo las internaciones programadas. Será el encargado de la solicitud de estudios de ingreso del paciente que considere necesario. 2)- Realizar diariamente la revista de todos los pacientes internados a cargo del servicio, bajo la supervisión del Jefe de Residentes, debiendo conocer las pautas de diagnóstico y tratamiento adoptadas. 3)- Tendrá a cargo la evolución de los pacientes internados, siendo el responsable de ellos (...).

Actividades Quirúrgicas: 1)- Primer ayudante de las intervenciones de cirugía menor y mediana. 2)- Segundo ayudante de las intervenciones de Cirugía Mayor. 3)- Cirujano de intervenciones de Cirugía Menor cuando haya adquirido los conocimientos y práctica necesarios y bajo la tutela del Instructor de Residentes o de un Médico de Planta. Todas estas actividades deberán ser supervisadas por el Jefe de Residentes y/o el Coordinador de Residentes y/o el Director del Programa.

Guardias: Realizará guardias activas o pasivas, de acuerdo a la particularidad operativa del Servicio, debiendo en todos los casos ser el 1° referente de guardia del Servicio, de manera que asista a todas las eventuales urgencias que surjan durante su 2° Año de Residencia.

### **Actividades del Médico Residente de 4° año (3° año de Urología).**

Actividad Asistencial - Área de Internación: 1)- Realizar la diaria visita de los pacientes internados a cargo del Servicio, bajo la supervisión del Jefe de Residentes, debiendo conocer pautas diagnósticas y tratamiento adoptado. 2)- Tendrá a cargo la evolución de los pacientes internados siendo el responsable del cuidado de los mismos (...). 3)- Será responsable de realizar las interconsultas en pacientes internados solicitadas por otros servicios (...). 4)- Se encargará en forma rotativa de la visita de los pacientes internados fuera del horario habitual del Servicio (...).

Área de Quirófanos: 1)- Se desempeñará como Primer Ayudante de las operaciones de Cirugía Mediana y Mayor. 2)- Actuará como Cirujano en operaciones de todo tipo de complejidad, siempre bajo la supervisión de médicos de planta. 3)- Realizará en quirófano todas las prácticas en pacientes internados o ambulatorios.

Consultorios Externos: Corresponde la atención de pacientes con citación, con un mínimo de 4 y un máximo de 8 horas semanales.

Guardias: Realizará guardia activa ó pasiva, siendo el referente de los Médicos Residentes de 1° y 2° de Urología, conjuntamente con el Jefe de Residentes, para colaborar en las urgencias clínico quirúrgicas (M14. SAU, 2012).

A partir de segundo año, los y las residentes en urología pueden officiar como cirujanos en cirugías “menores” y como ayudantes en “medianas” o “mayores”. A

partir de cuarto año pueden llevar a cabo cirugías de todo tipo de complejidad. O sea, el desempeño quirúrgico de los y las residentes se organiza de más simple a más complejo, mientras que las tareas asistenciales se organizan de agudas a ambulatorias. Los médicos y médicas en formación inician sus prácticas clínicas en el área de internación y en las guardias, es decir, cuando el o la paciente requiere cuidados intensivos o cuando presenta síntomas agudos. Hacia el final de la residencia, la actividad en guardia se restringe a la supervisión de las tareas que realizan residentes de segundo y tercer año, al mismo tiempo que aumenta la complejidad de las actividades en sala de internación y se agrega mayor carga horaria al desempeño en consultorios externos, es decir, a la atención de pacientes ambulatorios.

La formación urológica se inicia con prácticas quirúrgicas marcando no sólo la relevancia de este tipo de habilidad técnico-terapéutica para el abordaje de los objetos urológicos, sino también, de acuerdo con una matriz onto-epistemológica que se ajusta al saber-saber del ámbito quirúrgico. Como veremos a lo largo del capítulo, lo quirúrgico se relaciona con la conformación de un campo médico que se caracteriza por la producción de objetos clínicos circunscriptos y por un abordaje orientado por la resolución de lo que lo aqueja.

Las consultas urológicas suelen tener lugar a partir de la demanda específica del o de la paciente, muchas veces motivados por algún tipo de malestar. A diferencia de la ginecología, en los consultorios urológicos no son frecuentes las demandas de pacientes sin síntomas por controles en salud. Por el contrario, las consultas suelen tener lugar a partir de las demandas de pacientes que cursan síntomas a veces incluso agudos. En el abordaje clínico de las patologías urológicas suele realizarse una anamnesis o entrevista breve y orientada por el síntoma o por aquello que se va a tratar. Luego se procede a su tratamiento y, si éste resulta eficaz, la atención urológica finaliza de manera clara con el alta médica.

### **El ejercicio clínico de la urología general**

En el presente apartado voy a caracterizar y analizar algunos aspectos generales del quehacer clínico y terapéutico de la urología. Tal como se señala en el programa de la materia *Urología* de la Carrera de Medicina de la UBA y en las entrevistas que cito a continuación, la urología es una especialidad clínico-quirúrgica que se encarga de la atención de obstrucciones, infecciones o cánceres

que afectan al “árbol urinario” y al “aparato reproductor del varón”. Se dedica también al abordaje de las dolencias prostáticas, de litiasis o cálculos renales y de la “patología retroperitoneal”, es decir, de aquellas que afectan a riñones, uréteres, vejiga, uretra. También se encarga del abordaje de las enfermedades que pueden afectar a los genitales, testículos y pene, de hombres cis:

[La urología es] una especialidad médico-quirúrgica orientada al estudio de la patología del árbol urinario (en ambos sexos y todas las edades) y del aparato reproductor del varón (M15. UBA, Fmed, Dto Cirugía - Orientación Urología, 2015).

En [la materia] Urología vimos todo lo que es cáncer, obstrucciones, infecciones. Todo lo que afecta a las vías urinarias en hombres y mujeres. En las mujeres más que nada las infecciones, la litiasis, y en los hombres la próstata. O sea, las patologías que afectan al sistema urinario, un poco renal y el aparato reproductor de los hombres (M36. Entrevista a estudiante nº13).

La urología es una especialidad quirúrgica. El urólogo se encarga de la patología retroperitoneal, donde principalmente está el riñón y los uréteres, la vejiga, la uretra y en el caso del hombre, la próstata, ¿sí? A lo que hay que agregarle el pene, los testículos y demás. O sea, lo que afecta al sistema urinario. De todo lo que serían las vías urinarias se encarga el urólogo (M49. Entrevista a médico/a nº 12 - urólogo/a).

En un primer momento podríamos decir que la urología define y organiza su campo clínico de forma regional y funcional. Pues, sus objetivos parecen abarcar tanto a cuestiones relativas a la función urinaria, a partes de la región retroperitoneal y a algunos aspectos de la función sexual de los hombres cis. Sin embargo, el objeto de esta especialidad, por lo menos en términos generales, se conforma sobre todo por la atención de patologías y de problemas funcionales que atañen esas regiones y funciones y no tanto por las funciones o regiones en sí.

Tal como se afirma en el *Programa de la Carrera de Médico Especialista en Urología* de la UBA el urólogo o uróloga es un tipo de médico:

especializado en el manejo global de la patología urológica, en el dominio de sus procedimientos diagnósticos y terapéuticos, médicos, instrumentales y quirúrgicos (M11. UBA, FMed, Posgrado, s. f.).

Como se señala en la entrevista que cito a continuación, el quehacer de la urología se organiza en relación con la resolución puntual del malestar por el que el o la paciente consultan. En esa resolución, la alternativa quirúrgica supone un lugar protagónico y su desempeño moldea a la intervención médica como algo que tiene un comienzo y un fin:

Después de terminar con la Carrera de Medicina empecé con [la residencia en Medicina] Clínica y no me gustó. No me gustaba ni siquiera cómo trataban al paciente, que era todo, supuestamente muy clínico, estudiarlo... y el paciente se quedaba eternamente internado, porque esta especialidad trata sobre todo con patologías crónicas. Parece que las enfermedades nunca se curan, son como un chicle y las personas van y vienen con la misma enfermedad. Era como no hacer nada. Hipertensión o la patología que sea, después, el paciente volvía. En cambio, en urología es como más resolutivo. Estando en la residencia de Clínica me daba cuenta de que a los urólogos les venía un paciente, le ponían una sonda, orinaba, ya está. Se iban a la casa. Después lo operaban, orinaban bien, punto. Se terminaba todo. ¿Tenían un tumor? Se lo sacaban, se iban a la casa y los pacientes te adoraban por eso y ya está (M50. Entrevista a médico/a nº13 - urólogo/a).

El hecho de que el quehacer urológico se ajuste al síntoma y a su resolución no supone un déficit en la estrategia de abordaje de esta especialidad. Pues la urología no se propone llevar a cabo un abordaje integral ni tampoco el seguimiento regular de pacientes una vez que se soluciona el cuadro que lo llevó a la consulta. Por el contrario, su quehacer se valora por su puntualidad y asertividad, es decir, por su capacidad de liberar al paciente de la dolencia que lo aqueja. A continuación, cito fragmentos de dos materiales en los que se aborda específicamente algunos de los aspectos de las estrategias clínicas, especialmente diagnósticas, de la urología. El primero corresponde a una entrevista realizada a un médico o médica y el segundo a una guía clínica titulada *Tratamiento e prevención de la infección no complicada del aparato urinario* de la SAU:

Siempre es exactamente igual. El paciente viene con un problema, (...) uno lo escucha, deja primero que el paciente cuente. Y cuando se va por las ramas, porque muchas veces cuentan cosas que no vienen al caso, uno va guiando con preguntas, depende de los síntomas que al paciente más le llaman la atención, buscamos a nosotros qué nos importa, de acuerdo con ese síntoma básico. En base a eso se le hacen preguntas, se orienta el diagnóstico. Posteriormente, se revisa al paciente siempre de acuerdo con lo que el paciente refiere. Se busca específicamente. Después de esto se piden estudios diagnósticos que pueden ser, por ejemplo, en una primera instancia, un análisis de sangre, una ecografía, o lo que se llama flujometría. Ese estudio consiste en orinar en un tachito y ver cómo orina, cómo está el flujo sería. Esos son estudios básicos. Pero también le explicamos, muchas veces ya se puede, simplemente con los síntomas, dar un tratamiento que se llama "empírico", porque no sabemos si le va a dar resultado o no. Después el paciente viene a otra consulta, nos trae estos estudios, y ahí, en base a eso nos orientamos a ver si tiene algo para tratarlo con otro tipo de medicamentos o si hay que operarlo. Esa son las dos conductas grandes que uno tiene que determinar: si lo opero o si lo trato a nivel clínico (M45. Entrevista a médico/a nº8 - urólogo/a).

**Definición:** [La infección no complicada en el aparato urinario] es aquella que se desarrolla en pacientes con tracto urinario anatómica y funcionalmente normal. Se la observa preferentemente en mujeres y jóvenes.

**Clínica:** Puede cursar con una o más de las siguientes manifestaciones:

**A.** Ardor o dolor miccional, que puede deberse a: Cistitis (infección en la vejiga); Pielonefritis (infección inaparente del parénquima renal); Uretritis (generalmente por enfermedades de transmisión sexual); Vaginitis (con flujo genital).

**B.** Fiebre, dolor lumbar o hematuria: Pielonefritis no complicada.

**Diagnóstico:** Se puede efectuar con [los siguientes análisis de laboratorio]:

**A.** Sedimento urinario: Chorro medio de orina en frasco limpio. Evaluar: Piuria [...]; leucocitos/campo [...]. Hematuria. Agentes patógenos.

**B.** Urocultivo: Chorro medio de orina, en frasco estéril. Evaluar: Sedimento [...]. Recuento de colonias significativo [...]. Tipificación del agente patógeno. Sensibilidad a los antibióticos (M143. SAU, Infecciones, s.f).

Las estrategias clínicas de la urología se focalizan en la localización de aquello que causa el problema funcional (por ejemplo, dónde se ubica el cálculo o tumor) o del tipo de agente etiológico (por ejemplo, tipo de bacteria que causa la infección) para proceder a su tratamiento. La exploración física, los posibles estudios diagnósticos, así como los tratamientos, aunque sean provisorios, se orientan por el diagnóstico presuntivo.

Como adelanté, quienes acuden más asiduamente a los consultorios urológicos son los hombres cis. Tal como se señala en la entrevista que cito a continuación, ellos suelen llegar con síntomas agudos relacionados a malestares al orinar, dolores en la parte baja de la espalda, afecciones genitales y dificultades eréctiles en curso:

Los pacientes suelen llegar a la consulta con un síntoma. Por ejemplo, que de golpe dejan de orinar. U orinan muy finito, entonces, ahí, recién, y a veces cuando ya están muy progresados, llegan a la consulta. El hombre no está acostumbrado como la mujer que, en las primeras relaciones sexuales, va a la ginecóloga y se revisa. No, el hombre, cuando tiene síntomas, no sé, orina con sangre, ahí va a al urólogo. No está acostumbrado a hacerse análisis y controles si no se siente mal (M50. Entrevista a médico/a n°13 - urólogo/a).

Tomando los aportes de distintas investigaciones (Bento, 2015; Gomes et al., 2007; Marshall, 2010; Stern et al., 2003), la relación de los hombres cis con aquello que tiene que ver con su salud y cuidado se caracteriza por cierta distancia que podría deberse a su identificación con una fortaleza y autosuficiencia física, ajena a la debilidad asociada a la enfermedad. Esta identificación retroalimenta la distancia con las prácticas de cuidado, pues su contracara es el miedo ante la fragilidad que supone la posibilidad de atravesar alguna enfermedad grave.

Al moldear su campo clínico a partir de lo patológico, la urología se conecta productivamente con algunos aspectos que, según las investigaciones señaladas, caracterizan de manera general el modo en el que los hombres cis heterosexuales se vinculan con los procesos de salud y enfermedad y consecuentemente con los servicios de salud. Esta conexión se pone en juego por lo menos dos maneras. Al no interpelar a sus pacientes en términos de prevención, la urología naturaliza la distancia de los hombres cis respecto a su salud urinaria, sexual y reproductiva. De hecho, aunque las patologías del “aparato reproductor del varón” sean parte de los objetos clínicos que la urología define como propios, no he encontrado indicios de que esta especialidad interpele o se vincule con los hombres cis a través del supuesto de su capacidad reproductiva o potencial paternidad como sí lo hace la ginecología, de manera permanente, con las mujeres cis.

En el apartado siguiente voy a retomar algunas de estas consideraciones a partir del análisis específico del modo en el que la urología aborda las dolencias prostáticas de los hombres cis.

## **2. Composición clínico-terapéutica I: el abordaje de las dolencias prostáticas**

El objetivo del presente apartado es dar lugar al análisis de la primera composición clínico-terapéutica del capítulo. Esta composición es resultado de la relación múltiple y dinámica entre regulaciones sexo-genéricas, las singularidades de las estrategias y los métodos diagnósticos y terapéuticos que se implementan en el abordaje de las dolencias prostáticas, las particularidades de las vidas y los cuerpos de los pacientes.

Según los materiales analizados (M97. Vitagliano et al, 2016; M98. Montes de Oca et al, 2010; M147. Consenso cáncer de próstata, 2016; M146. Cesaroni, 2015), las dolencias o enfermedades asociadas a la próstata conforman un asunto de relevancia para el ejercicio de la urología. Las demandas por parte de pacientes que llegan a los consultorios urológicos a raíz de malestares asociados a la próstata son frecuentes y buena parte de ellas se deben a procesos cancerosos.

En Argentina, el cáncer de próstata es el tipo de cáncer más frecuente en hombres cis y la segunda causa de mortalidad por cáncer de este grupo (M97. Vitagliano et al, 2016). A pesar de su incidencia, el control prostático no conlleva la

misma magnitud ni tipo de despliegue institucional, particularmente sanitario, que sí tiene lugar con el cáncer de cuello de útero, tal como vimos en el capítulo anterior. La implementación de las prácticas asociadas a la prevención y al tratamiento del cáncer de próstata está en manos principalmente de la urología mientras que la intervención por parte de dependencias o programas ministeriales es más bien escasa. La intensidad diferencial de las prácticas preventivas entre el cáncer prostático y el de cuello de útero, se relaciona con distintos elementos cuyo análisis específico excede a esta investigación. Aunque, según he podido detectar, algunos de los elementos que intervienen en esa diferencia son: los modos disímiles en los que actúan las regulaciones sexo-genéricas, el lugar diferencial que ocupan los controles para la ginecología y para la urología<sup>29</sup>, las características singulares de ambos tipos de cáncer, las particularidades de la implementación de los estudios de control ya sea de la glándula prostática o de cuello de útero. A diferencia de las mujeres cis, que suelen realizarse controles periódicos sin cursar síntomas, buena parte de los controles prostáticos -aunque no todos- se realizan a partir de la demanda hombres cis que manifiestan malestares, especialmente dificultades para orinar.

El cáncer prostático no es una enfermedad que afecte de manera exclusiva a los hombres cis, sino que afecta a todas las personas que tienen próstata, tal como es el caso de las mujeres trans y travestis. Sin embargo, en esta tesis, no he detectado documentos médicos ni ministeriales que las consideren, tampoco médicos y médicas que manifiesten experiencia en su atención, salvo como un evento excepcional y anecdótico. Esto da cuenta no sólo del cissexismo a partir del cual se estructura la urología general, sus presupuestos y prácticas, sino también de la exclusión e inequidad que afecta a las mujeres trans y travestis en el acceso a la salud.

---

<sup>29</sup>M165. Nota de campo n°7: Cuando conocí la incidencia del cáncer prostático me puse a buscar específicamente experiencias de prevención de esta enfermedad. Buscando por internet encontré una publicación en la que se difundía la realización de la “Semana de la Próstata”, a realizarse el próximo mes en un hospital de la Ciudad de Buenos Aires. El objetivo de la actividad era realizar chequeos prostáticos a hombres cis mayores de cincuenta años que no presenten síntomas. Busqué el contacto del servicio, escribí mails y llamé por teléfono sin obtener respuestas. El día anunciado en la publicación online me dirigí al Hospital. Sin encontrar ningún tipo de cartelera o anuncio que a simple vista me llevase a la actividad comencé a preguntar a toda aquella persona que parecía trabajadora del hospital. Ante mi pregunta por la “Semana de la próstata”, varias que me miraron con extrañeza sin poder darme mayor respuesta que un “no sé nada de eso”. Finalmente di con alguien que tampoco sabía nada de la actividad pero que me llevó al servicio de Urología. Allí me atendió una secretaria quien rápidamente me dijo “ah no, ese anuncio es de una actividad que se hizo hace años”. En efecto, la difusión de la actividad no tenía año de publicación. Días después recibí esa misma respuesta vía mail y dieron de baja a la publicación online.

En lo que sigue, voy a analizar las prácticas urológicas en relación con el control prostático y la elaboración del diagnóstico de cáncer. Como veremos, la urología dispone de distintos tipos de técnicas que requieren un análisis específico.

### **El control prostático y la elaboración del diagnóstico de cáncer**

Para comenzar con el análisis de las prácticas urológicas que tienen lugar en la elaboración del diagnóstico de cáncer prostático, cito continuación el fragmento de una entrevista. A través de esta podremos analizar algunas generalidades de las dolencias prostáticas que afectan a los hombres cis y de las maneras en las que estos cuadros son abordados por la urología:

ENTREVISTADORA: ¿Podrías señalar algún tipo de demanda o consulta como la más frecuente para la urología?

MÉDICO/A: A los urólogos nos tienen rotulados, etiquetados en general, con el tema prostático, ¿no? En general sucede en hombres mayores, de alrededor de 50 años, que consultan cuando tienen dificultades para orinar. A los 40, 45 años la próstata empieza a crecer de tamaño, a eso se le dice “hiperplasia prostática benigna”, “benigna” porque es benigna, “prostática” porque está en la próstata, e “hiperplasia” porque aumenta el volumen. (...). Al crecer, la próstata empieza a tapan el conducto de la uretra. ¿Ves esta maqueta? Esto es la próstata, por acá pasa la uretra, al crecer aprieta y obstruye. Esto es por lo que consultan cuando tienen dificultades para orinar. “Me levanto a la noche”, “el chorro finito”, “goteo”, “termino de orinar y me queda goteando” (M45. Entrevista a médico/a nº8 - urólogo/a).

La próstata es una glándula que forma parte del llamado “aparato reproductor del varón” que se ubica por debajo de la vejiga y que se relaciona con la producción de semen. Como se señala en la entrevista citada, el agrandamiento prostático es considerado parte de un proceso fisiológico asociado al envejecimiento. Si el agrandamiento es benigno, no supone un problema en sí. El problema se genera cuando ese crecimiento constriñe la uretra dificultando el desagote de la vejiga, situación que puede ocasionar trastornos graves en el sistema urinario. El crecimiento prostático también puede deberse a la multiplicación de células cancerígenas, situación que sí conforma un evento patológico en sí.

A diferencia de las prácticas clínicas de la ginecología y, como veremos en el capítulo siguiente, también de la sexología, en los materiales analizados provenientes del campo urológico no se hace mayor mención a la relevancia ni a las características de la anamnesis ni de la exploración semiológica, en general, y específicamente en relación con el abordaje de este tipo de cuadros. La escasa mención y disponibilidad de estos instrumentos no quiere decir que durante el

abordaje de este tipo de consultas no se realice una entrevista médica, pero sí supone un interrogante respecto del modo en el que se realiza y la relevancia que se le otorga en relación con los otros quehaceres médicos. Pareciera que, en el abordaje prostático, la urología se vale más de “signos” y no tanto de los “síntomas”, es decir, de los datos que los médicos y médicas producen a partir de la evaluación de primera mano de los cuerpos que examinan ni tanto de los datos que podrían elaborarse a partir de lo que los pacientes manifiestan.

En general, el abordaje clínico de los malestares prostáticos consiste, primero, en el control de la función urinaria. Este se realiza mediante el chequeo y la medición de la capacidad de vaciar la vejiga de manera voluntaria y del esfuerzo al orinar, entre otros parámetros (M121. Barry et. al., 1992). Luego se procede a la evaluación concreta de la próstata. La misma puede llevarse a cabo a través de tres tipos de estudios, uno de laboratorio llamado PSA (siglas en inglés de antígeno prostático específico), el examen “dígito-rectal” o “tacto rectal” y un examen ecográfico, aunque este último es más bien subsidiario de los dos primeros. Según el resultado de esta evaluación, se indica o no la realización de una punción prostática, es decir, de la extracción de una muestra de tejido y su examinación a través de una biopsia. Los urólogos y urólogas se basan en este último estudio para diagnosticar o descartar el cáncer.

A continuación, voy a citar fragmentos de distintos materiales a través de los cuales podremos adentrarnos en las características de estos estudios de evaluación prostática. El primero corresponde a una entrevista y el segundo a un documento titulado *Consenso Nacional Inter-Sociedades para el Diagnóstico y Tratamiento del Cáncer de Próstata*, elaborado por distintas sociedades médicas de Argentina, entre ellas la SAU, con el fin de homogeneizar los procedimientos de abordaje del cáncer prostático (en adelante me referiré a este documento como “*documento de Consenso*”):

MÉDICO/A: El control prostático consta de un examen físico que es el examen digito-rectal donde uno evalúa la consistencia de la próstata, el tamaño, y si tiene alguna particularidad. El otro estudio de control es la ecografía, donde uno evalúa los riñones, vejiga y próstata y el tercero es el PSA, que es la medición de un antígeno prostático específico, una molécula que se sintetiza y secreta en la próstata y que se elimina en la sangre. En base estos estudios podemos determinar si ese paciente amerita o no una punción de próstata y ahí recién llegar a un diagnóstico.

ENTREVISTADORA: La técnica del tacto, ¿es por vía anal?

MÉDICO/A: Si, exacto. El tacto rectal, sí, porque, fijate, entro por el ano, y toco la parte posterior de la próstata que es donde se forma el 75% de los

tumores. ¿Y vos que buscas? Buscas la consistencia, la consistencia normal [hace un gesto y se toca la punta de la nariz]

ENTREVISTADORA: ¿Es como la de nariz?

MÉDICO/A: Exacto, y la consistencia patológica es más dura. Ahora bien, cualquiera de esas dos que te den alterado no quiere decir que tenga cáncer. Me refiero a tacto y PSA, que es un análisis. No quiere decir que tenga cáncer, es sospecha. Eso implica que vos le vas a indicar una biopsia de próstata. Y con la biopsia recién vamos a saber si es o no cáncer (M45. Entrevista a médico/a n°8 - urólogo/a).

El **PSA** es una proteína (...) que se produce casi exclusivamente en las células epiteliales de la próstata. Un PSA elevado no significa necesariamente la existencia de un cáncer de próstata, pudiendo estarlo por otras razones. El PSA tiene variaciones fisiológicas que pueden hacer fluctuar su valor hasta en un 20%, por edad, raza, Body Mass Index (BMI) y volumen prostático. Puede variar en presencia de hiperplasia prostática benigna (HPB), prostatitis y otras afecciones no malignas. (...).

El hallazgo de un primer valor anormal de PSA no debería conllevar la indicación de una **biopsia** inmediata. En caso de no existir sospecha clínica, se recomienda confirmar el valor del PSA al cabo de 4 a 6 semanas, habiendo descartado previamente otras patologías que pudieran haberlo alterado (infección urinaria, litiasis vesical, sondaje, etc.). El valor predictivo positivo de una biopsia indicada por un PSA elevado es bajo, menor al 30%. En realidad, no hay ningún valor de PSA que nos indique con certeza la necesidad de realizar una biopsia de próstata. (...).

La **biopsia** de próstata es un procedimiento seguro, pero no está exento de potenciales complicaciones, pudiendo ocasionar hematuria, hemospermia, proctorragia, retención urinaria, fiebre, e infección severa con potencial sepsis en algunos pacientes. Por tal motivo, deberá tenerse en cuenta la edad biológica del paciente, las posibles enfermedades concomitantes, (...) y las eventuales consecuencias terapéuticas. El beneficio de la biopsia es la posibilidad de descartar un cáncer de próstata o identificar uno de alto riesgo (M147. Consenso cáncer de próstata, 2016. Destacados agregados).

El tacto rectal, el PSA y en menor medida la ecografía, se utilizan para producir distinto tipo de información en relación con el estado de la glándula prostática. El tacto rectal es un estudio clínico que consiste en la palpación de la cara posterior de la próstata. A través del tacto es posible chequear la consistencia de la glándula lo cual conforma información significativa en relación con su estado. La ecografía es un estudio de imagen que permite ver, analizar y comparar el tamaño de la próstata, vejiga y riñones. ¿En qué consiste el PSA?, ¿cómo es su implementación?, ¿qué tipo de información produce? El PSA es un estudio de laboratorio que, a partir de una muestra de sangre, permite medir la presencia de un tipo de proteína en el tejido prostático. Sus valores son sensibles y varían de acuerdo con numerosos procesos los cuales no son necesariamente patológicos, de hecho, hasta la realización del tacto rectal puede alterar los valores del PSA. Por ello se considera un estudio inespecífico y su realización, como veremos, supone una serie de reparos.

Dependiendo de los resultados de estos primeros exámenes de evaluación se indica o no la realización de una biopsia. La biopsia consiste en el análisis del tejido prostático que se extrae mediante una técnica quirúrgica llamada punción, la cual no sólo es considerada invasiva sino también riesgosa. En efecto, su realización puede ocasionar complicaciones más o menos graves por lo que su indicación debe ser justificada y sopesada. ¿Cuándo y bajo qué circunstancias la sospecha es suficientemente sustanciosa como para justificar la realización de una punción? Tal como se indica en el fragmento del *documento de Consenso* que cito a continuación, la indicación de la punción depende de los resultados del PSA y, especialmente, del tacto rectal:

No se recomienda el examen de detección temprana del cáncer de próstata (*screening*) poblacional organizado mediante PSA en los pacientes asintomáticos, por la posibilidad de sobrediagnóstico y sobretratamiento consecuente. Sobrediagnóstico se define como la detección de un cáncer de próstata que hubiera sido indetectable durante la vida del paciente en ausencia de *screening*. (...).

En todos los ensayos clínicos y estudios analizados el PSA se utilizó como elemento primario de detección, considerando el tacto rectal como un elemento secundario de diagnóstico, al igual que otros marcadores o variantes de PSA. Sin embargo, tanto el PSA como el tacto rectal realizado por el urólogo deben ser considerados elementos primarios para el diagnóstico. La mayor parte de los cánceres de próstata se localizan en la zona periférica y pueden detectarse mediante el tacto rectal cuando el volumen es de 0.2 cc o mayor. Si el TACTO RECTAL es SOSPECHOSO de neoplasia, cualquiera sea el valor del PSA es indicación absoluta de biopsia (M147. Consenso cáncer de próstata, 2016. Destacadas en el original).

En el fragmento citado se desalienta la realización del análisis de PSA a pacientes que no manifiesten síntomas. Primero, porque al ser un estudio inespecífico, su puesta en práctica, o sea, la extracción de sangre, la demora de los resultados y la espera de un nuevo turno médico pueden generar más perjuicios, asociados a la angustia y la ansiedad, que beneficios. Segundo, porque el hecho de que resultado del PSA sea negativo o positivo no supone en sí mismo información suficiente para sospechar o dejar de sospechar la presencia de un proceso cancerígeno. Tercero, porque la realización de biopsias a partir de un PSA positivo en pacientes que no tienen síntomas puede llevar a un diagnóstico de cáncer aún cuando su incipiente desarrollo no suponga una amenaza para la salud. Eso es a lo que el *documento de Consenso* llama “sobrediagnóstico”, es decir, cuando los efectos de la elaboración del diagnóstico y de la posible consecución terapéutica pueden ser más nocivos que el cáncer para la salud del paciente.

El estudio que sí se recomienda para el control y la evaluación prostática, tanto en pacientes que tienen como en los que no tienen síntomas, es el tacto rectal. Según el *documento de Consenso*, la palpación de tejido excesivo y/o endurecido supone información suficientemente relevante para sospechar de un proceso cancerígeno que justifica de manera “absoluta” la indicación de una biopsia. Sin embargo, como veremos a partir del artículo académico y de la entrevista que cito a continuación, el estudio que se realiza con más frecuencia no es el tacto rectal sino el PSA:

### **[Evaluación del uso del PSA por parte de urólogos y urólogas de Argentina]**

Se comienza a solicitar medición del PSA a los 50 años en pacientes sin factores de riesgo y se deja de solicitar a los 80 años de edad. La medición de PSA se repite cada 12 meses. Para indicar una biopsia de próstata se apoyan en el PSA más relación PSA libre/total y se repite la medición de PSA luego de la administración de un tratamiento antibiótico y/o antiinflamatorio (M97. Vitagliano et al, 2016).

ENTREVISTADORA: El tacto rectal, ¿es algo que se hace en la primera consulta?, ¿hay cierta resistencia cuando se indica su realización?

MÉDICO/A: Depende de cada médico. Hay algunos que lo hacen en la primera consulta, y no está mal. Hay otros que lo hacen cuando hay alguna indicación, por ejemplo, porque el paciente ya tiene cierta edad o antecedentes familiares. De todos modos, no siempre se hace, ni aunque el paciente tenga la edad. Pero, sí, hay médicos que se lo hacen en la primera consulta y hay médicos que lo hacen en la segunda, hay médicos que mal, pero no lo hacen. Si el paciente se niega al tacto le piden solamente el PSA. Y eso no está bien, porque el PSA no es un buen indicador en sí mismo. El PSA es un estudio que se pide mucho y no siempre está justificado.

ENTREVISTADORA: El tacto rectal, ¿qué información da?

MÉDICO/A: Nos da información sobre la consistencia de la próstata. La glándula suele endurecerse cuando su crecimiento es maligno. Muchas veces con el análisis de sangre no alcanza, porque te da normal, pero uno lo palpa directamente y puede sospechar que tenga un cáncer. La palpación da es información suficiente para indicar una punción y con la punción ya puedo hacer un diagnóstico más preciso (M50. Entrevista a médico/a n°13 - urólogo/a).

Lo que los urólogos y urólogas ponen en práctica como control prostático consiste mayormente en la indicación regular de PSA a hombres cis a partir de los cincuenta años, tengan o no síntomas asociados a la próstata. A pesar de producir información más determinante en relación con la indicación o no de la punción, el tacto rectal suele ser más resistido e indicarse como un estudio subsidiario o complementario a este otro tipo de análisis.

El tacto rectal es un tipo de estudio que puede realizarse en el consultorio, en el mismo momento de la consulta médica. Para llevarlo a cabo el médico o médica debe introducir su dedo índice por el ano y el recto del paciente hasta alcanzar la

cara posterior de la próstata y proceder a su palpación. No requiere mayor aparatología que guantes de látex y una camilla y el resultado se obtiene en ese mismo momento evitando el estrés asociado a la espera. A diferencia del PSA y la ecografía, en este estudio no hay mediación objetual entre el cuerpo del médico o médica y el del paciente, no hay ecógrafo, no hay jeringa, no espéculo, ni hisopo. Es la mano médica la que cruza el ano y se introduce en el recto hasta alcanzar la próstata. Si bien el ano y el recto no forma parte del sistema urinario, zona de preferencia del quehacer urológico, en la realización del tacto rectal cobra un lugar protagónico. Se trata de una parte del cuerpo sumamente permeada y moldeada por sentidos sexuales, prejuicios, quizás temores y vergüenza. El ano es una zona del cuerpo masculino cis heterosexual tan clausurada como sexualizada. Su uso es asociado a la homosexualidad y su impenetrabilidad es identificada como prueba de la heterosexualidad (Hocquenghem, 2009).

Al decir de Hocquenghem (2009), en la construcción sexual de los cuerpos de los hombres cis heterosexuales, el ano se configura como lo “esencialmente privado” y su clausura se relaciona a la fortaleza que supuestamente caracteriza a los cuerpos cis masculinos. La penetración que requiere la puesta en práctica del tacto rectal desafía a una serie de barreras que reaseguran la construcción sexo-generizada de los cuerpos de los hombres cis heterosexuales. Al mismo tiempo, su resistencia, pone de manifiesto la productividad de la homofobia en la configuración de los cuerpos de los pacientes, pero también en las prácticas médicas (Amthauer, 2016).

La realización del PAP, estudio asociado a la prevención del cáncer de cuello de útero, también requiere de la penetración de los cuerpos de las mujeres cis. Como analizamos en el capítulo anterior, éste se realiza de manera periódica en los cuerpos de las mujeres cis desde su juventud. Llama la atención las maneras disímiles en las que la ginecología y la urología distribuyen y moldean la cualidad de penetrables de los cuerpos de los hombres y de las mujeres cis. A pesar de ser el estudio que produce información más eficaz en relación con la detección temprana de cáncer prostático, la urología lo realiza de modo secundario o complementario al PSA y recién a partir de la emergencia de síntomas manifiestos. De esta manera, la urología acompaña productivamente la identificación de los hombres cis heterosexuales con una naturaleza corporal impenetrable, rígida y autosuficiente.

El *screening* o chequeo prostático, en tanto práctica de prevención del cáncer debería, según *documento de Consenso*, consistir en la promoción del tacto rectal y

en su realización periódica a pacientes asintomáticos. Sin embargo, no esto no sucede así. En los documentos analizados no he detectado menciones en relación con su escasa promoción y adherencia. En los materiales, este estudio se presenta como una práctica más, simplemente técnica, capaz de ofrecer información valiosa a la hora de evaluar la situación prostática, ajena a su dimensión simbólica, sexual y moral. Sin embargo, esta obliteración no quita las dificultades y resistencias que conlleva su puesta en práctica. Evidentemente lo técnico no es ajeno a lo moral (Latour y Venn, 2002) y lo moral no es ajeno a los modos en los que la urología aborda, diagnostica y trata a los cuerpos de los hombres cis.

El control prostático es resultado de la disposición diferencial y singular de dimensiones biográficas, morales, sexuales, médicas y técnicas que se pondrán en juego no tanto mediante la realización de una anamnesis o entrevista médica, es decir, de la consideración sistemática de las particularidades contextuales del paciente, sino mediante la emergencia de un síntoma y su abordaje en el terreno corporal por parte del médico o médica. A través de dos tipos de estudios, el tacto rectal y, principalmente el PSA, se elaboran datos que permitan evaluar o no la pertinencia de la punción, técnica quirúrgica a partir de la cual se establece el diagnóstico de cáncer. Una vez confirmado el diagnóstico se procede a la evaluación terapéutica, asunto que analizaré en el siguiente apartado.

### **El tratamiento del cáncer prostático**

La complejidad del procedimiento diagnóstico no es ajena a las características del procedimiento terapéutico del cáncer prostático. Los modos en los que se llevan a cabo los distintos estudios van dando forma a la enfermedad. Como vimos, el PSA, estudio de laboratorio, evalúa la presencia de una proteína en próstata, el tacto rectal su consistencia y la ecografía su aspecto. La biopsia determina presencia o no de células cancerígenas, dato determinante para el diagnóstico. Cada uno de estos exámenes produce información singular respecto de la próstata. Asimismo, hacen del cáncer prostático un evento puntual, principalmente somático.

Las prácticas clínicas de la urología en el abordaje del cáncer prostático no se caracterizan por la consideración sistemática de las singularidades contextuales, afectivas, biográficas de los hombres cis que cursan esta dolencia. Esta exclusión moldea a los cuadros prostáticos y, consecuentemente a los cuerpos de los hombres

cis, como territorios somáticos, objetivos, propios de una biología no marcada por los procesos singulares en los que se produce.

En lo que sigue, voy a analizar el modo en el que se ponen el juego las prácticas terapéuticas de las dolencias prostáticas y su relación con la producción de la naturaleza masculina cis heterosexual. Tal como se señala en la entrevista que cito a continuación, el abordaje terapéutico de los cuadros prostáticos consiste, primero, en su discriminación en “benignos” o “malignos” y, luego, en la evaluación de la técnica más adecuada para su tratamiento:

A la próstata la estudiamos mediante ecografía, tacto rectal y el PSA. Ahí vemos si es un cuadro benigno o maligno. Cuando hablamos de “benigno” hay que retirar el exceso de próstata para que el paciente siga orinando bien. Para eso hay dos tipos de cirugía: puede ser en forma endoscópica, ingresando por la uretra, o a cielo abierto que es haciendo un tajito por abajo del ombligo (...). Si detectamos la presencia de un adenocarcinoma, que es el tipo de cáncer más común en la próstata, bueno, ahí hay tratamientos curativos oncológicos, rayos, radioterapia, etc. Y nosotros hacemos la prostatectomía radical que es una cirugía. También hay diferentes técnicas, puede ser a cielo abierto, laparoscópico o por robot. La idea es sacar el órgano o la parte del órgano en el que se genera el cáncer (M49. Entrevista a médico/a nº 12 - urólogo/a).

Si bien la punción permite confirmar o no el diagnóstico de cáncer prostático, este no supone un estado monolítico. Por el contrario, en la categoría “cáncer prostático” se engloban situaciones que varían por su “grado de avance”, “gravedad” y “velocidad de su desarrollo” (M147. Consenso cáncer de próstata, 2016). Asimismo, el diagnóstico de cáncer, no supone lo mismo para todos los pacientes. Tal como señala Mol (2002), las enfermedades toman forma, se experimentan y significan de maneras singulares según las particularidades de las vidas y los cuerpos de cada paciente, el tipo de diagnóstico, las alternativas terapéuticas de las que se disponga y la relación con el médico o médica.

En la entrevista anteriormente citada se señala que ante un diagnóstico de cáncer las alternativas terapéuticas consisten principalmente en dos grupos: los tratamientos oncológicos y los quirúrgicos. Sin embargo, como veremos a partir de los materiales que cito más abajo, la confirmación del diagnóstico vía punción no debería ser el único factor a considerar en la puesta en marcha de una estrategia terapéutica. También debería considerarse el “grado de riesgo” del cáncer a tratar y, según eso, sopesar la posibilidad de una estrategia “no intervencionista”:

No todos los cánceres de bajo riesgo deben ser automáticamente tratados y la vigilancia activa puede ser una opción razonable (...). En la

ecuación riesgo beneficio de la detección temprana del cáncer de próstata, se debe (...) [entre otras consideraciones] 1)- DESCONECTAR EL DIAGNÓSTICO DE CÁNCER DE PRÓSTATA DEL TRATAMIENTO INMEDIATO en los casos de bajo riesgo, especialmente en pacientes mayores y/o con comorbilidades significativas. 2)- Considerar la posibilidad de la OBSERVACIÓN en ese grupo de pacientes (M147. Consenso cáncer de próstata, 2016. Destacadas en el original).

La vigilancia activa (VA) implica un monitoreo activo de la enfermedad y solamente tratarlo si existe progresión de la enfermedad. El objetivo de esta conducta no intervencionista es limitar la morbilidad producida por la enfermedad y por los tratamientos invasivos, asumiendo que la progresión de la enfermedad será muy lenta y que en determinados pacientes el tratamiento local definitivo brindará escaso o nulo beneficio. (...).

Las ventajas de la VA incluyen evitar los efectos adversos de una terapia definitiva, que puede no ser necesaria ya que el cáncer indolente no recibiría un tratamiento innecesario. Las desventajas serían la oportunidad de perder una posibilidad curativa o que el cáncer pueda progresar o producir una metástasis antes de iniciar el tratamiento, la ansiedad de vivir con un tumor no tratable así como la necesidad de controles y biopsias periódicas (M98. Montes de Oca et al, 2010).

¿Qué quiere decir una estrategia “no intervencionista” para el abordaje del cáncer prostático? Según lo señalado en los documentos, supone desanudar la consecución mecánica entre los procedimientos diagnósticos y los terapéuticos. Además, implica dar lugar al “monitoreo activo de la enfermedad”. Esta alternativa debe ser considerada especialmente cuando se trata un cáncer de bajo riesgo que tiene lugar en los cuerpos de “pacientes mayores y/o con co-morbilidades significativas”.

El monitorio activo del cáncer prostático consiste en controles periódicos que incluyen la realización regular de punciones prostáticas, es decir, de un procedimiento quirúrgico. Más que una estrategia “no intervencionista”, el monitoreo activo consiste en una estrategia “no terapéutica” de evaluación diagnóstica permanente. Esta evaluación, permite la re-consideración respecto de la conveniencia, o no, de la intervención terapéutica.

Llama la atención el modo enfático en el se presenta la vigilancia activa en el *documento de Consenso*, material que se podría caracterizar, en general, como un listado de advertencias y reparos especialmente en relación con la realización regular del PSA y las intervenciones quirúrgicas. La insistencia con la que se señalan los riesgos y daños aparejados a las “intervenciones” de tipo quirúrgico, punciones y cirugías prostáticas, intenta regular un modo mecánico de poner práctica este tipo de alternativas.

El carácter eficaz y resolutivo de la estrategia terapéutica del cáncer prostático no depende de una técnica en sí, sino del modo en el que esta se disponga en relación con el conjunto de dimensiones que tienen lugar en cada caso. A igual que con la elaboración del diagnóstico, la ecuación riesgo-beneficio que atraviesa a la decisión de efectuar o no un tratamiento, no es algo que pueda resolverse *a priori*. Las alternativas terapéuticas de la urología van desde intervenciones quirúrgicas radicales o parciales, es decir, la extirpación total o parcial de la próstata, hasta alternativas farmacológicas. Estas opciones, especialmente las quirúrgicas, conforman a los cuadros prostáticos como afines a las características resolutivas y a las habilidades clínicas y terapéuticas de la urología, es decir, como un cuadro abordable y posiblemente resoluble a través de una intervención concreta. No obstante, la opción quirúrgica, y también la oncológica, pueden introducir perjuicios más nocivos que la propia enfermedad. Por eso las advertencias del *documento de Consenso* y en énfasis en la relevancia de evaluar distintas dimensiones a la hora de poner en práctica un tratamiento.

El cáncer prostático no conforma una enfermedad en singular sino, por el contrario, en plural (Mol, 2002). Su configuración no es ajena a la estrategia terapéutica con la que se la aborda. Optar por la vigilancia activa, por un tratamiento oncológico farmacológico o por una cirugía dependerá del tipo de cáncer, de la edad del paciente, de su estado de salud general. Aunque también de las preferencias, estilo de vida y de la decisión del paciente. En los documentos analizados no he detectado instrumentos que den cuenta del modo en el que la urología elabora, sistematiza y considera las singularidades del paciente con el que trata. Prácticamente no se hace alusión a la anamnesis ni al modo en el que se pone en práctica el consentimiento frente a un tratamiento, ya sea oncológico o quirúrgico.

Las características de los estudios y de los tratamientos disponibles se conectan productivamente con la escasez de estrategias preventivas, de instrumentos semiológicos y con el vago diseño de estrategias clínicas orientadas al registro y sistematización de las singularidades de los pacientes. Este entramado moldea al cáncer prostático como un evento puntualmente somático, que tiene lugar en “la próstata” y no en “el paciente”, ajeno a lo subjetivo, emocional y contextual, cuyo abordaje puede llevarse a cabo a través de instrumentos “técnicos”. Asimismo, sugiero que esta producción se relaciona con el formateo de una masculinidad

impenetrable, ajena a la responsabilidad y las decisiones respecto de su autocuidado.

### **3. Composición clínico-terapéutica II: la urología y los cuerpos protésicos de los hombres cis**

El objetivo del presente apartado es analizar la composición clínico-terapéutica que tiene lugar en el abordaje de pacientes que requieren de la colocación de una prótesis genital, ya sea peniana o testicular. A lo largo del apartado me propongo examinar cómo se disponen y configuran las prácticas urológicas y sus relaciones con los cuerpos de los pacientes con los que tratan.

Las cirugías de colocación de prótesis suponen una disposición específica de las habilidades quirúrgicas de la urología, orientadas no tanto por el abordaje y/o tratamiento de una enfermedad, sino más bien por la “reposición” o “restablecimiento” de una función y/o morfología normal de los genitales cis masculinos.

En general, el quehacer quirúrgico de la urología se organiza acorde a un criterio que regula las intervenciones de menor a mayor, priorizando la conservación del tejido “original” así como las capacidades fisiológicas de las partes del cuerpo que se van a intervenir. Si bien las cirugías de implantación de prótesis genitales implican la remoción de parte sustancial del tejido peniano y/o testicular, también se adecuan a este criterio. Urólogos y urólogas ofrecen este tipo de intervención frente a la pérdida crónica de la capacidad de llevar a cabo la función eréctil, el daño morfológico de penes y/o testículos causado por una enfermedad o accidente y la curvatura del pene provocada por la enfermedad de La Peyronie. A continuación, cito dos documentos en los que se esbozan pautas diagnósticas para la disfunción eréctil crónica y para la enfermedad de La Peyronie:

#### **[Disfunción sexual eréctil]**

##### Evaluación clínica

**Interrogatorio:** Frente a un paciente con DSE se deberá inicialmente diferenciar si la impotencia obedece a causas predominantemente psicológicas u orgánicas. Sin embargo, en la búsqueda de la etiología debe tenerse presente que habitualmente la DSE obedece a causas multifactoriales. (...).

Las manifestaciones clínicas que sufre el paciente podrán ser desde ausencia total de erección, erecciones semirrígidas que impiden una penetración, rigidez normal con detumescencia antes o luego de la penetración.

En ocasiones esto podrá ser de larga data, progresivo y permanente. Otras veces, el período de evolución es corto, cíclico y hasta situacional. En el primer caso la presunción clínica será sobre alguna patología orgánica; en cambio en el segundo caso será psicológica. La investigación de los factores predisponentes orgánicos más frecuentemente asociados y los antecedentes sexológicos completarán el cuadro de evaluación clínica

Examen físico: El examen físico del paciente con DSE estará orientado a la evaluación urológica, así como también de los sistemas endócrino, vascular y neurológico. La evaluación urológica comprenderá el examen del pene para descartar la presencia de placas de fibrosis y la rigidez del tejido muscular cavernoso mediante la tracción del pene desde la corona glandelar. Se evaluarán también las características de los testículos y de la próstata. (...). (M153. SAU, DE, s.f.).

### **[Enfermedad de la Peyronie]**

#### Evaluación diagnóstica:

El interrogatorio estará orientado a conocer el tiempo de evolución de la enfermedad, sus manifestaciones, su forma de comienzo (brusco o insidioso), así como las circunstancias relacionadas con el mismo, como por ejemplo un traumatismo coital algunas veces recordado por el paciente.

Sin duda alguna el examen semiológico del pene constituye el elemento más importante para el diagnóstico; a través de este se determinará no sólo la presencia de la o las placas, sino su localización (la mayoría en el dorso peniano), su extensión y límites.

En general, no es necesario una investigación extensa con métodos auxiliares para el diagnóstico, sin embargo, estos podrán ser de utilidad para mostrar distintas condiciones que orienten sobre la conducta terapéutica a seguir (M144. SAU, La Peyronie, s.f.).

Urólogos y urólogas elaboran los diagnósticos relacionados a las disfunciones sexuales eréctiles y a la enfermedad de La Peyronie a través de prácticas clínicas organizadas en el interrogatorio y el examen físico. En el interrogatorio médicos y médicas se concentran en las características de la aparición de los síntomas, en las pautas de evolución de la disfunción o la enfermedad, así como en la localización de posibles causas. Las preguntas que se realizan se orientan por los síntomas que el paciente manifiesta. En el examen físico se examinan aspectos endocrinológicos y vasculares, es decir, dimensiones orgánicas que podrían incidir en las dolencias que aquejan a los pacientes. También se revisa específicamente el pene, órgano en el que se materializan los síntomas tanto de la disfunción eréctil como de la enfermedad de La Peyronie. El pene y su funcionalidad sexual, es decir, su capacidad de llevar a cabo relaciones sexuales de penetración vaginal, es el foco de las prácticas de cuidado de la urología en esta composición clínico-terapéutica. El se conforma como engranaje fundamental de un mecanismo corporal que define a los hombres cis.

¿Cómo se tratan este tipo de cuadros? Cito a continuación tres materiales, una entrevista, un artículo médico y un consenso en relación con la enfermedad de La Peyronie:

ENTREVISTADORA: ¿Qué estudios y tratamientos se ofrecen cuando un paciente tiene una disfunción?

MÉDICO/A: En el caso de la disfunción sexual lo que uno trata es primero un tratamiento medicamentoso y de ejercicios. Con eso se busca que el paciente recupere su confianza, que no evite el acto sexual. (...). El medicamento da una respuesta rápida. Por eso muchos pacientes lo piden y lo toman. (...). Bueno, aparte de los medicamentos, también hay otros tratamientos, hay inyecciones, hay sistemas de vacíos. Sí. También hay, pero esto es lo último, la prótesis. Que se usa cuando no se ha podido resolver la disfunción de otro modo (M49. Entrevista a médico/a nº 12 - urólogo/a).

Actualmente, la primera línea de tratamiento de la disfunción eréctil es la terapia oral con inhibidores de la fosfodiesterasa tipo 5, asociada en ocasiones a la terapia hormonal, juntamente con cambios en el estilo de vida y en muchas ocasiones a la terapia sexológica; la segunda línea son los dispositivos de vacío o la autoinyección de drogas vasoactivas; y finalmente la tercera línea está representada por el implante de prótesis peniana (M95. A. Bechara, Casabé, Bonis, Hurcade, y Rey, 2010).

Tratamientos [de la enfermedad de La Peyronie]:

Medico farmacológico (...). Terapia física (...). Plicatura [es una técnica quirúrgica] de los cuerpos cavernosos (...). Sección o resección con sustitución de la placa de La Peyronie (...). Implante protésico peniano.

La conducta generalizada frente a un paciente con enfermedad de La Peyronie e impotencia es el implante protésico asociado o no con la sección o resección de la placa. Si bien las prótesis semirígidas han sido recomendadas en el pasado, varios autores han informado buenos resultados con prótesis inflables (M144. SAU, La Peyronie, s.f.).

En el quehacer urológico las alternativas terapéuticas suelen organizarse de manera progresiva acorde a un criterio de conservación del tejido “original”. De esta manera se intenta evitar intervenciones consideradas “irreversibles” principalmente por el modo en el que afectan a los mecanismos fisiológicos naturales, pero también por la notoriedad de las marcas que dejan las intervenciones quirúrgicas en su aspecto. Es decir, se priorizan tratamientos cuyos efectos reditúan no sólo el “restablecimiento”, cuando no optimización, de la capacidad eréctil y de la morfología genital en general, sino también según su mayor o menor capacidad de mimetizarse con los procesos fisiológicos y el aspecto considerado original o natural de los cuerpos de sus pacientes. En efecto, la implantación de prótesis se justifica cuando los otros tipos de tratamientos disponibles han fallado o cuando los genitales se han dañado bruscamente como sucede en algunos accidentes. De lo contrario, estas intervenciones no forman parte de las alternativas terapéuticas la urología pone a disposición.

La primera alternativa terapéutica consiste en terapias farmacológicas, las cuales, como veremos en el capítulo siguiente, actúan a una escala molecular favoreciendo la mimesis de sus efectos con los procesos fisiológicos. Luego se opta por terapias que involucran algún tipo de ejercicio y requieren más o menos dedicación y disciplina por parte del paciente. También se utilizan objetos, como las bombas de vacío o, en el caso de la enfermedad de La Peroyne, alternativas quirúrgicas simples. La implantación de prótesis penianas es considerada una intervención radical, pues implica la remoción de tejido, así como la introducción de mecanismos artificiales que van a suplir a aquellos originales que ya no funcionan.

A continuación, cito fragmentos de distintos materiales a partir de los cuales podremos analizar las maneras en las que la colocación de prótesis se conforma como respuesta terapéutica, así como también algunas de las características propias de las tecnologías protésicas que la urología utiliza:

**Indicaciones:** [Para el uso de prótesis de testículos]

- Reconstrucción tras orquiectomía [extracción de testículos].
- Reconstrucción tras traumatismo.
- Corrección de asimetrías.
- Defectos congénitos.
- Sustitución de implantes. (M79. Polytech, s.f.).

**MÉDICO/A:** La cirugía se utiliza cuando la impotencia es refractaria al tratamiento médico, o sea, que no responde ni a pastillas, ni inyecciones, ni responde a ningún tratamiento que realmente devuelva la erección. En esos casos existe el implante de prótesis de pene, ¿sí? Hay distintos tipos de prótesis que pueden solucionar realmente el tema del paciente con una cirugía. Esto, te muestro, por curiosidad, esto es una prótesis de pene, estas son las fundas que van dentro de los cilindros del pene que ya no funcionan, o sea, el pene tiene por dentro dos cilindros que se llaman cuerpos cavernosos, que son un sistema hidráulico básicamente, cuando ya no funcionan, se pueden reemplazar por estos cilindros, es una prótesis hidráulica. Esto va dentro del abdomen, tiene líquido adentro, y esto va en el escroto, ¿sí? Todo esto se mete por una incisión de tres centímetros en el escroto, que ni se ve.

**ENTREVISTADORA:** Es grande la prótesis, ¿cómo se coloca?

**MÉDICO/A:** Hay una técnica específica para eso. De hecho, bueno, yo me forme en Estados Unidos y me voy mañana, de nuevo, a Estados Unidos para hacer otra capacitación para este tipo de implantes. El paciente lo que hace es bombear líquido del reservorio a la prótesis, la prótesis se pone totalmente dura, y después lo que hace, es, por otro botón, descomprimir, y vuelve el líquido al reservorio. El reservorio, se implanta en el abdomen lleno de solución salina. La bomba está entre los dos testículos y los cilindros. El paciente acciona apretando la válvula que queda en los testículos. Y entonces mirá el grado de rigidez que alcanza. Después, lo desinfla, ya está. Hay prótesis más económicas, esto vale 10 mil dólares, es mucho dinero. Esta es una prótesis hidráulica, agranda un poquito el tamaño natural del pene. También hay maleables, que hacen lo mismo y no modifican el tamaño del pene pero lo dejan permanentemente semi-erecto. Este tratamiento, o sea, las cirugías, son la

última etapa para el tratamiento de la impotencia sexual (M46. Entrevista a médico/a nº9 - urólogo/a y sexólogo/a)<sup>30</sup>.

Hay varios tipos de prótesis penianas que usamos en los hombres con disfunción sexual. La más simple, la más barata y la que menor tasa de complicaciones tiene, es una que se llama "semi-rígida". Es como un alambre, más grueso y cubierto y mucho más elegante, que se pone dentro del pene y uno tiene el pene siempre duro y lo dobla o lo extiende para tener una actividad sexual (...). El otro tipo de prótesis es la hidráulica, lo que significa que está desinflada cuando el paciente tiene una vida normal, pero cuando va a tener una actividad sexual se infla. Tiene todo un sistema interno de tres componentes, en el cual hay un reservorio que le brinda agua a ese cilindro, ese cilindro se hincha, el pene se pone erecto y duro, puede penetrar y después se puede desinflar y dejar al pene sin presión (M64. Médico/a urólogo/a en jornada médica).

Tal como señala Rohden (2014), en el abordaje de las disfunciones sexuales, el pene y su funcionalidad eréctil ocupan un lugar central. A diferencia del ano que, como vimos en el apartado anterior, supone un órgano de carácter privado, objeto de vergüenza, miedo y vulnerabilidad, el pene se configura como un órgano de carácter público (Hocquenghem, 2009), sinónimo de virilidad y garante de que ese cuerpo puede llevar adelante un desempeño sexual normal. Eso no quiere decir que el pene es un órgano que estará a la vista. Se trata más bien de un órgano que está visiblemente regulado y sobre el cual se montan numerosas expectativas relacionadas a la construcción de corporalidades cis masculinidades consideradas normales. El funcionamiento del pene, o sea, su capacidad de llevar adelante relaciones sexuales de penetración vaginal es algo que la urología no sólo presupone y regula, sino que también, llegado el caso, debe garantizar.

¿Qué produce en los cuerpos, pero también en el quehacer urológico la implantación de prótesis? Este tipo de cirugías suponen una respuesta posible frente a un cuerpo que ha experimentado una pérdida radical. Podríamos decir, frente a un cuerpo deficitario. Tal como señala Parente (2010), lejos de ser paralelos, "déficit" y "compensación" conforman dos estados interdependientes que se configuran entre sí. ¿Qué quiere decir eso? Quiere decir que un estado deficitario se conforma como tal en relación con lo que se supone un estado compensado o

---

<sup>30</sup>M166. Nota de campo nº8: El médico me mostró la prótesis como si se tratase de un trofeo, o sea, como si fuese algo maravilloso que, por cierto, lo ponía orgulloso. En este momento de la entrevista fue cuando más enfáticamente relució su calidad de urólogo. En otros pasajes de nuestra conversación, criticó los modos "biologicistas" de la medicina resaltando lo aprendido en su formación como sexólogo clínico. Fue como si la prótesis lo devolviese al campo de la urología, es más, al campo quirúrgico con todas las cucardas de quien tiene las habilidades para desempeñarse en las cirugías complejas que suponen formación específica.

normal, así como frente a la posibilidad de volver a alcanzarlo. Sin embargo, la colocación de prótesis no consiste simplemente en la devolución o restablecimiento del estado anterior, compensando o normal. Por el contrario, implica la transformación funcional, estética y ontológica de los órganos en los que se aplica, en este caso, los genitales.

A continuación, cito un fragmento de un manual destinado a pacientes que consideran la utilización de prótesis penianas hidráulicas. En este fragmento se advierte sobre las posibles transformaciones y requerimientos aparejados a su uso:

**Necesidad de destreza manual:** La prótesis (...) con bomba (...) requiere una cierta destreza manual para inflarla y desinflarla. **Posibilidad de mal funcionamiento:** Existe la posibilidad de fuga, bloqueo o de mal funcionamiento. **Posibilidad de cambios en el pene o el escroto:** La implantación de una prótesis de pene puede producir acortamiento, curvatura o cicatrices en el pene. También puede producirse deformidad escrotal (protrusión de la bomba en el escroto). **Destrucción de cualquier erección natural latente:** Es probable que la implantación de una prótesis de pene dañe o destruya cualquier capacidad natural residual de tener una erección. **Erección diferente:** Su erección con la prótesis puede ser diferente de la erección natural original. Las diferencias pueden consistir en un pene más corto, menos firme, más estrecho y con menor sensibilidad. La prótesis no se extiende hasta el extremo del pene (el glande), por lo que esta porción puede permanecer flácida. **Menos flacidez cuando se desinfla:** Cuando la prótesis está desinflada, puede que el pene no quede tan blando (flácido) como quedaba naturalmente (M80. American Medical Systems, s. f. Destacados en el original).

La implantación de prótesis supone la extracción de tejido y la introducción de objetos de distintos materiales dentro del cuerpo. En el caso de las prótesis penianas, esta remoción y posterior colocación conlleva modificaciones más o menos visibles. En el caso de las prótesis testiculares puede lograrse una apariencia frente a la cual sea sumamente difícil notar efectos de la intervención. En ambos casos, la implantación supone la pérdida definitiva de algunas de las funciones fisiológicas de penes y testículos, así como parte de su capacidad sensitiva. Uno de los efectos de la colocación de prótesis penianas que se destaca en los materiales analizados es la desvinculación de las erecciones de la excitación sexual. Con las prótesis, la función eréctil dependerá de un dispositivo que se activa y controla manual y voluntariamente cuya colocación trajo aparejada la destrucción de los mecanismos fisiológicos que en algún momento hicieron posible la erección “natural”. La prótesis produce una función eréctil mecánica y previsible, distinta en su aspecto como en su sensibilidad. Al decir de Preciado (2014), la prótesis “reinventa” la condición natural del órgano que ocupa. Pues si bien se utiliza como

una manera de resguardar la función eréctil como función fisiológica o natural, su desenvolvimiento implica la coexistencia con otro tejido, así como con otra sensibilidad y otro mecanismo.

Recuperando lo señalado más arriba, las nociones de “compensación” y “restablecimiento” no pueden dar cuenta de los efectos materiales de las prótesis. Ambos términos presuponen (y producen) un antes y después de la prótesis obliterando la producción específica que implica un órgano protésico. Pues no se trata solamente de “recuperar” la capacidad de penetrar, efecto que suele conseguirse con este tipo de intervención. La prótesis, tal como se advierte en el documento recién citado, “cambia el pene”, implica “menos flacidez” cuando se desinfla, produce una “erección diferente”. Esta transformación conforma a la prótesis como fuente de novedades morfológicas y fisiológicas y, también, de nuevos desequilibrios, disfuncionalidades, y posibles problemas o disgustos (Parente, 2010).

A continuación, voy a citar fragmentos de dos documentos en los que se evalúa la satisfacción de pacientes que han atravesado por cirugías de implante peniano, en el primer caso, y de prótesis testicular en el segundo. A través de ellos podremos profundizar en el análisis respecto del carácter ambivalente de la productividad corporal de las prótesis genitales:

Los resultados de las variables consideradas fueron: 1)- *Motivación del paciente previo al implante*: El 70% de los pacientes estaban muy motivados (...). 2)- *Expectativas del paciente ante el implante en cuanto a la mejoría de la erección, el deseo y el orgasmo*: 50 pacientes (98%) tenían la expectativa ante el implante de mejorar la erección, 36 (70,6%) de mejorar el deseo y 25 (49%) de mejorar el orgasmo. 3)- *Situación de pareja*: Cuarenta y siete pacientes (92,15%) tenían pareja estable en el momento del implante; de ellos, 12 (25,5%) no le comentaron a su pareja acerca de la decisión de implantarse, mientras que el resto (76,4%) compartió la decisión con su pareja. La actitud de la pareja manifestada por el paciente frente a la decisión del implante fue favorable en 25 (64%), indiferente en 8 (20,5%), negativa en 6 (15,7%). 4)- *Eficacia del implante: evaluada a través de la calidad de la rigidez y capacidad de penetración*: La eficacia del implante fue del 95,1%. 5)- *Modificaciones de la sensibilidad luego del implante*: El 41,2% manifestó desde una leve a una gran mejoría, mientras que, por el contrario, el 23,5% empeoró. 6)- *Satisfacción del paciente con la actividad sexual antes y después del implante*: 37 pacientes (72,5%) mejoraron la satisfacción sexual luego del implante. 7)- *Autoestima del paciente antes y después del implante*: 43 pacientes (84,1%) mejoraron su autoestima luego del implante. 8)- *Período de adaptación física, urinaria y sexual*: La adaptación física, urinaria y sexual se produjo entre el 1er y 3er mes en más del 90% de los pacientes. Las prótesis de los pacientes que se adaptaron al implante fueron: 33 maleables (91,6%) y 12 hidráulicas (80%), 6 pacientes no se adaptaron al implante. 9)- *Mejora en la calidad de vida*: El 70%

manifestó que el implante mejoró su calidad de vida. El 6,4% cambió de pareja luego del implante y el 59,6% mejoró su relación de pareja luego del implante. 10)- *Ventajas y desventajas del implante y si aconsejaría el tratamiento a otro paciente*: 46 pacientes (90,2%) manifestaron ventajas en la colocación de una prótesis; a su vez, 23 pacientes también manifestaron desventajas (45,1%). Las ventajas manifestadas fueron: tener el pene erecto 23 pacientes (50%), sentir confianza y seguridad 15 pacientes (32,6%). Las desventajas fueron fundamentalmente estéticas (disimularla, acomodarla, siente que se le nota, etc.) a pesar de lo cual la mayoría de estos (65%) aconsejaría colocarse una prótesis. El 82% de los varones encuestados aconsejaría a otro paciente la alternativa de un implante. 11)- *Nivel de satisfacción de la pareja*: De los 51 pacientes sólo concurren a la consulta 12 de sus parejas (23,5%) (M95. A. Bechara, Casabé, Bonis, Hurcade, y Rey, 2010. Itálicas en el original).

La ausencia de un testículo en la bolsa escrotal representa una experiencia traumática en los hombres de cualquier edad, desde la infancia a la vejez, lo que puede llevar a solicitar el implante de un testículo artificial por razones psicológicas, cosméticas o parentales (...).

En la práctica actual, las complicaciones postoperatorias más comunes conciernen a la satisfacción cosmética y la imagen corporal, fundamentalmente a que el dispositivo es del tamaño o forma incorrecta o que está ubicado demasiado alto en el hemiescrotal. A todos los pacientes orquiectomizados, sea cual fuere su edad, se les debería ofrecer un implante testicular e informar la posibilidad de la prótesis a los padres de los menores. Todos los tamaños de las prótesis testiculares deberían estar disponibles en los servicios hospitalarios, lo que permitiría brindar a los hombres expectativas factibles y elegir un tamaño adecuado del implante (...).

Conclusiones: La prótesis testicular reduce el impacto psicológico que resulta de la pérdida o la ausencia de un testículo (...) (M108. Puscinski, 2010).

La implantación de prótesis no se configura como una respuesta a una enfermedad sino como una alternativa ante una pérdida, ya sea de capacidad funcional y/o de tejido, que no pudo abordarse de manera eficaz a través de otro método. Si bien no supone una cura, sí supone una respuesta posible frente a los sentimientos de angustia y malestar que pueden causar la disfuncionalidad de órganos cuyo funcionamiento ocupa un lugar central en la construcción de los cuerpos de los hombres cis.

A través de la reinención de la ontología genital que supone la respuesta protésica, la urología da cierta continuidad al mandamiento de “una capacidad eréctil que provea firmeza, resistencia y constancia. Por lo tanto, al pene como lugar central de la identidad y, al mismo tiempo, de angustias [cis] masculinas” (Sequeira Rovira, 2014, p. 142). Tal como se manifiesta en los fragmentos anteriormente citados, el éxito y el nivel de satisfacción de quienes utilizan las prótesis se relaciona de manera directa con la capacidad de mimesis funcional y estética de estas. Los cuerpos protésicos de los hombres cis que pasan por este tipo de intervenciones no son ajenos a las regulaciones cisonormativas que organizan a los cuerpos de manera

jerárquica asociando lo natural con lo verdadero y lo artefactual o quirúrgico a lo menos verdadero. Podríamos pensar a los cuerpos protésicos como *ciborgs*, es decir, como organismos híbridos en los que se entremezclan tejidos con artefactos. Sin embargo, la prótesis marca a estos cuerpos con la presencia permanente del déficit, con la pérdida de la naturaleza eréctil con la que se identificaban. Estos *ciborgs*, a diferencia de los de Haraway (1995), son nostálgicos de la naturaleza perdida y no curtidores profanos de ontologías corporales maquínicas y raras que se entusiasman ante la promesa de otros horizontes ontológicos.

#### **4. Composición clínico-terapéutica III: La vaginoplastía y la afirmación quirúrgica de las mujeres trans**

La vaginoplastía es un tipo de cirugía solicitada a la que, según la ley de identidad de género, puede acceder cualquier persona que la requiera. Según la investigación que da lugar a esta tesis, quienes más la solicitan son mujeres trans. Presentada de manera sucinta, consiste en la extirpación quirúrgica de parte del pene y los testículos y en la realización quirúrgica de una vulva y vagina (M110. Wylie et al, 2016). Algunos médicos urólogos también realizan otro tipo de cirugía genital llamada faloplastía, intervención que solicitan algunos hombres trans que dicho brevemente consiste en la construcción quirúrgica de un pene. Ambas son cirugías complejas pero distintas en lo que refiere a su requerimiento técnico-quirúrgico.

Según los documentos analizados, las técnicas quirúrgicas que se ponen en juego en la práctica de vaginoplastías cuentan con mayor nivel de protocolización y consenso médico que las de la faloplastía (M103. Belinky et al, 2012; M109. Leclère et al, 2015; M110. Wylie et al, 2016). Asimismo, la experiencia en el campo urológico local -en sintonía con el internacional- es considerablemente más vasta en la realización de vaginoplastías que de faloplastías.

En este apartado voy a focalizarme en el análisis específico de la composición clínico-terapéutica que tiene lugar en la realización de las vaginoplastías. Lo que sucede en el quirófano, pero también lo que sucede antes y después de la operación cobra forma en relación con un contexto más amplio y específico. En Argentina, la vaginoplastía es parte de las intervenciones y recursos biomédicos garantizados por la ley de Identidad de Género. Dicha ley garantiza su acceso sin el requerimiento

formal de un diagnóstico médico<sup>31</sup>. En palabras de Cabral, la Ley de Identidad de Género “respetar a rajatabla el derecho a la autodeterminación tanto identitaria como corporal, facultando a las personas a modificar su cuerpo de manera parcial o total, pero sin que esas modificaciones sean un requisito para acceder al reconocimiento legal de la identidad de género” (2014, p. 211).

Este tipo de cirugía no se configura como una respuesta médica ante una enfermedad o trastorno ni tampoco como un tratamiento alternativo cuando otros fallaron. Se trata más bien de una respuesta frente a una demanda que se enmarca en la voluntad de transformar el propio cuerpo (Capicua, 2013; Cotten, 2014; Sues, 2014). Hacerse una vaginoplastia es una de las tantas decisiones que pueden tomar o no las personas trans, tal como lo hacen las personas cis, sobre sus cuerpos y sus vidas (Cabral, 2009; Stone, 2004) sin que esta decisión haga o deje de hacerlas más o menos legítimas, reales o verdaderas (Plemons y Straayer, 2018).

¿En qué consiste la realización de una vaginoplastia?, ¿cómo se prepara un urólogo o uróloga para su puesta en práctica? Para comenzar a indagar en las particularidades de este tipo de intervención, cito a continuación la definición de vaginoplastia que ofrece un urólogo en su página web:

Es un procedimiento en una sola etapa e irreversible. No existe una técnica quirúrgica estándar y a su vez no existe una única cirugía, debiendo conocerse todas las alternativas para optimizar los resultados tanto cosméticos como funcionales y sensitivos.

Los pasos comunes de cualquiera de las técnicas incluye la excisión de los testículos y estructuras penianas internas, la confección de un espacio por delante del recto y por detrás de la vejiga y la próstata donde va a alojarse la cavidad neovaginal. Se confecciona el clítoris que brindara sensibilidad, utilizando un segmento de glande –preservando su paquete vascular y nervioso.

Para la confección de la neovagina se utilizan diferentes tejidos pudiendo usarse la piel peniana como tubo invertido, un colgajo peniano anterior y un colgajo preanal posterior que se unen e invierten o directamente el tejido escrotal afinado a modo de injerto (o sea, armar una cavidad vaginal sobre un tutor que luego se coloca en la cavidad formada). Se reduce y ubica la uretra en una posición femenina y se realiza la labioplastia mayor con piel de pene o escroto y la labioplastia menor con prepucio o colgajo uretral (M157. Belinky, s.f.).

---

<sup>31</sup> En la práctica, las obras sociales y prepagas solicitan algunos trámites aunque éstos no sean legales. Para mayor información sobre estas situaciones puede consultarse las siguientes notas periodísticas: <http://www.falgbt.org/slider/la-defensoria-del-pueblo-de-la-nacion-exhorto-a-prepagas-a-dar-cobertura-de-salud-a-pacientes-lgbt/> [último acceso: 22/01/2019]. <https://abosex.com.ar/2013/11/08/hay-incumplimientos-a-la-ley-de-identidad-de-genero-por-parte-de-prepagas-y-obras-sociales-la-superintendencia-de-servicios-de-salud-debe-actuar/> [Último acceso: 22/01/2019]. <https://www.pagina12.com.ar/diario/sociedad/3-277782-2015-07-24.html> [Último acceso: 22/01/2019].

Esta cirugía consiste en un procedimiento quirúrgico que se desarrolla en una sola etapa, pero no mediante una única técnica quirúrgica. Por el contrario, quienes la llevan adelante se valen de distintas técnicas propias de la urología rearticulándolas entre sí junto con otras que son específicas de esta operación. Sin embargo, esa articulación de técnicas generales y específicas no supone una metodología formal y única para la realización de vaginoplastias. Por el contrario, estas técnicas se ajustan y articulan en la planificación y puesta en práctica particular que supone cada intervención. A continuación, cito un fragmento del *Documento marco de las Residencias en Cirugía General* elaborado por el ex Ministerio de Salud de la Nación. Al citarlo me propongo ahondar en algunos aspectos específicos del saber-hacer técnico-quirúrgico que se ponen en juego de manera manifiesta en la realización de vaginoplastias. Luego cito fragmentos de dos entrevistas realizadas a médicos:

Durante la formación en cirugía general, se incorporan contenidos y habilidades esenciales [...] tales como maniobras básicas, gestos técnicos, manejo pre y post operatorio, que se naturalizan a partir de la práctica frecuente y que permiten el desarrollo posterior de procedimientos cada vez más complejos (M18. MSN, Residencias Cirugía Gral., 2013).

Lo que tiene de bueno esta cirugía es que comprende muchas cirugías que nosotros hacemos por separado. O sea, la que hice hoy a la mañana que nada tiene que ver con una readecuación genital, pero tiene gestos que se hacen en esta, hay un montón de cirugías que uno va aprendiendo, entonces esto es un mix de cosas (M48. Entrevista a médico/a nº11 - urólogo/a).

Es cierto que hay poca información y poca gente formada en este tipo de cirugías. Yo particularmente regulo bastante la información que doy. Presento cosas, comparto, pero creo que hay un tema también de saber dónde uno va a difundir esto, ¿sí? Porque también puede caer en manos de alguien que no tiene experiencia en esto, y se manda a operar alguna vez y eso va a ser más lío que beneficio. Y la principal perjudicada es la paciente. ¿Se entiende? Entonces, a veces, no sé, me llama alguno para venir a ver alguna cirugía. Yo le digo “esta bien, vas a ver una cirugía, pero ¿cuántas prácticas de uretra hiciste?”, “ninguna”, “bueno, no, no podés venir a ver esto. Tenés que empezar por el primer escalón” (M47. Entrevista a médico/a nº10 - urólogo/a).

Como vimos al inicio de este capítulo, la capacidad de poner en práctica un quehacer quirúrgico de complejidad creciente forma parte de las competencias intrínsecas del saber quirúrgico de esta especialidad. Las técnicas quirúrgicas que se ponen en juego en la realización de esta operación son, en parte, resultado de la reorganización de conocimientos teóricos y prácticos consolidados. Los médicos

que hacen este tipo de cirugías se montan sobre ese bagaje y capacidad procedimental para, a partir de allí, poner en práctica y aprender lo novedoso de las vaginoplastías en general y de cada vaginoplastía en particular.

En Argentina no hay ninguna instancia formal en la que se enseñe y aprenda a realizar una vaginoplastía. Tampoco hay un protocolo, guía o consenso aprobado por alguna sociedad científica que estipule pautas generales para su realización. Los médicos que las practican aprendieron a hacerla apoyándose en las habilidades clínicas y terapéuticas propias de la urología que, si bien no fueron establecidas para esta cirugía en particular, forman parte de ella. Lo novedoso de la vaginoplastía, aquello que los médicos no conocían o no habían practicado, lo aprendieron experimentando con los cuerpos de las mujeres trans que querían operarse. Es decir, lo aprendieron haciendo (Farji Neer, 2018a).

Según la investigación que da lugar a esta tesis, en Argentina, particularmente en Buenos Aires, son muy pocos los médicos (no he detectado médicas) que realizan este tipo de intervenciones. Estos profesionales suelen entablar distintos tipos de relacionamientos con la comunidad de mujeres trans y con sectores del activismo. Esa relación implica también otro tipo de formación médica que, en este caso, rebasa lo estrictamente técnico-quirúrgico involucrando aspectos generales relacionados a los derechos sexuales de las personas trans así como el reconocimiento de la identidad de género.

A diferencia de otro tipo de intervenciones quirúrgicas, la vaginoplastía no consiste solamente en extirpar sino, también, en diseñar y confeccionar. No sólo se trata de sacar penes y testículos sino también de hacer vulvas y vaginas. Para eso, el cirujano puede valerse de la piel del pene y testículos o de otras partes del cuerpo como intestinos. Optar por una técnica u otra dependerá de las particularidades de la paciente operada, por ejemplo, del tamaño, del estado de la piel del pene y del escroto, del tiempo que la paciente lleva haciendo un tratamiento hormonal (el cual puede afectar el tamaño de los genitales), de si se realizó o no alguna intervención quirúrgica genital previa, entre otras posibilidades. Cito a continuación fragmentos de una exposición en una jornada médica y de una entrevista realizada a un médico que realiza este tipo de cirugías:

Dentro de la personalidad de un cirujano, siempre, un desafío quirúrgico es algo interesante. Desde el punto de vista quirúrgico hacer esta cirugía es muy interesante, es una cirugía preciosa. Obviamente, sigue siendo un desafío, cada vez que entramos al quirófano es un desafío. Lo que sí, ponerse a hacer esto en

el quirófano no es el camino más simple que uno puede elegir desde el punto de vista quirúrgico. Es una cirugía extremadamente compleja (M67. Médico/a urólogo/a en jornada médica).

Es muy compleja, es una cirugía muy compleja. Estuve la semana pasada en un congreso. Y aún mostrándolo dentro del ambiente urológico, y urológico reconstructivo, es complejo. Es complicado. Aún para la gente que entra al quirófano a hacer esto todos los días, ¡para mí es complejo! La semana que viene tengo que ir a operar a dos pacientes, y una tiene un problema peniano y tiene un pene muy chiquitito, y yo no sé cómo voy a hacer, porque bueno, voy pensando, voy leyendo, o sea, es un desafío. Es un desafío quirúrgico, muy lindo, por lo menos, si te gustan los desafíos, es muy atractivo (M47. Entrevista a médico/a n°10 - urólogo/a).

La irreductibilidad que caracteriza a la realización de vaginoplastias es codificada por los urólogos como un desafío técnico que los enfrenta a poner en práctica sus destrezas<sup>32</sup>. Cada cuerpo, único y particular, va a posibilitar y requerir detalles técnicos específicos haciendo de aquello que sucede en cada vaginoplastia una conjunción específica entre habilidades quirúrgicas y características corporales únicas. La habilidad del cirujano, lejos de ser una cualidad individual lograda a través de una formación aislada, se relaciona con los contextos médicos, éticos, legales o económicos en los que tiene lugar (Plemons y Straayer, 2018).

La intervención quirúrgica que supone este tipo de operación es compleja no sólo por su irreductibilidad y por la falta de protocolización de la técnica. También lo es por la magnitud de la intervención. Para realizarla se requiere de la disponibilidad de un quirófano durante varias horas, recurso que se distribuye entre distintas especialidades médico quirúrgicas y que, en el caso de la urología, se organiza acorde a lo que se considera enfermedades agudas y lo que es y no es tan “uroológico”. Cito a continuación el fragmento de una entrevista realizada a un médico:

ENTREVISTADORA: Me decía recién que hay lista de espera para la realización de vaginoplastias, ¿eso algo habitual para lo que es el uso del quirófano en cualquier especialidad o es más larga para las vaginoplastias?

---

<sup>32</sup>M164. Nota de campo n°6: El médico parecía orgullo de sí mismo. Pues entiende que eso que hace se debe a sus logros, a sus capacidades técnicas especiales y específicas y a su sensibilidad particular con las mujeres trans y sus demandas. No se explayó mucho en anécdotas, pero cada vez que lo hizo fue meticuloso en cómo fue sorteando los obstáculos y descubriendo cómo resolverlos. Me dio una sensación parecida a lo que sentí al escuchar al experimentado médico que disertó en unas jornadas realizadas por un servicio de urología de otra provincia, dedicada exclusivamente a las vaginoplastias o “cirugías de reasignación de sexo”. Ese médico se presentó a sí mismo como un artista. No lo dijo textualmente, pero tampoco hizo mucha falta, estaba convecido de que las vaginas de las mujeres trans eran “su obra”.

MÉDICO/A: La realidad es que somos un servicio de urología, entonces trato de ir mechando una, dos vaginoplastías, pero si tengo un paciente con cáncer de vejiga sí o sí lo tengo que operar. Por ejemplo, el miércoles pasado operamos un cáncer de riñón, que no estaba en la lista, entró por guardia, le sacaron sangre, lo estudiamos, y entonces eso te va trastocando el orden. Aparte tenés un listado de la gente que tiene problemas de próstata, que hace 5 o 6 meses que está esperando para operarse, y bueno, es un servicio de urología. Muchos piensan que hacemos solamente vaginoplastías y no hacemos sólo eso, hacemos de todo.

ENTREVISTADORA: Y de las cirugías que son programas, ¿ustedes van definiendo el orden?

MÉDICO/A: Sí, más o menos. Sólo tenemos quirófano todo el día los miércoles y la vaginoplastía es una cirugía que me demanda todo el día. Arrancás a las 8 y terminás a las 3 de la tarde, no me sirve medio turno. Los lunes y los viernes tengo el quirófano medio turno, esos son días que puedo operar una próstata, algo más corto. Un riñón lo tengo que anotar en todo el día porque en medio día no llego, ya me ocupa un miércoles, y bueno, nos vamos acomodando en base a eso. Nosotros tenemos tres días por semana quirófano, porque existen otras especialidades, cirugía cardiovascular, pediatría, otorrino, todas necesitan quirófano y en el reparto nos tocaron esos días (M48. Entrevista a médico/a n°11 - urólogo/a).

Como mencioné anteriormente, la vaginoplastía no se trata de una respuesta quirúrgica ante una enfermedad o una dolencia. Se trata de una intervención compleja que tiene lugar ante una demanda motorizada por la voluntad de una paciente que quiere transformar su cuerpo. Tal como se señala en el fragmento recién citado, la realización de este tipo de práctica quirúrgica supone una disposición particular de las competencias clínicas y quirúrgicas de la urología, así como de su relación con lo que trata, ya no una enfermedad ni una disfunción, sino una intervención de carácter positivo y constructivo.

Las prácticas involucradas en la composición clínico-terapéutica que tiene lugar en la realización de vaginoplastías exceden al quirófano y las salas de internación como escenarios. En consultorio constituye un lugar relevante para el abordaje de este tipo de demandas que, como veremos, conllevan un proceso pre y post quirúrgico específico. A continuación cito fragmentos de dos entrevistas que nos permiten adentrarnos en lo que sucede en la etapa pre-quirúrgica:

El modo en el que llega cada paciente es muy variable, eso se ve en las consultas pre-quirúrgicas. Hay pacientes que vienen extremadamente leídas, con todo sabido y te muestran, te dicen "Dr. le muestro un video que vi de alguien en Singapur que hace esto", y lo vemos juntos y charlamos. También hay pacientes que te dicen "yo no quiero saber nada, opéreme y nada más", uno tiene que saber respetar eso. Mi primer pregunta a la paciente es "bueno, ¿qué querés saber?" Porque tampoco uno puede ser imperativo con la información, porque quizás la paciente no está preparada para recibirla de entrada. Y uno va como amalgamando, y haciendo esta transición. No va a ser una única consulta.

Es lo mismo que el examen físico: yo necesito revisarlas antes de entrar al quirófano. Y la mayoría de las veces no lo hago en la primera consulta. Y hay pacientes que en la primer consulta se desvisten y te dicen “dale, ya está, revisame”. Es muy artesanal. No hay un libro para esto (M47. Entrevista a médico/a nº10 - urólogo/a).

Esta paciente (...) venía con un pene muy chiquito. Entonces, cuando tenemos la consulta, le explico que podía ser que la cavidad vaginal le quede muy chica o que le tenga que sacar un injerto del muslo y que en ese caso le iba a quedar una cicatriz en el muslo. Sólo así le iba a poder hacer una vagina más grande. Otra opción era abrirla y hacerle la vagina con parte del intestino. Y ella me dijo “la verdad que yo no tengo penetración, tengo a mi novia y no hacemos penetración”. Estaba con su novia hace 15 años. “Si me peleo con ella voy a tener otra novia y no voy a tener ningún tipo de...” A lo que le advertí, “pasa que después, hacer la vagina es mucho más complicado”. Y me dijo “no, no me interesa, no me interesa”. Listo, ya está. Le hicimos la vulva y nada más que eso, y está feliz (M48. Entrevista a médico/a nº11 - urólogo/a).

Las mujeres trans participan activamente de la operación no sólo poniendo sus cuerpos en los quirófanos. La etapa prequirúrgica también puede convertirse en un espacio en el que ellas, junto con los médicos, diseñan algunos detalles de la operación. A diferencia de lo que sucede en, por ejemplo, el abordaje del cáncer prostático analizado anteriormente, en el abordaje de las vaginoplastías la etapa clínica, el intercambio con la paciente y la consideración de sus singularidades, parece ocupar un lugar relevante para la conformación de los quehaceres quirúrgicos. Es decir, lo que se realiza en la cirugía está sujeto al lo que sucede en la etapa prequirúrgica enfatizando el carácter “artesanal” de este tipo de intervenciones, señalado más arriba.

En el momento prequirúrgico también se realizan exámenes clínicos generales y se informan sobre los resultados esperables y riesgos posibles aparejados a la operación. También, como parte de la preparación que requiere la vaginoplastía, se anuncia y planifica el posquirúrgico. Cito a continuación fragmentos de entrevistas a dos médicos y de una presentación realizada en un congreso de urología:

En lo que si soy muy, muy, muy obsesivo es que, antes de entrar al quirófano, la paciente tenga muy en claro lo que yo puedo realizar en la cirugía y lo que no. Las posibilidades cosméticas, la profundidad que puedo lograr con la cirugía, las complicaciones de la cirugía, o sea, yo no quiero que la paciente piense que es una cirugía cosmética y nada más, o sea, puede ser que ande todo bien o podemos tener muchos problemas, y me preocupa que la paciente sepa esto de antemano. Y después, también soy obsesivo, que en una época no le daba bola, en decirle, en adelantarle el tema de las tutorizaciones que vienen después de la cirugía, que van a tener que ponerse a hacer ejercicios. En una época no hacia tanto hincapié y después me di cuenta que era un trastorno para las pacientes. En cambio cuando uno se lo avisa y lo prepara de antemano,

pacientes llegan mejor preparadas a la cirugía (M47. Entrevista a médico/a nº10 - urólogo/a).

La cirugía puede generar frustración o enojo no por los resultados que nosotros nos proponemos. Sí por alguna complicación. E intentamos dejar bien en claro esto con la paciente antes de la operación. Son cirugías que pueden tener complicaciones. Hemos tenido que volver a operar a alguna paciente por alguna fístula entre el ano y la vagina, hemos tenido una paciente que se levantó en la cirugía y al segundo día se le cayó la vagina, otra que después de sacar el injerto quedó con un problema una pierna, con una imposibilidad motora, no importante, pero moderada. Porque son cirugías que tienen complicaciones. Pero cuando sale bien, la vaginoplastia es perfecta desde el punto de vista de lo que es estética, función, placer, es perfecta. La vaginoplastia, si no sos médico, es casi imposible de darte cuenta (M48. Entrevista a médico/a nº11 - urólogo/a).

### **Cirugía de readecuación genital femenina. Experiencia inicial Resultados**

La edad promedio de las pacientes fue de 34 años (17-64). El tiempo medio operatorio alcanzó los 210 minutos (180-360), El sangrado medio 300 cc. Al 3.8% (5 pacientes) de las pacientes se las debió transfundir. Las complicaciones fueron: estenosis de neovagina en 5 pacientes (3.8%), lesión rectal en 6 pacientes (4.6%), estenosis de uretra en 4 pacientes (3%), lesión nerviosa reversible en una paciente (0.76%), necrosis de clítoris en una paciente (0.76%) y complicaciones cutáneas menores en 14 pacientes (10.7%).

Obtuvimos 100% de satisfacción cosmética global, 100% de sensibilidad vaginal y 79.2% de orgasmos. La profundidad promedio lograda en pacientes sin estenosis fue de 15cm (12-20 cm) (M104. Belinky et al, 2016a).

La puesta en práctica de las vaginoplastias, al igual que muchas intervenciones quirúrgicas complejas, tiene aparejados riesgos. En los materiales analizados se indica que éstos son poco probables, aunque intrínsecos a su complejidad. Asimismo, suele contrastárselos con las altas probabilidades de éxito de la intervención, es decir, con la posibilidad de lograr vaginas estéticas, funcionales y sensitivamente “perfectas”. Los médicos utilizan ese adjetivo para señalar que esas vaginas no sólo no aparentan haber sido quirúrgicamente construidas, sino que tienen la capacidad sensitiva de experimentar orgasmos. Tal como señala Mesics (2018), sensibilidad de la vagina y la vulva y la posibilidad del placer genital lejos de ser algo accesorio debería ser uno de los objetivos centrales de esta intervención. Esta dimensión forma parte de lo que los médicos toman para evaluar el resultado de la operación.

¿Qué sucede una vez que se sale del quirófano? Cito a continuación un fragmento de una publicación de una página web de un médico urólogo y un fragmento de una entrevista que nos permitirán adentrarnos en ciertos aspectos de la etapa posquirúrgica:

El tiempo medio de cirugía es de 4 a 6 hs. El tutor vaginal y la sonda urinaria quedan colocadas por 5 días y la internación media es de 4 a 6 días.

Luego de extraído el tutor se comienza con un esquema de auto tutorizaciones al principio 4 veces por día, luego de 2 y finalmente de una vez al día.

Las relaciones sexuales se indican entre los 45 y 60 días dependiendo de la evolución de la cirugía. En nuestra casuística la tasa de sensibilidad preservada postoperatoria es de 100% y la tasa de orgasmo referida por las pacientes es del 72% (M157. Belinky, s.f.).

En principio, si está todo bien, las pacientes están internadas 4 o 5 días. Al quinto día se van a casa, orinando solas y poniéndose un tutor 4 veces por día. En el primer mes las veo con bastante periodicidad, una o dos veces por semana. En el segundo mes la veo cada una semana o cada 15 días y después del segundo mes, las veo una vez por mes. Alta, alta, así como perder contacto, en principio, trato de que no sea nunca. Después de operarse, 4 o 5 años que andan bárbaro igual les pido que aunque sea una vez por año me vengan a ver, o que me manden un mail y que me cuenten que están bien. Es para saber qué es lo que pasa con las pacientes. Así que alta total, en principio, nunca. Alta de la internación, al quinto día, que se van del sanatorio. Después, un mes reposo estricto y, al segundo mes, recién pueden hacer vida normal. Deportes, sexo, todo eso (M48. Entrevista a médico/a n°11 - urólogo/a).

A diferencia de otro tipo de intervenciones quirúrgicas urológicas, la relación de los médicos con las pacientes no se termina luego de la internación o luego de retirar los puntos. Por el contrario, esta operación supone un largo y activo posquirúrgico para luego continuar con un contacto más laxo, aunque intentando que sea de carácter regular. A diferencia de las otras composiciones analizadas en las que el alta médica supone una meta que lograr, en ésta, los médicos valoran el contacto a largo plazo con la paciente.

El posquirúrgico consiste en visitas regulares al urólogo y en el cuidado que las mujeres trans deben realizar en sus vaginas. Las llamadas “tutorizaciones” ocupan un lugar central en esos cuidados debiéndose llevar a cabo de manera permanente, con mayor frecuencia y dedicación durante los primeros meses. Tal como se señala en la *Guía para el cuidado post quirúrgico de la neovagina*, elaborada por el Servicio de Urología de un hospital en el que se realizan estas operaciones, estos ejercicios consisten en la introducción de “consoladores” de diferentes tamaños a fin de ejercer presión sobre el fondo de la vagina (“dilatación estática”) y ampliar la cavidad (“dilatación dinámica”):

Un punto muy importante para cualquier mujer después de una cirugía es ser PACIENTE. Llegar al resultado final luego de una cirugía de reasignación de sexo puede demorar hasta 12 meses. (...).

La dilatación es clave para tener profundidad y ganar amplitud vaginal. Es lo único que está totalmente bajo tu control; por eso es importante que lleves un régimen de dilatación constante y firme. Necesitarás dilatar tu vagina en cierta medida por el resto de tu vida. (...).

**Consejo:** la dilatación dinámica es una técnica extremadamente efectiva pero no es para nada cómoda. Para lograr buenos resultados, deberás trabajar muy duro en ella. (...).

Naturalmente el dolor y la necesidad de dilatar rigurosamente son fuerzas opuestas, y es fácil imaginar que la dilatación es “demasiado difícil”. Este sentimiento debe ser superado y la velocidad con la que pasa el “periodo difícil” es influenciada por 3 factores:

- Una misma.
- La creación de nuevos tejidos.
- La reinserción de los nervios.

El elemento “Una Misma” es el más crucial durante esta etapa, y la preparación mental es vital. Si la paciente cree que la dilatación dolerá, es seguro que esto suceda. Una vez que la creencia existe, ella estará tensa, lo que hará que la dilatación sea más difícil. El “fracaso” durante el periodo de dilatación hace que la paciente se preocupe creando un “círculo vicioso”. Lo más importante es que se prepare mentalmente para cada sesión sin apresurarse. Si bien no se recomienda su uso sistemático, si es necesario, se pueden tomar analgésicos (M81. División de Urología, s. f.).

El “tutoreo” no sólo moldea el proceso de cicatrización de las vaginas. También las feminiza. Como práctica y como objeto el “tutor” o “consolador” no deja de remitir a una relación dependencia, minoridad o consuelo, lugar en el que muchas veces la medicina, en consonancia con regulaciones sexo-genéricas más amplias, asigna a las mujeres. Podríamos pensar que las tutorizaciones son un tipo de ejercicio que moldea médicamente vaginas y también feminidades.

El proceso de cicatrización, “estabilización”, “acostumbramiento a las nuevas estructuras sexuales” así como la “reinserción de los nervios” requiere de tiempo, paciencia y perseverancia (M81. División de Urología, s. f). El accionar, el cuidado y dedicación de las mujeres trans juega un papel fundamental en la etapa posquirúrgica y en el resultado final de la operación. Pues son ellas las que deberán llevar adelante las tutorizaciones que darán la forma final a la vagina y para ello deberán sobreponerse a frustraciones, miedos e incluso dolores. Los resultados finales serán, en última instancia, responsabilidad del moldeamiento del proceso de cicatrización y de la calidad del autocuidado, en general, que las mujeres trans realicen respecto de sus vaginas.

Para finalizar quisiera proponer algunas reflexiones e interrogantes. Como vimos en el apartado anterior, los hombres cis intervienen y transforman sus genitales a través de la implantación de prótesis. ¿Qué diferencias y continuidades se pueden identificar entre este tipo de intervención y las vaginoplastías? La posibilidad de rediseñar los contornos genitales y sexuales del cuerpo no es algo

exclusivo de las demandas de las personas trans. Las diferencias, sugiero, se relacionan más bien con el modo en el que se llevan a cabo este tipo de intervenciones y con el tipo de entramado y conexiones epistemológicas, prácticas y ontológicas que componen.

Las vaginoplastías, junto con otros tipos de intervenciones corporales que la medicina pone en práctica en relación con la demanda de personas trans, como mastectomías, faloplastías, utilización de hormonas, colocación de prótesis, etc., abren lugar a un campo de existencias posibles que dislocan de manera explícita la supuesta naturaleza inamovible, innata y determinante de lo genital en relación con las identidades de género.

Como señalé al principio de este apartado, la realización de vaginoplastías no se pone en práctica en tanto la cura de una enfermedad ni como el restablecimiento de una función “original” sino como una respuesta a una demanda voluntaria. En esta composición, las competencias quirúrgicas de la urología se conectan con dimensiones políticas y corporales que resisten a los efectos normativos de la medicina, en general, y particularmente del cis heterosexismo.

Las vaginas no han dejado de configurarse como un asunto de la biología corporal, pero, a diferencia de lo que sucede en el abordaje de, por ejemplo, las próstatas, asunto analizado anteriormente, en la realización de vaginoplastías lo biológico no se conforma como una dimensión unívoca, regular y originaria sino como situada, abierta y conectada con “la paciente”, así como con su contexto específico. En otras palabras, se configura como una dimensión política (Latour, 2013).

## **Recapitulación**

A lo largo del capítulo, se han analizado las características del campo de la urología, de sus prácticas clínicas y quirúrgicas y el modo en el que se configuran sus objetos. Se ha señalado que esta especialidad se caracteriza por un saber-hacer técnico-quirúrgico, es decir, por una matriz onto-epistemológica que se articula a partir de la gravitación de lo quirúrgico: lo quirúrgico da forma tanto a las categorías diagnósticas, procedimientos clínicos y terapéuticos, así como a los cuadros con los

que esta especialidad trata. Estos últimos se caracterizan por su naturaleza puntual, asible y resoluble por parte de los quehaceres urológicos.

A lo largo del capítulo se ha analizado el modo en el que lo quirúrgico configura la formación en urología, así como las principales habilidades clínicas y terapéuticas de la especialidad. Asimismo, se han examinado tres composiciones clínico-terapéuticas, es decir, tres tipos de conexiones específicas entre elementos heterogéneos, semióticos y materiales, que se disponen de manera singular dando lugar a unidades compositivas creativas dentro del campo de la urología. Las composiciones analizadas fueron: las que tienen lugar en el abordaje de las dolencias prostáticas, en la colocación de prótesis penianas y testiculares y en la realización de vaginoplastías.

En la primera composición se han analizado las maneras en las que la urología aborda las dolencias referidas a la próstata, especialmente aquellas prácticas relacionadas al diagnóstico y tratamiento del cáncer prostático. Se ha indagado en las singularidades de los diferentes estudios de los que la urología dispone para llevar adelante el control prostático (PSA, tacto rectal y ecografía) y el diagnóstico de cáncer (punción prostática), así como en su tratamiento. También se han analizado las dificultades y productividades de estos estudios en relación, especialmente, con el funcionamiento de regulaciones sexo-genéricas que dan forma a la masculinidad cis hétero normativa.

Luego, se ha analizado la composición clínico-terapéutica que tiene lugar en el abordaje de las distintas situaciones en las que los hombres cis demandan por la colocación de prótesis genitales, penianas o testiculares. Se ha examinado el modo en el que se organizan las distintas prácticas terapéuticas disponibles y su orientación a la “preservación” del tejido y la función “original”. Se ha problematizado a la colocación de prótesis como un “restablecimiento” dando lugar al análisis de la producción de ontologías morfológicas y funcionales híbridas, tipo *ciborg* que esta intervención conlleva.

Finalmente, se ha indagado en la composición clínico-terapéutica que tiene lugar en la realización de vaginoplastías. Se ha señalado la gravitación del vínculo específico que traman los médicos que llevan adelante este tipo de operaciones con el activismo trans local. Se ha analizado la afinidad entre los requerimientos quirúrgicos de las vaginoplastías y las habilidades técnico-quirúrgicas de la urología. También se ha examinado la configuración singular de este tipo de

intervenciones, el carácter artesanal y no mecánico tanto de lo que sucede en el momento prequirúrgico, quirúrgico y posquirúrgico. Por último, se ha examinado el modo situado, local y político en el que se conforma el carácter biológico de las vaginas de las mujeres trans, así como el rol protagónico que tienen las singularidades de las pacientes en este tipo de intervenciones.

## Capítulo 3

### La sexología médica y las ontologías corporales

#### Las estrategias médicas y el abordaje clínico de las disfunciones sexuales de hombres y mujeres cis

##### Introducción

Se llama sexología al campo amplio, heterogéneo y multidisciplinario que, desde distintas perspectivas terapéuticas, se dedica al abordaje de los malestares asociados al ejercicio sexualidad (Jones y Gogna, 2014; J. Russo, 2013). Este capítulo está dedicado al análisis de lo que llamo “sexología médica”, es decir, la sexología clínica ejercida por médicos y médicas en consultorios. El objetivo central del capítulo es analizar la manera en la que esta especialidad define y pone en práctica sus estrategias clínicas y terapéuticas y la relación productiva que éstas traman con los cuerpos de las personas con las que trata, en su mayoría hombres y mujeres cis.

A diferencia de la ginecología y la urología, en Argentina la sexología médica no se ha conformado de manera formal como una especialidad médica, en gran medida ya que no existen residencias médicas de formación en sexología. En la Ciudad de Buenos Aires se dispone de cursos de posgrado dictados por distintas instituciones como la Sociedad Argentina de Sexología Humana (M21. Martín Moreira, L.; Valente, S. y Wapñasrsky, Viviana, 2018; M20. Gindin, L; Rajtman, M; Resnicoff, D. y Sapetti, A, 2016), el Programa de Sexología Clínica dependiente del Hospital de Clínicas de la Universidad de Buenos Aires (M19. Dirección de posgrado, FMed, UBA, 2017), así como organizaciones médicas particulares tales como Conciencia Humana (M23. Conciencia Humana en Salud, 2017). Los equipos que dictan estos cursos suelen estar formados por médicos, médicas, psicólogos y psicólogas. Están dirigidos a profesionales que se dedican a la labor clínica y quienes asisten con mayor asiduidad son médicos y médicas especializados en ginecología, urología, psiquiatría, pediatría, medicina clínica o familiar y profesionales provenientes del campo psi.

Al ser ejercida desde la medicina, la sexología adquiere algunas características distintivas respecto de su desempeño por parte de profesionales del campo psi. Las perspectivas epistemológicas, así como las competencias prácticas de la profesión

de base, participan activamente en la configuración diferencial del quehacer sexológico. Algunas de las diferencias principales se relacionan con la potestad que tiene la medicina para revisar los cuerpos, prescribir estudios -ya sea de laboratorio o de imagen- y, principalmente, indicar y recetar medicación.

La sexología médica conforma un campo complejo en el que conviven perspectivas como la de la medicina sexual, -cercana a la urología y al enfoque de la medicina basada en la evidencia-, perspectivas integrativas, -relacionadas a estrategias psicoterapéuticas- y aquellas de carácter más clínico, -cercanas al ejercicio ginecológico. En este capítulo no buscaré dar cuenta de las diferencias de la sexología ejercida por médicos y médicas sino, por el contrario, de aquellas estrategias de abordajes, enfoques y prácticas que permiten hablar de la sexología como un quehacer específico dentro del campo médico.

La sexología médica supone un quehacer diferente al de la ginecología o la urología, campos analizados en los capítulos anteriores. Esta especialidad maneja una serie de conocimientos y habilidades clínicas, competencias semiológicas, diagnósticas y terapéuticas particulares. Sus habilidades se organizan y configuran en relación con los objetos clínicos con los que trata, entre los que se destacan las “disfunciones sexuales”. La relación entre las peculiaridades disciplinarias de la sexología médica y los modos en los que se configuran y organizan las características de sus prácticas clínicas será uno de los aspectos analizados en este capítulo.

¿Cuál es la especificidad de la sexología médica?, ¿dónde se ancla su fundamentación para conformarse como una especialidad médica singular?, ¿en qué se diferencian sus metodologías de abordaje clínico, diagnósticos y tratamientos de los que realizan, por ejemplo, la ginecología y la urología?, ¿cuál y cómo es su objeto clínico, aquel que daría razón de ser a esta especialidad? Como vimos en los capítulos anteriores, la ginecología regula la sexualidad de las mujeres cis de manera tan permanente como tácita. La urología asiste a las disfunciones sexuales de los hombres cis en tanto estas conforman un síntoma de una patología o un evento quirúrgico. De un modo u otro, ni la ginecología ni la urología parecen asumir como propios cuadros clínicos cuyo asunto principal se traduce en “la sexualidad”. Para estas especialidades este tipo de consultas oscilan entre conformarse como demandas opacas e incluso ajenas a lo médico o como síntomas de procesos fisiopatológicos subyacentes que deben ser develados y posteriormente atendidos.

La sexología se hace lugar dentro de la medicina a partir de la conformación de un objeto clínico y de una metodología de abordaje propia. El objeto de esta especialidad se conforma por la llamada “función sexual”, la cual se presenta en los consultorios bajo la forma de distintos tipos de disfunciones sexuales que afectan principalmente a hombres y mujeres cis heterosexuales. Su objetivo terapéutico radica en la resolución de estas disfunciones y en el “restablecimiento” de la “función sexual normal” (Jones y Gogna, 2014; Russo, 2013).

La noción de disfunción sexual engloba una serie de *performances* sexuales y procesos corporales que no se ajustan a los patrones que establecen y regulan el ejercicio “normal” de la sexualidad, es decir, la realización de prácticas sexuales que consisten centralmente en el coito vaginal (Alcántara Zavala y Amuchástegui Herrera, 2009; Giami, 2005; Rohden, Russo, y Giami, 2011, 2014). Esta idea de normalidad se relaciona tanto con lo que la sexología médica define como función sexual, así como también con la llamada “respuesta sexual”.

A lo largo del capítulo me propongo analizar cómo se relaciona la sexología médica con la función sexual, las disfunciones sexuales y respuesta sexual. Parto del supuesto de que éstas no son sólo categorías mediante las cuales la medicina representa a los cuerpos y su funcionamiento sexual. Por el contrario, sugiero que conforman artilugios onto-epistemológicos (Barad, 2014; Tuin y Barad, 2012), es decir, artefactos conceptuales que participan en la producción de las materialidades corporales que supuestamente describen y de los que la sexología médica se vale para llevar adelante sus quehaceres. Esa producción o moldeamiento corporal y sexual se produce, a su vez, en relación con normativas cis y heterosexistas. Como veremos, el quehacer de la sexología médica regula y reinventa los parámetros, expectativas, capacidades sexuales de hombres y mujeres cis en términos de naturaleza y heterosexualidad. Esta es otra de las dimensiones centrales del capítulo: el análisis de la función y las disfunciones sexuales y de la respuesta sexual como artilugios que participan activamente de la producción de procesos complejos como el binarismo sexual, la fisiología de la excitación sexual y la heterosexualidad.

¿Cómo lleva a cabo sus quehaceres la sexología médica?, ¿cuáles son sus métodos y herramientas diagnósticas y terapéuticas? Estas preguntas refieren a otro de los asuntos que se analizan en el capítulo, es decir, el énfasis resolutivo que caracteriza a las propuestas terapéuticas de esta especialidad, el rol específico de las terapias farmacológicas y los efectos diferenciales que éstas producen en relación

con el abordaje de las disfunciones por las que más consultan hombres y mujeres cis. Si bien la sexología médica hace hincapié en la etiología múltiple de las disfunciones sexuales, así como en la relevancia de la realización de un “buen” diagnóstico, son los tratamientos disponibles y su eficacia diferencial los que, en buena medida, darán forma a lo que sucede en la consulta sexológica. El énfasis resolutivo de las propuestas terapéuticas y la especial gravitación de los tratamientos farmacológicos en el quehacer sexológico (Giami, 2005; Rohden, 2011; Rohden et al., 2011, 2014; J. Russo, 2013; J. A. Russo, Faro, Rohden, y Torres, 2009) producen lo que voy a llamar “desequilibrios prácticos”. El primer desequilibrio es resultado de la distancia o discontinuidad que tiene lugar entre la realización de la anamnesis y la elaboración del diagnóstico y el momento terapéutico. Como veremos, en la etapa clínica exploratoria, médicos y médicas se preocupan por indagar en el carácter multidimensional de los aspectos que supuestamente causan las disfunciones sexuales. Sin embargo, en la puesta en práctica de los tratamientos, ya sean psicoterapias o terapias farmacológicas, se prioriza la resolución del síntoma dejando en segundo plano la etiología multicausal de las disfunciones. El segundo desequilibrio es el que se produce entre las psicoterapias y las terapias farmacológicas: estas últimas se caracterizan por su mayor eficacia, por su capacidad para mimetizarse con los procesos fisiológicos y por la simplicidad y practicidad que requiere su implementación. Si se puede optar, la terapia farmacológica se conforma como la opción de preferencia médica.

La disponibilidad de terapias farmacológicas, especialmente del sildenafil, vasodilatador que se utiliza para optimizar la capacidad eréctil, tanto dentro como fuera de los consultorios médicos<sup>33</sup>, configura activamente las estrategias clínicas y las competencias médicas de la sexología así como las demandas y expectativas de los y las pacientes (Loe, 2001; Sequeira Rovira, 2014; Sfez, 2008). Esta disponibilidad jerarquiza lo fisiopatológico como dimensión explicativa de las disfunciones sexuales y exalta a las disfunciones sexuales masculinas como objeto terapéutico de la especialidad (Giami y Russo, 2013). Asimismo, produce la valoración de una *performance* sexual cis masculina asociada más al rendimiento que a la idea de placer y goce sexual.

---

<sup>33</sup>Según Sequeira Rovira (2014), en Latinoamérica se consume una pastilla de Viagra o de alguno de sus análogos cada dos minutos. Es frecuente su acceso sin receta médica.

La disponibilidad y el uso de las terapias farmacológicas reconfiguran los parámetros de normalidad de la llamada función sexual masculina, así como también las estrategias clínicas de la sexología médica. Propongo pensar a las terapias farmacológicas como “mediadores” y no como simples intermediarios. Recuperando los aportes de Latour (2008), la acción de un intermediario no modifica los términos que se ponen en relación. A diferencia de ello, un mediador se inserta en una cadena de relaciones en la que los procesos vinculados se afectan y transforman. Las terapias farmacológicas actúan como agentes con capacidad de moldear (Ariza, 2014; Latour, 2001, 2008) las prácticas médicas, así como distintos aspectos de las corporalidades de quienes las consumen.

El desequilibrio que tiene lugar entre las psicoterapias y las terapias farmacológicas configura a las primeras como escasamente eficaces. Las herramientas psicoterapéuticas son utilizadas para tratar, por ejemplo, el “deseo sexual hipoactivo”, disfunción por la que consultan con mayor frecuencia las mujeres cis. El último tema que se analiza en el capítulo es, justamente, el modo en el que las estrategias terapéuticas de la sexología médica se relacionan productiva y diferencialmente con las consultas de hombres y mujeres cis.

### **1. La sexología médica: la conformación de un campo disciplinario propio**

En este apartado me propongo analizar las características disciplinarias de la sexología médica, es decir, los modos en los que esta especialidad define sus técnicas de exploración semiológica, sus diagnósticos y tratamientos. Estas características, como veremos, no son ajenas a las del objeto clínico con el que trata, es decir, las disfunciones sexuales.

En Argentina, la sexología no es considerada formalmente una especialidad médica. Su formación no se imparte en instancias equivalentes a las residencias médicas, ya sean básicas y post-básicas, sino mediante cursos o especializaciones en sexología clínica que son más cortos (generalmente duran dos años, mientras que las residencias pueden durar entre cuatro y cinco) y de menor jerarquía académica. Estos cursos están dirigidos a médicos y médicas, pero también a profesionales del campo psi que se dedican a la atención clínica.

A continuación, voy a reponer algunos lineamientos generales de la formación en sexología clínica. Entre esas generalidades es posible señalar, por ejemplo, la centralidad de las disfunciones sexuales y el énfasis puesto en la relevancia de métodos clínicos específicamente sexológicos. En el programa de la edición 2017 del curso de Formación en Sexología Clínica de la Sociedad Argentina de Sexología Humana (en adelante SASH) se afirma que:

La Sexología Clínica es una ciencia interdisciplinaria referente a la salud. [Su aprendizaje] se basa en conceptos multidisciplinarios y abarca la adquisición de nuevos conocimientos tanto para los médicos como para los psicólogos, cuyo aprendizaje se desarrolla en el campo teórico, personal y práctico (M21. Martín Moreira, L.; Valente, S. y Wapñasrsky, Viviana, 2018).

En el Programa de la edición del año 2015 del mismo curso se estipulan los siguientes objetivos:

- Capacitar al alumno para que pueda reflexionar acerca de sus actitudes y creencias en relación con la sexualidad.
- Ofrecer conocimientos científicos sobre diversos aspectos médicos, psicológicos, biológicos y sociales de la sexualidad.
- Capacitar y entrenar para la detección y atención clínica de disfunciones sexuales y otros problemas sexológicos (M20. Gindin, L; Rajtman, M; Resnicoff, D. y Sapetti, A, 2016).

En el programa del curso llamado *La nueva Sexología Clínica* se enuncian los siguientes temas principales: “Cerebro y sexualidad”, “Disfunciones sexuales masculinas”, “Disfunciones sexuales femeninas”, “Parafilias/adicciones sexuales”, “Causas orgánicas y farmacológicas de las disfunciones sexuales”, “Técnica de la entrevista sexológica” (M23. Conciencia Humana en Salud, 2017). Por último, quisiera mencionar algunas características del programa del curso en Sexología Clínica que se dicta en el Hospital de Clínicas. Éste se organiza en torno a tres grandes ejes: 1- los conocimientos fisiológicos centrados principalmente en la “respuesta sexual humana”, 2- el reconocimiento de la sexualidad como dimensión psicosocial y, 3- las competencias y habilidades clínicas y terapéuticas específicas del quehacer sexológico. En este último punto se incluyen orientaciones prácticas para la realización de una anamnesis y una historia clínica sexológica (M22. UBA, FMed, Posgrado, 2017).

La sexología clínica estipula que las disfunciones sexuales conforman su objeto clínico principal. Éstas se definen como un asunto híbrido, como un malestar que

resulta del entrecruzamiento entre aspectos fisiológicos y psicosociales. Tanto en los programas de formación citados como en los fragmentos de las entrevistas que cito a continuación se supone que el ejercicio de la sexología clínica requiere de métodos de exploración y terapéuticos específicos, que rebasan a lo exclusivamente médico o psicológico, y que permiten abordar a lo sexológico en su especificidad:

ENTREVISTADORA: ¿A qué público está apuntado el curso?, ¿cuáles son sus contenidos principales?

MÉDICO/A: Médicos y psicólogos. O sea, es una formación en un posgrado en sexología. Con un primer año más informativo, y un segundo año mucho más práctico en el que hay mucha supervisión. Por ejemplo, se hace mucho *rol playing*. Porque el médico no sabe atender pacientes sexológicos. En general son ginecólogos, son urólogos, son psiquiatras, endocrinólogos, algún pediatra, y sí, muchos psicólogos (M53. Entrevista a médico/a 16 - sexólogo/a).

La ginecología y la urología no siempre se detienen en la parte sexual de los pacientes, muchas veces no le preguntan nada o lo sacan de tema, o la mujer o el varón no se animan a preguntar o no saben directamente. Yo tengo muchos alumnos ginecólogos y ginecólogas, urólogos también, psiquiatras, en el curso que dictamos. Pero en la Facultad no ven ninguna materia de sexología. A mi nunca me enseñaron la respuesta sexual humana en la Facultad. Ni el orgasmo ni el clítoris. De eso ni se hablaba, de disfunciones sexuales tampoco. Y la sexología aborda todo esto (...), no si tiene problemas menstruales o si orina poco o mucho. Eso es un tema del ginecólogo y del urólogo (M56. Entrevista a médico/a nº19 - sexólogo/a).

¿Cómo es lo sexológico? Lo sexológico, ¿es igual para la sexología médica que para la sexología clínica? Si miramos detenidamente, en lo sexológico se agrupan una serie de términos que, si bien pueden parecer sinónimos, suponen matices relevantes. Me refiero a la “sexualidad”, la “respuesta sexual” y las “disfunciones sexuales”. Un análisis apresurado podría inferir que estos términos representan modos distintos de referirse a algo parecido. Sin embargo, cada una de esas expresiones supone diferencias y no sólo de orden epistemológico, sino de orden práctico, material, e inclusive ontológico. Tal como señala Giami (2007), la sexología médica sustituye o relega la noción de “sexualidad”, más cercana al psicoanálisis, jerarquizando las nociones de “función sexual” y “respuesta sexual” más vinculadas tanto a las terapias conductuales como a lo fisiológico o médico. Como iremos viendo, este desplazamiento guarda una estrecha relación con una serie de características de la sexología médica.

¿Cómo define la sexología médica a las disfunciones sexuales? ¿Cómo es la función sexual frente a la que difieren las disfunciones? Cito a continuación fragmentos de dos documentos en los que se dan definiciones de disfunción sexual:

Se llama disfunción sexual a la dificultad existente durante cualquier etapa del acto sexual (comprendido a través del “ciclo de la respuesta sexual humana”) que impide, en alguna medida, al individuo y su pareja la posibilidad de realizarlo (M22. UBA, FMed, Posgrado, 2017).

La disfunción sexual es considerada como la alteración persistente o recurrente en la respuesta sexual humana que afecta a uno o ambos miembros de la pareja (M116. Kusnetzoff, Gindin, y Baez, 2010).

La sexología médica define a la disfunción sexual como una dificultad para “realizar el acto sexual” o como una alteración en la respuesta sexual humana. La respuesta sexual remite a una serie de procesos fisiológicos consecutivos, casi mecánicos, que deberían comenzar a partir de la excitación sexual, dando lugar a la lubricación, erección y al coito vaginal, finalizando luego de alcanzar el orgasmo. La función sexual, parámetro frente al que la disfunción varía, no es del todo equivalente a la respuesta sexual ni a la sexualidad.

Para la sexología, la función sexual consiste en la capacidad cis heterosexual de llevar a cabo una determinada *performance* sexual. Es una capacidad híbrida, en la que se traman en sí aspectos fisiológicos, emocionales, afectivos, eróticos que, se supone, todas las personas deberíamos poder desplegar con cierta regularidad. Paradójicamente, como veremos en los fragmentos de los artículos médicos que cito a continuación, los parámetros de normalidad que regulan a la función sexual suelen no ser alcanzados:

Uno de los problemas más devastadores que afectan a los hombres en la mediana edad es la incapacidad para alcanzar y mantener una erección que les permita asegurar un rendimiento satisfactorio en sus relaciones sexuales (M117. Nagelberg, Vaamonde, y Nolasco, 2010).

La imposibilidad de concretar la penetración vaginal durante largos períodos (...) genera un problema que abarca a la pareja en su totalidad (...). Se ha estimado que por lo menos la mitad de todas las parejas que viven casadas o que viven juntas experimentan algunas formas de disfunción o insatisfacción sexual. Considerando que la satisfacción sexual se relaciona íntimamente con la felicidad personal y de la pareja, la presencia de una disfunción sexual sugiere un terrible tributo en el sufrir humano (M116. Kusnetzoff, Gindin, y Baez, 2010).

La sexología hace de la función sexual un patrón o medida. Ésta consiste en el ejercicio regular de relaciones sexuales de coito vaginal que finalizan en el orgasmo. No lograr este desempeño, no alcanzar este parámetro, conlleva malestar, insatisfacción e incluso infelicidad. ¿Por qué son relevantes las categorías función sexual y respuesta sexual en la conformación y en el ejercicio de la sexología médica como especialidad? Para avanzar con el análisis de esta pregunta, cito a continuación fragmentos de un documento elaborado por el Programa de Sexología Clínica del Hospital del Clínicas y de un artículo titulado *Abordaje de las disfunciones sexuales eyaculatorias*. En ambos se ofrece una definición de lo que sería “la respuesta sexual del hombre”:

La respuesta sexual es el conjunto de cambios fisiológicos y las diferentes percepciones sensoriales sucesivas (que se manifiestan con base en los genitales y se extiende a todo el cuerpo) que atraviesa a una persona cuando se realiza el acto sexual (M19. Dirección de posgrado, FMed, UBA, 2017).

La respuesta sexual del hombre pasa por una primera fase de excitación, desencadenada por diferentes estímulos, donde el pene comienza a endurecerse; es en la segunda fase, llamada meseta, donde se desarrolla la mayoría del juego sexual, y se producen otros cambios, como variaciones de la frecuencia respiratoria y cardíaca, rubor sexual, y un aumento progresivo de las sensaciones placenteras hasta llegar al máximo y desencadenar la tercera fase: el orgasmo. Se conoce como resolución a la última fase de la respuesta sexual humana, donde el organismo experimenta una profunda relajación e invierte todos los cambios producidos en las fases anteriores (M114. Belén, Sapetti, Esteban, y Ares, 2010).

La sexología médica configura la respuesta sexual como la condición o base fisiológica de la función sexual, es decir, como el mecanismo orgánico que hace posible que tal función se desempeñe. En su funcionamiento normal, este mecanismo consiste en etapas o fases sucesivas que tienen lugar acorde a ciertos tiempos, intensidades, velocidades. En tanto artilugio onto-epistemológico, la respuesta sexual da forma los procesos que supuestamente describe. Traduce a aquello que sucede en el acto sexual en reacciones fisiológicas haciéndolo un asunto principalmente orgánico y, por lo tanto, afín, confortable y asible para las competencias médicas de la sexología.

La respuesta sexual opera como una de las trincheras en la que se ancla la pertinencia y pertenencia de la sexología al campo médico. Este artefacto conceptual da forma al campo clínico de la sexología, así como a las herramientas diagnósticas y terapéuticas que le permiten a esta especialidad desplegar sus competencias

características frente a otras especialidades médicas que no abordan “lo sexual” como objeto clínico y, también, frente a la sexología ejercida por el campo psi.

A continuación, cito el fragmento de una entrevista y luego un pasaje de un artículo científico titulado *Disfunción sexual femenina*. En este último se aborda la respuesta sexual femenina, su prevalencia, la fisiología de algunas de sus fases y su evaluación diagnóstica. A partir de ambos materiales podremos continuar con el análisis de la relación entre la configuración de los objetos clínicos de la sexología y el campo médico:

Generalmente en el motivo de consulta, la queja de la paciente involucra distintas áreas de la respuesta sexual (deseo, excitación, orgasmo) y la correcta identificación del problema nos orienta mejor en la terapéutica a emplear. Es importante destacar que el abordaje diagnóstico y la orientación inicial estarán dadas por la anamnesis y complementada con el examen físico, en especial del área genital, en la búsqueda de factores locales que puedan interferir con una adecuada respuesta sexual. (...). La evaluación del aspecto psicosexual es imperativo antes de proponer cualquier tratamiento. (...). De la historia física, psicológica y sexual surgirá la necesidad de realizar estudios complementarios de diagnóstico como dosajes hormonales, evaluación vascular y/o neurológica (M112. Bechara et. al., 2002).

Y en un momento dejé de hacer ginecología para dedicarme exclusivamente a la sexología. (...) Para poder hacer eso estudié psicofarmacología, luego hice dos años de formación de terapia cognitiva y dos años en sistémica cosa de completar, de alguna manera, mi falta de conocimiento en psicología. De cualquier forma, sigo teniendo un sesgo médico, ¿no? porque, digamos, la posibilidad de medicar yo la tengo, por lo cual no sólo recibo pacientes míos, sino que recibo pacientes de colegas sexólogos que son psicólogos que necesitan de la intervención médica, entonces me derivan al paciente para que yo lo medique y luego lo siguen atendiendo ellos (M53. Entrevista a médico/a 16 - sexólogo/a).

La noción de respuesta sexual organiza y da forma a la base fisiológica de las disfunciones sexuales, territorio que resulta familiar a las competencias semiológicas, prácticas y terapéuticas de la sexología ejercida desde la medicina. El énfasis puesto en la respuesta sexual supone el modelaje de un objeto clínico en sintonía con las habilidades, saberes y herramientas clínicas y terapéuticas de la sexología médica, entre las que se destaca “el examen físico, es especial en el área genital” y la capacidad de intervenir sobre mecanismos fisiológicos a través de “la posibilidad de medicar”. Esto se relaciona, por un lado, con la jerarquización de la medicina adentro del campo de la sexología clínica. Por otro, con el esfuerzo de la sexología médica para configurar un objeto clínico que resulte traslúcido y asequible a las herramientas específicamente médicas. Ese esfuerzo, sugiero, se relaciona con

las sospechas de extranjería de lo sexológico en relación con el campo médico, ubicación que la sexología ejercida por médicos y médicas intenta saldar a través de la configuración de sus objetos en términos fisiológicos.

## **2. En el consultorio, primera parte: la confección de la historia clínica y el establecimiento de un diagnóstico**

Si bien la respuesta sexual es un bastión fundamental para la conformación de la sexología médica, el ejercicio de esta disciplina no se agota ni puede reducirse al abordaje de los aspectos fisiológicos de las disfunciones sexuales. En efecto, si la propuesta de la sexología médica se limitara a la respuesta sexual no sólo no le haría justicia a la naturaleza híbrida que esta misma especialidad le otorga a la función sexual, sino que también dejaría por fuera los aspectos psicosociales o emocionales destacados en las demandas de quienes acuden a los consultorios sexológicos. No obstante, la respuesta sexual opera como un artefacto sumamente productivo, como un vector, que organiza las prácticas que tienen lugar en la elaboración de un diagnóstico y, especialmente, en la indicación o puesta en práctica de un tratamiento.

¿Qué hacen los médicos y las médicas sexólogos frente a una consulta? Para adentrarnos en los modos en los que se organizan las prácticas médicas dentro de los consultorios sexológicos, cito a continuación un artículo médico dedicado a las disfunciones sexuales femeninas. La cita se focaliza en los pasos a seguir para la elaboración de un diagnóstico:

### **Diagnóstico:**

1. Historia clínica y psicosexual: Debido a la multicausalidad y multiorganicidad de las DSFs [disfunciones sexuales femeninas], la historia clínica en todos los casos debe incluir evaluación detallada de: tabaquismo, alcoholismo, drogadicción, hipertensión, diabetes, hipercolesterolemia, medicamentos (ansiolíticos, antidepresivos, antihipertensivos, anticonceptivos orales, quimioterápicos, etc.), método anticonceptivo, patologías endócrinas (disfunciones tiroideas, adrenal, etc.), antecedentes quirúrgicos (particularmente pelvianos, vulvovaginales, traumatismo de parto, o aquellos que alteren la imagen corporal ejemplo mastectomía) status hormonal y emocional: adolescencia, embarazo, posparto, lactancia, peri-menopausia, post-menopausia-esterilidad y/o infertilidad, traumatismo pelviano o traumatismo vulvar (ciclismo), lesión medular y/o neurológica, factores psico-sociales, hábitos, privacidad, ocupación, depresión, fobias, stress, relación de pareja, conflictos de familia, muertes, separaciones, aprendizaje de la sexualidad,

educación religiosa estricta, conflictos con la imagen corporal y/o la autoestima, información sexual inadecuada o insuficiente, mitos y tabúes, factores uro-ginecológicos (infecciones, cistitis intersticial, vestibulitis, vulvodinia, endometriosis, prolapso genital), inicio de actividad sexual, frecuencia coital, antecedentes de abuso o violencia sexual, función sexual previa a la percepción de la disfunción sexual actual, función sexual de la pareja, relación de pareja, etcétera.

2. Examen físico y génito-mamario: presión arterial, pulso, signos y síntomas de las patologías antes citadas.

3. Escalas de evaluación: Índice internacional de Función sexual, Escala de Distress Sexual, etc. Escalas validadas para analizar distintos factores en las pacientes pre y post tratamiento.

4. Análisis complementarios: rutina de sangre y orina, Papanicolaou y colposcopia, cultivo de flujo. Estos últimos particularmente en casos de dolor (dispareunia genital no coital).

5. Análisis hormonales.

6. Estudios complementarios en fase de investigación. (M91. Bertolino Depratti, s.f.).

El primer paso del abordaje clínico de un o una paciente consiste en la elaboración de la “historia clínica y psicosexual”. Para ello el médico o la médica solicita al paciente información de diversa índole. Tal como se señala en el documento citado, las disfunciones sexuales son de carácter multicausal y “multiorgánico” por lo que en la confección de la historia clínica se debe poder relevar esa complejidad. Luego, dependiendo del motivo de la consulta, así como de la especialidad de base del médico o la médica que atiende, se procede al examen físico y luego se solicitan estudios hormonales u otros complementarios si fuese necesario.

La identificación de las posibles causas de las disfunciones sexuales, así como el establecimiento de un diagnóstico, requieren de la capacidad del médico o la médica para identificar e indagar tanto en los aspectos orgánicos de la respuesta sexual como en la intimidad sexual de los y las pacientes. Ambos aspectos, el fisiológico y el “íntimo”, caracterizan al objeto clínico sexológico y orientan el desarrollo de estrategias y metodologías que permitan su abordaje específico.

A continuación, comparto fragmentos de materiales en los que se abordan aspectos que refieren al diseño y la implementación de la semiología y el “interrogatorio de la intimidad”. La “semiología de la intimidad” forma parte de las competencias clínicas específicas de la sexología que le permiten a esta especialidad abordar las singularidades de su objeto. El interrogatorio clínico o anamnesis sexológica hace posible indagar no sólo en los parámetros médicos o fisiológicos que pueden interferir en la función sexual, sino también en aquellos aspectos

emocionales, contextuales, vinculares más sutiles y difíciles de asir a través de las herramientas semiológicas de, por ejemplo, la ginecología o la urología<sup>34</sup>:

El instrumento más valioso con que acciona el profesional es el interrogatorio pormenorizado de la llamada “semiología de la intimidad”. Esto permite tener acceso al accionar de la pareja en relación con el posible coito, los obstáculos que se presentan y las resoluciones de los mismos (M92. Terradas y Bertolino, 2010).

La consulta sexológica en sí misma es un área muy específica, donde uno tiene que investigar el concepto de la intimidad. O sea, con quién ocurre la disfunción, en qué lugar ocurre, porque a veces ocurre en un lugar de la casa y en otro no, con una pareja si, con otra no. En una posición sí, en otra no, donde se juegan de fondo muchas cuestiones de rivalidad. Hay que analizar por qué ocurre en un momento sí y en otro no. Entonces, en lo que se llama la anamnesis o el interrogatorio de intimidad se evalúa el contexto. Algunas de las preguntas que se hacen son: ¿cuándo comenzó?, ¿por qué comenzó?, ¿cuáles eran los elementos integrantes de ese contexto en el momento en que empezó la disfunción? ¿Había algún elemento que llame la atención, fue secundaria, una mudanza, o una pérdida de trabajo, fallecimiento, una infidelidad? ¿Algo que diera lugar a una rispidez? ¿Cuáles fueron las últimas relaciones sexuales normales, entre comillas, hasta que apareció la disfunción? Con eso, lo que buscamos es tratar de entender si hubo una causa emocional. Mientras tanto, en paralelo, se investiga toda la química del paciente, cómo está el azúcar, el colesterol, etc. (M46. Entrevista a médico/a n<sup>o</sup>9 - urólogo/a y sexólogo/a).

Con distintos niveles de flexibilidad en su implementación, médicos y médicas realizan preguntas que les permiten “acceder”, por ejemplo, a información sobre el “accionar de la pareja”, a los hábitos sexuales del o de la paciente, a su consumo o no de medicamentos y/o de otro tipo de sustancias, a sus redes familiares y vinculares, a sus vínculos afectivos y/o eróticos, a detalles del contexto específico y cotidiano en el que tuvieron lugar las disfunciones, a información sobre las parejas sexuales, entre otras cuestiones. A partir de esas preguntas, se intenta “reponer” los distintos aspectos que puede estar entorpeciendo el despliegue de la función sexual. Luego, en la confección de la historia clínica, esta información es organizada en pos no sólo

---

<sup>34</sup> M168. Nota de campo n<sup>o</sup>10: La entrevista se hizo en su consultorio que era una parte de su casa. Estaba ubicado en una de las zonas ricas de la ciudad, en un barrio residencial, de calles anchas de adoquines y muchas plantas. El departamento donde vivía y atendía era el piso doce de un edificio antiguo pero muy bien mantenido. Era un departamento enorme, muy luminoso, con una vista realmente enviable. Cuando le compartí mi admiración por la vista del lugar me contestó señalando lo importante que le parecía que las personas que consultan se sintiesen a gusto con el consultorio sexológico. Le pregunté hacían algún tipo de ejercicio, yoga o respiración. Con un tono un tanto ofendido me dijo que no, que las primeras consultas se orientaban a la realización de un diagnóstico que considerase el “complejo mundo de la sexualidad” de esa persona y que para eso el tipo de ambiente de donde se realizaba la consulta podía ser favorable. En esa respuesta noté cierto énfasis en algunas palabras quizás más técnicas como “diagnóstico”, “complejo”, “ambiente”. Sentí que le ofendía la posibilidad de que equiparase su labor con “terapias alternativas”. Luego le pregunté si atendía por obra social y me dijo que no, que sólo atendía en el hospital una vez por semana, gratis, y ad honorem (porque ya se había jubilado) y en su consultorio de modo particular.

de registrar los aspectos generales del paciente sino también de los pormenores de su proceso terapéutico. La confección concreta de cada historia clínica, lo que se registra y lo que no, lo que se enfatiza y lo que se deja afuera, depende de cada profesional o equipo, de sus habilidades clínicas en general y comunicacionales en particular, así como de las peculiaridades de cada paciente.

La realización de la anamnesis y la confección de la historia clínica sexológica no consiste en la revisita mecánica de una lista de temas. En la consulta, los médicos y médicas exploran distintos aspectos que se ponen en juego en las disfunciones sexuales, entre ellos, cuestiones que pueden generar pudor, miedo, vergüenza. Tal como se señala en la entrevista que cito a continuación, para “rastrearlos” la puesta en práctica de la entrevista médica requiere de cierta habilidad artesanal, flexibilidad y empatía:

Quando empecé a atender, armé una historia clínica un tanto ineficaz en la aplicación, no en el contenido. Su contenido está bien, es importante, pero la aplicación es muy engorrosa. A los rotantes les enseñé que no deben saltarse ninguno de estos puntos, aunque el modo de hacerlo varía. Se preguntan datos personales, si el o la paciente es casado, divorciado, casado en segundas nupcias, porque no es lo mismo una situación u otra. Preguntamos por su ocupación, años de la pareja, hijos si, hijos no. Motivo de consulta: síntoma principal, puede ser disfunción eréctil, pero siempre va acompañado de alguna otra cosa, puede ser pérdida del deseo sexual, dificultades para eyacular, anorgasmia. Preguntamos por el comportamiento sexual, intentamos detallar los últimos encuentros sexuales y describir causas inmediatas o circunstanciales de la disfunción. Si empezó hace 6 meses, más de un año, cuánto tiempo tardo en consultar. Y acá se empieza a poner interesante, no tanto por la parte médica, o sea, si tiene diabetes, antecedentes traumáticos, hipertensión, todo eso, sino por la parte específica de la intimidad: ¿cómo está la libido? O sea, el deseo sexual, está normal, aumentado, disminuido. Preguntamos por el deseo sexual de su pareja: normal, aumentado, disminuido. Preguntamos por la actitud del *partener* sexual. Cómo están los juegos sexuales previos, normales, aumentados, disminuidos, la iniciativa quién la toma, el hombre o la mujer, o ambos, erecciones matinales si es hombre, si tiene o no tiene. Porcentaje de rigidez, orgasmo, eyaculación, con penetración, con estimulación, ¿eyacula con pene flácido? La respuesta femenina es satisfactoria, se lubrica bien, es satisfactoria o insuficiente. En cuanto a la intimidad, ¿cómo está la atracción?, ¿quién toma la iniciativa?, ¿cuál es la frecuencia sexual?, si hay adecuación en cuanto la hora, la frecuencia, el día, el lugar de la casa, si tiene que ser en la cama. Cuándo aparece la disfunción del deseo, ¿con quién? Con la pareja, con la amante, con el amante. Antecedentes psicosociales, la profesión del padre y de la madre del consultante, ¿no? Actitud que tuvo hacia la sexualidad su familia, si fue positiva o negativa, por lo que se dice o por lo que no se dice, clima familiar, pasible, tenso, la educación restrictiva, o no, sexo prematrimonial si o no, tendencia a la monogamia, si o no, relaciones extramatrimoniales, si o no, sexo en el climaterio, andropausia, etc., enfermedades, divorcio, mudanzas, deficiencias económicas, pérdidas significativas. O sea, es aburrido tomar esta historia clínica así. Yo no dejo de preguntar nada de esto, pero en un clima mucho más relajado. Es una historia

clínica muy completa que nos permite rastrear los pormenores de lo que le está pasando al paciente (M40. Entrevista a médico/a nº2 - ginecólogo/a y sexólogo/a).

La confección de la historia clínica sexológica no consiste en un mero rastreo, recolección y registro de información más o menos detallada sobre un o una paciente y su disfunción sexual. Por el contrario, al confeccionar las preguntas, un orden para hacerlas, aunque sea general, al jerarquizarlas, es decir, identificar preguntas principales y otras complementarias, al estipular las posibles respuestas, al indagar en una serie de temas y dejar otros por fuera, al establecer plazos o tiempos normales, el quehacer médico participa activamente en la elaboración de eso que recaba y registra. ¿Cuánto tiempo es normal no tener deseo sexual?, ¿de qué depende que sean seis meses o un año? ¿Qué es el deseo “aumentado” o “disminuido”? ¿Hasta dónde incide en la disfunción la pérdida de un trabajo, el estrés o el desgaste de una relación de pareja? ¿Cómo se relaciona eso con la edad? La respuesta a estas preguntas depende de los parámetros de normalidad que la sexología médica ha elaborado *a priori*, pero también del modo particular en el que el malestar cobre presencia en cada paciente. La elaboración particular de una historia clínica y de un diagnóstico sexológico es resultado de la interacción singular entre distintos agentes humanos como el médico o la médica y el o la paciente y no-humanos, es decir, aquellos instrumentos y objetos que forman parte de esta interacción como la guía de preguntas utilizada (Mol, 2002).

¿Cómo se relacionan las guías de entrevistas con las maneras en las que la sexología médica elabora los malestares sexuales de quienes acuden a las consultas? Por un lado, intervienen en la organización a las prácticas clínicas, es decir, a lo que médicos y médicas preguntan, prestan atención y relacionan a la hora de elaborar un diagnóstico y, posteriormente, prescribir un tratamiento. Por otro lado, dan forma a los procesos sobre los que indagan y registran. Al pasar por el interrogatorio, parte de los malestares sexuales que llevaron a hombres y mujeres cis consultar se estabilizan y organizan. La utilización de este instrumento implica la inscripción de los malestares sexuales en un campo específico (Ariza, 2014; Latour y Woolgar, 1995), constituido por las coordenadas del mapa de las disfunciones sexuales. Las enumeraciones y cuadrículas frías de los formularios estabilizan y homogeneizan a través de distintos ítems diversos aspectos de la vida cotidiana de quienes consultan. La intervención del formulario conlleva la traducción de aspectos que pueden resultar conflictivos, dolorosos, angustiantes y/o fogosos para las

personas que consultan en indicadores médicos. Este proceso de cribado moldea procesos complejos, heterogéneos y situados como medidas, es decir, como datos asequibles por el quehacer de médicos y médicas.

Al ser tamizados por la exploración clínica, los malestares de los y las pacientes atraviesan el rediseño de sus contornos y la transformación de sus énfasis. En definitiva, al pasar por este proceso de inscripción, aquello que tiene lugar en los cuerpos y en las vidas de las personas se reelabora en relación con los ítems que operacionalizan la función sexual de manera tal que pueda ser comparado con el desempeño sexual normal.

Un ejemplo de los instrumentos que participan productivamente en la consulta sexológica son los índices o cuestionarios internacionales de evaluación de la respuesta sexual (algunos ejemplos de ellos son: M125. Rosen et. al., 2000; M124. Symonds, et. al. 2007; M123. O'Leary, et. al. 1995y M122. Rosen et. al., 1999) cuyo uso se recomienda en algunas de las guías de prácticas clínicas y artículos académicos analizados (Entre los que se encuentran: M154. Wespes, E; et al, 2009; M112. Bechara et. al., 2002). El *Índice de la función sexual femenina*, presentado en un evento médico en los EE. UU. en el 2000 supone, según sus autores, "un instrumento para la evaluación de la función sexual femenina". Éste se basa "en la interpretación clínica de sus seis componentes principales: deseo, excitación, lubricación, orgasmo, satisfacción y dolor" (M125. Rosen et. al., 2000). Cito, a modo de ejemplo, tres de las diecinueve preguntas que conforman a este índice:

1)- En las últimas 4 semanas, ¿con qué frecuencia experimentó deseo o interés sexual?

- Casi siempre o siempre
- Muchas veces (más de la mitad de las veces)
- Algunas veces (la mitad de las veces)
- Pocas veces (menos de la mitad de las veces)
- Casi nunca o nunca

5 puntos 4 puntos 3 puntos 2 puntos 1 punto

7)- En las últimas 4 semanas, ¿con qué frecuencia se ha lubricado (humedecido o mojado) durante la actividad o intercurso sexual?

- Sin actividad sexual
- Casi siempre o siempre
- Muchas veces (m-s de la mitad de las veces)
- Algunas veces (la mitad de las veces)
- Pocas veces (menos de la mitad de las veces)
- Casi nunca o nunca

0 punto 5 puntos 4 puntos 3 puntos 2 puntos 1 punto

14)- En las últimas 4 semanas, ¿cuán satisfecha estuvo con el acercamiento emocional durante la actividad sexual entre usted y su pareja?

- Sin actividad sexual
- Muy satisfecha
- Moderadamente satisfecha
- Igualmente satisfecha e insatisfecha
- Moderadamente insatisfecha
- Muy insatisfecha

0 punto 5 puntos 4 puntos 3 puntos 2 puntos 1 punto

Las preguntas citadas son parte de un instrumento diseñado para indagar y dar cuenta del funcionamiento de cada uno de “los componentes” de la respuesta sexual femenina, independientemente de las singularidades de esa mujer cis y del lugar del mundo en el que se encuentre. Este instrumento presupone que aquello se pone en juego en la función sexual femenina, incluido el deseo sexual, se caracteriza, en última instancia, por cierta regularidad mecánica y mensurable, propia del orden de la naturaleza corporal. Este índice quizás sea un ejemplo extremo del modo en el que la sexología médica organiza, compartimenta y jerarquiza las distintas dimensiones, emocionales, eróticas, fisiológicas que se entrecruzan en los malestares sexuales de sus pacientes. Sin embargo, en los materiales analizados, este tipo de instrumentos aparecen mencionados como referencias no en pocas ocasiones.

### **3. En el consultorio, segunda parte: los tratamientos**

Una vez que se ha confeccionado la historia clínica y establecido el diagnóstico, la labor sexológica continúa con la propuesta e implementación de algún tipo terapia o tratamiento que, como veremos, se focaliza en la resolución del síntoma (Giami, 2009; Jones y Gogna, 2014; Rohden et al., 2014). La sexología organiza sus estrategias terapéuticas en dos grandes grupos: las llamadas psicoterapias o terapias sexuales y las terapias farmacológicas. En lo que sigue voy a dar lugar a su análisis.

#### **Las psicoterapias**

A la hora de establecer un diagnóstico, la sexología médica considera la naturaleza multidimensional que, según sus definiciones, caracteriza a la llamada función sexual humana. Inclusive, en un primer momento, pareciera que la posibilidad de implementar un tratamiento eficaz radica, justamente, en la

elaboración de un diagnóstico capaz de reponer las complejidades biológicas, psicológicas y vinculares que se entrecruzan y ponen en juego en las disfunciones sexuales. Sin embargo, tal como analizaremos a partir de la entrevista que cito a continuación, el quehacer terapéutico de la sexología médica se orienta principalmente a la resolución de los síntomas y no en sus causas, postergando o dejando de lado la consideración del carácter multidimensional de la etiología de las disfunciones sexuales:

La terapia sexual es concreta, circunscrita al síntoma y directiva. Se indican tareas que pretenden reeducar la conducta sexual, tareas que deben cumplirse y supervisarse. Tiene mucho que ver con las terapias cognitivas conductuales. Eso puede reforzarse con medicación. La terapia sexual consiste, por ejemplo, en indicaciones paradójales: viene a consultar por impotencia, vos le prohibís la penetración, ¿sí? Eso es una indicación paradójal. O, por ejemplo, en ejercicios para la eyaculación precoz, ejercicios masturbatorios, etc. Hay una gama de tratamientos terapéuticos en terapia sexual donde... Pero hoy no se puede obviar lo farmacológico, no se puede obviar porque la efectividad para sacarlo del empantanamiento es más rápida y porque el paciente te lo exige (M46. Entrevista a médico/a nº9 - urólogo/a y sexólogo/a).

¿Qué quiere decir “resolver” para la sexología médica?, ¿qué significa “sacar del empantanamiento” a un paciente? ¿Cómo evalúa la sexología médica el éxito o el fracaso de un tratamiento?, ¿qué se tiene en cuenta en su implementación y cómo? Las distintas estrategias terapéuticas de la sexología médica pueden ser pensadas desde una lógica más amplia caracterizada por su pragmatismo resolutivo. En el caso puntual de las psicoterapias o terapias sexuales, tema de este apartado, la orientación resolutiva podría vincularse con la difusión que tuvieron las terapias conductuales desde finales de los '80 en Buenos Aires (Korman, Viotti, y Garay, 2010).

Las terapias sexuales que ponen en práctica la sexología médica tienen un carácter “concreto”, “directivo” y “circunscripto al síntoma” el cual se busca resolver. En general, consisten en distintos tipos de ejercicios de “reeducción” que el o la paciente debe llevar a cabo consigo mismo. Por ejemplo, la “indicación paradójal” consiste en la prohibición de aquella conducta sobre la que se experimenta una dificultad. Este ejercicio presupone que la prohibición favorecería el desempeño de esa conducta que se prohíbe.

Para continuar con el análisis cito a continuación fragmentos de dos artículos médicos. El primero está dedicado al abordaje psicoterapéutico del llamado “coito

doloroso” o “dispareunia”, es decir, al dolor vaginal durante el coito. El segundo se focaliza en la eficacia de los tratamientos psicosexológicos en la eyaculación precoz:

Se trabaja en primer término para desactivar actitudes negativas y prejuicios en torno a la sexualidad en general. Luego con el posible dolor en la relación sexual se realiza una tarea psicoeducativa que abarca:

Acercamiento al autodomnio del dolor; el rol de la relajación; el ejercicio físico; el estado emocional; la focalización de la atención; la valoración del dolor; distribución de la actividad; prevención de recaídas. Se recomiendan lecturas informativas y educativas respecto a la sexualidad. También literatura erótica de acuerdo al sistema de valores de la paciente y su pareja.

Autoconocimiento y autocontrol: Otro aspecto importante del tratamiento es que la paciente conozca sus genitales y tenga control sobre ellos. Esto le va a proporcionar autoconfianza para enfrentar los aspectos cognitivos del dolor, la posibilidad de enfrentar sus miedos anticipatorios y el aprendizaje para no agravar la situación con la respuesta de huida (estrés, ansiedad).

En la práctica se realiza con:

- Ejercicios de autoexploración de su vulva y vagina.
- La enseñanza y práctica pautada de los Ejercicios de Kegel.
- Potenciación del erotismo.

• Se instruye a la paciente para que planifique un ritmo de autoestimulación a fines de amplificar su mapa de excitación (M115. Bertolino y Helien, 2010).

Los factores etiológicos psicógenos son los más frecuentes en la determinación de la eyaculación rápida. (...) Los objetivos de la terapia sexual para el tratamiento de la disfunción eyaculatoria son, en líneas generales, los siguientes: 1- Técnicas de aprendizaje o reaprendizaje del control eyaculatorio. 2- Disminución de la ansiedad. 3- Mejorar la comunicación diádica. 4- Mejorar la autoestima.

Entre las técnicas de aprendizaje o reaprendizaje del control eyaculatorio: [se señalan las técnicas de] “parada y arranque” y la técnica del “apretón”.

Técnicas para disminuir la ansiedad: Educación e información sexual, hipnosis, técnicas de relajación [...], desestabilización sistemática, intervenciones psicoterapéuticas [...], reestructuración cognitiva. Entre las técnicas para mejorar la comunicación diádica: focalización sensorial, entrenamiento para compartir fantasías, planificación de expectativas, estructuración de guiones de vida, revivir encuentros y momento agradables. [...] Técnicas para mejorar la autoestima: entrenamientos en asertividad, afrontamiento y exposición gradual al objeto de la fobia, retroalimentación positiva, ventajas y desventajas del cambio, cambio y negociación, hábitos y manejo de la conducta eficaz, inteligencia emocional, programa permanente de valoración de la vida, técnicas corporales expresivas (M113. Grasso, et. al., 2007).

Aparte de las mencionadas en los fragmentos recién citados, en los materiales analizados se indican otras herramientas psicoterapéuticas que consisten, por ejemplo, en ejercicios de concentración y focalización, control de orina (cortar y

retomar el chorro) o del orgasmo (frenarlo o evitarlo) (M111. Bertolino et al., 2007 y M92. Terradas y Bertolino, 2010). Buena parte de las psicoterapias o de las terapias sexuales se sustentan en la idea de que las reacciones corporales que tienen lugar durante la práctica sexual pueden controlarse y mejorarse a través de su entrenamiento y reeducación. Algunos de los objetivos de este tipo de terapias implican, por ejemplo, mejorar el “autoconocimiento”, “autocontrol”, “autodominio” corporal y, consecuentemente, conductual. Las posibilidades de afrontar las disfunciones sexuales se ubican en un radio somático, es decir, en el territorio corporal, en su conocimiento, exploración y reeducación y no tanto con los contextos y vínculos en los que estos se desenvuelven.

En la etapa diagnóstica la sexología médica destaca la incidencia de los contextos laborales, emocionales y vinculares en los que tienen lugar las disfunciones sexuales. No obstante, la puesta en práctica de las técnicas psicoterapéuticas supone la desvinculación de las disfunciones sexuales de las conexiones con los contextos y vínculos en los que éstas tuvieron lugar y que, supuestamente, las pudieron causar. La solución de las disfunciones se configura como asunto individual y mecánico que no se orienta hacia la causa sino hacia el modo en el que la disfunción se expresa. Esa desvinculación supone la gravitación diferencial del momento terapéutico respecto del diagnóstico, de lo resolutivo con relación a la etiología multicausal, produciendo lo que llamo “primer desequilibrio práctico”.

Para finalizar con el análisis de este tipo de terapias cito a continuación el fragmento de una entrevista en la que se relata la estrategia terapéutica propuesta a una mujer cis que consultaba por “fobias en el cuerpo”:

Tengo una paciente que viene hace como 2 años, que trabajamos con tutores, porque bueno, ella es una persona con muchas fobias en el cuerpo (...). Trabajamos muchísimo, en el consultorio ella no tolera que yo le haga un tacto, entonces, ella con su propio dedo, después con dos dedos, y así trabajamos años. Después compró tutores, con esto, vamos cambiando de tamaño, y de repente “no puedo, no puedo, no puedo”. Y bueno, todo para atrás. Y bueno, empezamos de nuevo, un dedo, otro dedo (M40. Entrevista a médico/a n<sup>o</sup>2 - ginecólogo/a y sexólogo/a).

En este caso se combinan los principios que organizan a las psicoterapias con las competencias clínicas propias de la ginecología: se trata de ejercicios de penetración vaginal como modo de abordar la intolerancia a la penetración. No se trabaja en lo que pudiese haber originado la fobia a la penetración, sino en la

posibilidad de superarla mediante la repetición de la penetración. La matriz resolutive y la valoración del carácter asertivo de las psicoterapias y de los ejercicios implementados sobre el propio cuerpo, desdibujan los esfuerzos que se hicieron en el momento diagnóstico, introduciendo el desequilibrio práctico anteriormente mencionado. Este tipo de tratamiento se orienta a la reeducación de aquellas reacciones corporales que impiden, obturan, enlentecen o aceleran el despliegue normal y natural de la función sexual y de la respuesta sexual, es decir, la realización de relaciones sexuales de coito vaginal.

Las terapias orientadas a la “resolución” del síntoma moldean a las reacciones corporales, organizadas por la respuesta sexual, como trincheras donde ha de emplazarse su ejercicio terapéutico, aunque no sea del todo eficaz y produzca molestias, angustias e incluso dolor<sup>35</sup>. El objetivo es que en algún momento se logre que las fases de la respuesta sexual tengan lugar de manera normal y espontánea, garantizando las condiciones para que los hombres cis penetren y las mujeres cis sean penetradas (Cisternas, 2016).

### **Las terapias farmacológicas**

¿En qué consisten las terapias farmacológicas?, ¿cuándo y cómo se indican?, ¿cuáles y cómo son sus efectos en el campo de la sexología médica, es decir, en la organización de las prácticas clínicas, así como en la configuración de las disfunciones sexuales? Estas preguntas recorren al presente apartado. En lo que sigue, voy a analizar algunas de las características y efectos de las terapias farmacológicas tanto para las disfunciones sexuales como para el campo sexológico. Para ello, a continuación, cito los fragmentos de dos materiales, un artículo médico y una entrevista, en los que se abordan algunos criterios para su indicación y para estipular el “éxito” de un tratamiento. A partir de ambos podremos empezar a analizar la gravitación diferencial de las terapias farmacológicas en el campo clínico de esta especialidad:

---

<sup>35</sup> M169. Nota de campo nº11: En la entrevista de hoy fue bastante evidente el modo mecánico, gris, de reponer información sobre las psicoterapias, como si el médico o médica a quien entrevisté, en el fondo, no creyese del todo en la eficacia ni en la fundamentación de ese tipo de alternativa terapéutica. Las describía como de memoria, sin intensidad, como si le aburriesen. Durante la charla no mencionó a ningún caso tratado con este tipo de herramientas. No le pasó lo mismo cuando habló de las terapias farmacológicas, pero en ese caso, renegó bastante por el hábito de automedicación que, dijo, tienen casi todos sus pacientes. Me habló por lo menos de tres o cuatro casos, algunos de pacientes jóvenes, nerviosos e inseguros, y otros de hombres mayores que, según dijo, “redescubren” su sexualidad como adultos mayores, a veces con sus esposas y otras veces con mujeres más jóvenes.

ENTREVISTADORA: ¿Cuáles son las propuestas terapéuticas de la sexología?

MÉDICO/A: Son psicoterapias breves, focalizadas, se centran en el síntoma, intervenciones de psicoterapia y tareas para hacer fuera de la terapia, *homeworks* digamos, tarea para el hogar, información, lecturas. Y en algunos casos medicación, tanto para el eyaculador precoz como para la impotencia. Algunos sin medicación no funcionan.

ENTREVISTADORA: ¿La medicación es algo que se da después de probar ejercicios?

MÉDICO/A: Si, pero hay pacientes que no quieren ningún tipo de ejercicio, quieren la medicación y nada más. Y muchos se hacen dependientes a eso. Algunos inclusive no pueden tener relaciones si no tienen la pastillita. Es como un placebo que lo toman y a los 5 minutos ya está erecto, ni hizo efecto la medicación y ya se erecta. Eso se llama placebo positivo (M56. Entrevista a médico/a nº19 - sexólogo/a).

Los criterios de éxito para establecer si un tratamiento es eficaz deben incluir lo que define a la propia sexualidad humana: una compleja trama de aspectos biológicos, psicológicos (comunicación, intimidad, emociones, pensamientos, deseos, afectos y necesidades) y vinculares (grado de satisfacción y bienestar personal, habitualmente en relación con el otro), socioculturales (lugar geográfico; momento histórico, político y económico; religión; etc.).

Sin embargo, no es frecuente que los trabajos de investigación apliquen criterios diferentes o alternativos a los biológicos o a las realizaciones basadas estrictamente en la función sexual. Por otra parte, es infrecuente encontrar instrumentos de evaluación de los aspectos psicológicos, sociales y culturales señalados, es especial, del grado de satisfacción obtenido, el nivel de intimidad y afecto o la calidad de la relación interpersonal (M119. Rajman, Finger, Kusnetzoff, Lance, y Rodríguez Baigorri, 2007).

De diferentes maneras, ambos fragmentos dan cuenta de la gravitación diferencial de la dimensión fisiológica que se pone en juego en el abordaje terapéutico de las disfunciones sexuales por parte de la sexología médica. Como iremos viendo, la terapia farmacológica aguarda una relación de afinidad con esa dimensión. Y, en paralelo, se conforma como la opción terapéutica de preferencia tanto para médicos y médicas como para los hombres cis que consultan. Como se señala en la entrevista “hay pacientes que no quieren ningún tipo de ejercicio, quieren la medicación y nada más”.

A la hora de evaluar la eficacia de un tratamiento, la sexología médica posterga la consideración de “criterios alternativos a lo biológico”. En tanto artilugios onto-epistemológicos, la función y la respuesta sexual separan y dan forma a esa dimensión como estrictamente “biológica” y la jerarquizan como sustrato de las disfunciones sexuales. La demanda diferencial de las terapias medicamentosas y la preferencia de la sexología médica por lo fisiológico como campo de intervención van configurando lo que voy a denominar el “segundo desequilibrio práctico”. Éste

es que tiene lugar en las distancias que separan a las psicoterapias de las terapias farmacológicas.

Por un lado, la disponibilidad y el uso de terapia farmacológica intensifica la separación entre lo psicosocial y fisiológico y su delimitación como órdenes diferentes. Sin embargo, por otro lado, las terapias medicamentosas no sólo actúan en los mecanismos de la respuesta sexual, sino que también producen efectos de otro orden. Este tipo de terapia optimiza el rendimiento sexual potenciando los mecanismos de la respuesta sexual masculina pero también en tanto “placebo positivo”. Su disponibilidad realza la dimensión fisiológica de la respuesta sexual y, al mismo tiempo, introduce nuevas dimensiones que podríamos llamar psicológicas o emotivas, como la dependencia y la confianza en los efectos del medicamento.

En tanto mediadores (Latour, 2001, 2008), las terapias farmacológicas dan forma a los procesos corporales de los hombres cis, a sus demandas clínicas y también a las prácticas médicas. Por un lado, acentúan la lógica de eficacia, característica del quehacer terapéutico de la sexología médica. Por otro lado, producen distancia, incluso un quiebre, en relación con las psicoterapias: las terapias farmacológicas son consideradas más eficaces y más fáciles de utilizar lo que las convierte en la opción de preferencia para pacientes y para médicos y médicas. A su vez, esta distancia gravita en el abordaje de las disfunciones sexuales por las que consultan hombres y mujeres cis. Como analizaremos en el siguiente apartado, disfunciones como la “eyaculación precoz” o la “disfunción eréctil” disponen tratamientos farmacológicos mientras que “el deseo sexual hipoactivo”, malestar por el que consultan con mayor frecuencia las mujeres cis, no.

Tal como se señala en la entrevista que cito a continuación, la terapia farmacológica tiene la potestad de “calibrar” la respuesta sexual masculina reinventándola en tanto función fisiológica y natural. Para el tratamiento de la “eyaculación precoz” se indican psicofármacos, medicamentos que tienen la capacidad de “enlentecer” el tiempo eyaculatorio y de enseñar a los hombres cis a registrar “la inminencia pre-eyaculatoria”:

ENTREVISTADORA: Para el caso de eyaculación precoz, ¿cuáles son los tratamientos existen?

MÉDICO/A: El tratamiento principal es la reeducación del tiempo eyaculatorio. Yo también los medico porque en general ayuda. La medicación aporta a una alta probabilidad de éxito del tratamiento y los pacientes la piden. Medico en general con psicofármacos, con inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina, que se conocen como ISRS. Son antidepresivos que

tienen como efecto adverso el enlentecer el tiempo evacuatorio. O sea, que si el paciente no está deprimido, bueno, el humor no le va a cambiar, pero si va a enlentecer el tiempo eyaculatorio (...). Cuando el paciente ya reaprendió la forma de controlar o de registrar la inminencia pre-eyaculatoria, la emergencia pre-eyaculatoria, a partir de ahí, le saco la medicación (M55. Entrevista a médico/a nº18 - sexólogo/a).

La disponibilidad de la terapia farmacológica, su promesa de efectividad y su eficacia de corto plazo, profundiza el primer desequilibrio práctico que caracteriza la distancia entre el establecimiento de diagnósticos y la indicación de terapias o tratamientos. Pues no sólo intensifica la brecha entre la multicausalidad que debería consignarse en la confección de los diagnósticos y el énfasis resolutivo de los síntomas que caracteriza a los tratamientos. También da forma a la brecha en la órbita de los tratamientos.

#### **4. No poder y no desear: las disfunciones sexuales de hombres y mujeres cis y sus abordajes terapéuticos**

En este apartado me propongo analizar los modos diferenciales en los que el quehacer sexológico configura las disfunciones sexuales de hombres y mujeres cis. Como veremos, la disponibilidad de terapias farmacológicas, en conexión con aspectos normativos de la cis heterosexualidad, da forma a la manera en la que la sexología médica aborda las disfunciones sexuales de hombres y mujeres cis. En lo que sigue, voy a analizar, primero, el modo en el que se ponen en práctica los tratamientos farmacológicos de las llamadas disfunciones eréctiles que afectan a los hombres cis. Luego, las estrategias terapéuticas de una de las disfunciones sexuales por las que consultan con mayor frecuencia las mujeres cis, es decir, “el deseo sexual hipoactivo” o “falta de deseo sexual”.

Según lo que venimos analizando, la respuesta sexual supone que, al tener o para tener relaciones sexuales, deben desencadenarse una serie de reacciones corporales sucesivas, objetivadas y mensurables por la sexología médica. Estas reacciones suponen variaciones según se trate de hombres y mujeres cis. Los tiempos e intensidades, en lo que se abre y lo que se cierra, lo que se tensa y lo que se lubrica se organiza de modo diferencial en sintonía con regulaciones sexo-genéricas respecto de lo femenino y lo masculino (algunos de los materiales donde

se da cuenta de esto son: M111. Bertolino et al., 2007; M92. Terradas y Bertolino, 2010; M91. Bertolino Depratti, s.f.; M171. Nota de campo n°13).

La sexología médica modula a las diferencias de la respuesta sexual de hombres y mujeres cis bajo la forma de una díada complementaria; pues esta especialidad se sustenta, al mismo tiempo que la produce y redefine, en una ontología de la diferencia sexual (Rohden, 2001, 2003b) o, mejor dicho, de la diferencia cissexual. Al garantizar que los hombres cis puedan penetrar y que las mujeres cis puedan ser penetradas por esos hombres (Cisternas, 2016), la sexología médica no sólo garantiza que el coito pueda realizarse, sino que lo regula y le da forma. El uso incrementado de las terapias farmacológicas en las llamadas “disfunciones masculinas” trae consigo una nueva y vieja manera de concebir la función sexual: si bien ahora son predominantes los términos fisiológicos, “permanecen profundamente imbricados al guión cultural tradicional que opone y diferencia la sexualidad masculina y femenina” (Giami, 2007, p. 302).

### **El Viagra como productor de demandas, *performances sexuales* y estrategias clínicas**

En este apartado voy a analizar el uso terapéutico del Viagra, nombre comercial del sildenafil, y sus efectos tanto en la configuración de las estrategias clínicas de la sexología médica como en los cuerpos de quienes lo consumen. Tal como se señala en distintas investigaciones, (Alcántara Zavala y Amuchástegui Herrera, 2009; Faro y Russo, 2017; Giami, 2005, 2009; Jones y Gogna, 2014; Rohden et al., 2014; Russo, 2013) el uso de las terapias farmacológicas en general y del Viagra en particular, se ha extendido no sólo en el tratamiento médico de las disfunciones eréctiles, sino también en su uso recreativo, o sea, por fuera de la indicación médica (Sequeira Rovira, 2014). Cabe señalar que, al menos en Argentina, este fármaco debería venderse bajo receta archivada (M175. ANMAT, 2015).

Una de las consultas más frecuentes en los servicios sexológicos por parte de hombres cis refiere a las llamadas disfunciones eréctiles, es decir, a las dificultades para lograr o mantener una erección considerada normal, o sea, una erección capaz de llevar a cabo una penetración vaginal. A continuación, cito fragmentos correspondientes a tres materiales distintos. El primero forma parte de una entrevista. El segundo corresponde a una guía de prácticas clínicas y el último a un

artículo académico. En los dos últimos se aborda el tema de los tratamientos para las disfunciones eréctiles:

Entre los problemas de las fases de excitación sexual en los hombres, se distingue la disfunción eréctil, eso es por lo que más consultan. Si, te diría que los problemas relacionados con el logro y el mantenimiento de las erecciones son la causa más común de la búsqueda de atención clínica o de apoyo en la terapia sexual (M56. Entrevista a médico/a nº19 - sexólogo/a).

La mayoría de los hombres con DE [Disfunción eréctil] reciben tratamiento con opciones terapéuticas que no son específicas para una causa. Ese abordaje requiere una estrategia de tratamiento estructurada que depende de la eficacia, la seguridad, el grado de invasividad y el costo, además de la satisfacción del paciente y su pareja (M154. Wespes, E; et al, 2009).

Los diferentes procedimientos médicos o quirúrgicos, cuyo objetivo fundamental es conseguir una buena erección, tienen una eficacia en general bien establecida porque centran esta eficacia en la respuesta eréctil. (...). Estos tratamientos médicos o quirúrgicos no evalúan otros factores que pueden provocar la disfunción eréctil (problemas en la pareja, ansiedad, miedo a la intimidad, conducta de espectador, habilidades de comunicación e interacción sexual, etc.) (M119. Rajman, Finger, Kusnetzoff, Lance, y Rodríguez Baigorri, 2007).

¿Qué quiere decir que un tratamiento para la disfunción eréctil sea eficaz? En sintonía con lo que venimos analizando, esta eficacia se relaciona más con la optimización de la “respuesta eréctil” que con la intervención sobre aquellas dimensiones que podrían causar la disfunción. La eficacia del tratamiento ubica en segundo plano a la multicausalidad que podría operar en la emergencia de este tipo de disfunción, así como al uso de las psicoterapias para su tratamiento. El Viagra pone sobre la mesa de manera paradigmática el doble desequilibrio práctico que atraviesa y caracteriza a las estrategias clínicas de la sexología médica.

Tal como señala Giami (2009), otro efecto de la disponibilidad de los tratamientos “médicos” o farmacológicos consiste en la intensificación de la centralidad de los genitales masculinos y de la llamada función eréctil en el campo de la función sexual. Que los tratamientos para la disfunción eréctil privilegien de manera enfática a la optimización de la respuesta eréctil supone el acotamiento concéntrico del campo de acción de la sexología médica a la genitalidad de los hombres cis.

Tal como se señala en la guía de prácticas clínicas titulada *Disfunción sexual masculina: Disfunción eréctil y eyaculación precoz*, la farmacología oral supone el “tratamiento de primera línea” para el abordaje de las disfunciones eréctiles (M154.

Wespes, E; et al, 2009). Retomando lo que se señalaba en el fragmento del mismo documento arriba citado, su preferencia está sujeta no sólo a su eficacia y a su selectividad por parte de los pacientes, sino también a su seguridad, es decir, al escaso riesgo de efectos secundarios que este tratamiento conlleva. A continuación, cito nuevamente un fragmento de esa guía y luego un fragmento de una entrevista:

Tratamiento de primera línea: Farmacoterapia oral. La Agencia de Medicamentos Europeos (...) aprobó tres potentes inhibidores selectivos de PDE5 [el Sildenafil o Viagra, el Tadalafil o Cialis, el Vardenafil o Levitra] para el tratamiento de la DE [Disfunción eréctil]. No son fármacos para iniciar la erección y es necesaria la estimulación sexual para que se produzca la erección. La eficacia se define por la obtención de la rigidez suficiente para la penetración vaginal.

En los estudios previos a la comercialización (...) se ha demostrado la eficacia del sildenafil en casi todos los subgrupos de pacientes con DE [disfunción eréctil] (M154. Wespes, E; et al, 2009).

Yo indico mucho el Sildenafil. Si, medico a mucha gente. He medicado a miles, así que tengo mucha experiencia. Yo adoro la medicación, la medicación es algo que te ayuda, que ayuda al presente. A ver, a mi me enseñaron en Farmacología, en la Facultad, que el paciente se cura con medicamento, sin medicamento, o a pesar del medicamento, pero la realidad es que también aprendí que con la medicación aceleramos, aceleramos los procesos, ¿y por qué no usarlo? Si lo que hace es acortar el tiempo de sufrimiento del paciente (M46. Entrevista a médico/a nº9 - urólogo/a y sexólogo/a).

A los motivos de elección de la terapia farmacológica señalados más arriba debemos agregar la “aceleración de los procesos”. ¿Para qué perder tiempo con las psicoterapias si a través del Viagra se consiguen los efectos deseados más rápido y con menos exigencias? El carácter asertivo de este medicamento es enfatizado por acortar “el sufrimiento”, es decir, por la prontitud de sus efectos aspecto valorado por médicos, médicas y pacientes.

Ahora bien, pero ¿qué es el Viagra? Para indagar en sus características cito a continuación un fragmento de su prospecto:

El mecanismo fisiológico de la erección peneana implica la liberación de óxido nítrico (NO) en el cuerpo cavernoso durante la estimulación sexual. El NO activa la enzima guanilatociclasa, lo cual conduce a niveles aumentados de monofosfato cíclico de guanosina (cGMP), produciendo la relajación del músculo liso en el cuerpo cavernoso, lo que permite el ingreso de sangre. El sildenafil no posee efecto relajante directo sobre el cuerpo cavernoso humano aislado, sino que incrementa el efecto del óxido nítrico (NO) por inhibición de la fosfodiesterasa de tipo 5 (PDE5), responsable de la degradación del cGMP en el cuerpo cavernoso. Cuando la estimulación sexual causa la liberación local de NO, la inhibición de la PDE5 por el sildenafil produce niveles aumentados de cGMP en el cuerpo cavernoso, lo que da lugar a la relajación

del músculo liso y al ingreso de sangre en el cuerpo cavernoso. En las dosis recomendadas, el sildenafil no presenta efecto en ausencia de estimulación sexual (M175. ANMAT, 2015).

El Viagra es un medicamento que incide en los mecanismos de la respuesta sexual de los hombres cis optimizando la cascada de reacciones fisiológicas que llevan a la erección una vez que se tiene un estímulo sexual. Según los materiales analizados, es un medicamento seguro y de fácil administración y acceso. ¿Cómo lo indican los médicos y médicas?

ENTREVISTADORA: Y para la cuestión de las disfunciones eréctiles, ¿cómo es el abordaje en el consultorio, las preguntas claves que se hacen para poder hacer el diagnóstico? ¿Estudios que se hacen si o si, en el caso de que se hicieran estudios, y, tratamientos que se pueden ofrecer?

MÉDICO/A: Bueno, en general, el paciente viene y cuenta lo que le pasa, ¿no? Y las preguntas que yo hago habitualmente tienen que ver con la historia clínica y con sus hábitos, o sea, con antecedentes heredofamiliares, con enfermedades previas, la medicación que toman, si es fumador, si toma alcohol, qué tipo de pareja tiene, si es una pareja estable, si son parejas por casualidad o que van surgiendo... si hay una familia por detrás, cuál es la opinión o si hay alguna queja de la mujer o de la pareja estable, etc. Una historia clínica lo más completa que se pueda en lo que dura la consulta (...). En cuanto a estudios, particularmente, en las disfunciones eréctiles hoy se piden pocos. Yo particularmente no pido estudios porque todo lo que sale del embudo se medica con Sildenafil igual. Así que, a mí, en realidad, me dejó de interesar bastante hacerle un RigiScan al paciente, que es el estudio que se hace para ver cuáles son las erecciones nocturnas, y demás, excepto que uno esté investigando o pensando en alguna situación particular, en alguna enfermedad neurológica, o en una diabetes muy importante, cardiopatías o enfermedades metabólicas, para mí no tiene sentido pedir estudios (M55. Entrevista a médico/a nº18 - sexólogo/a).

Muchos vienen ya tomando la pastilla. Vienen o porque no lograron el efecto que esperaban o porque no saben cómo tomarla o porque no fue suficiente la respuesta o porque quieren dejar de tomarla, esas son las razones, pero muchos llegan ya siendo medicados. Otros tienen miedo a ser medicados y otros las mujeres se oponen. El 60% de los pacientes que toman medicamentos la pareja no lo sabe. Lo hacen a escondidas (M56. Entrevista a médico/a nº19 - sexólogo/a).

La disponibilidad del sildenafil da forma a la relación médico-paciente y a aquello que médicos y médicas realizan en el abordaje clínico desde el inicio de la consulta pues, tal como se señala en una de las entrevistas citadas, muchos de los hombres cis “llegan ya siendo medicados”. La disponibilidad del Viagra, su modo de administración y sus efectos dejan en segundo plano tanto a las psicoterapias como alternativa terapéutica como al uso estudios complementarios que otrora se realizaban para la confección del diagnóstico. Estos pierden relevancia ante una

alternativa terapéutica que se configura como independiente a las causas de la disfunción eréctil.

En tanto mediador (Latour, 2001; 2008), el sildenafil da forma al doble desequilibrio que caracteriza al campo clínico de la sexología médica. Las prácticas terapéuticas enfocadas en el abordaje de las disfunciones eréctiles se reducen y centralizan en la indicación de medicamentos y de su correcta administración.

La implementación de este tipo de terapias también regula y da forma a la función sexual de los hombres cis. Por un lado, focaliza y enfatiza la *performance* sexual en lo que respecta a la capacidad eréctil del pene y, por otro, reinventa de manera farmacológica su dimensión fisiológica. El Viagra es un medicamento que puede ser autoadministrado de manera discreta e incluso secreta. Según las entrevistas realizadas a profesionales no son pocos los hombres que optan por no comentar su uso con sus compañeras sexuales. Siguiendo los aportes de Giami (2009), los hombres cis que utilizan el sildenafil frente a una dificultad en su capacidad eréctil -y no de manera recreativa- incorporan a esta droga más como un medicamento que como un afrodisíaco. Su administración viene a suplir cierta incapacidad o dificultad para alcanzar los patrones normales de una erección, situación que puede generar angustia y vergüenza. Tomarlo en secreto, sugiero, es condición para que este fármaco se relacione de manera mimética con una capacidad eréctil optimizada y naturalizada.

La capacidad eréctil, biotecnológicamente apuntalada y regulada, produce una “nueva” respuesta sexual normal. Tal como se señala en la entrevista que cito a continuación, el Viagra se configura como una solución al mismo tiempo que reconfigura un problema: la posibilidad de alguna falla en la respuesta eréctil. En definitiva, el Viagra se conforma como una especie de garante que blinda químicamente la *performance* eréctil de los hombres cis:

El otro día atendí a un chico que tiene problemas de eyaculación y de erección también, porque es muy ansioso. Y me decía que tenía una cita muy importante, me decía “dame una pastilla de Viagra, ¿puedo tomar una pastilla de Viagra?” Entonces, bueno, si el Viagra le sirve como elemento, así, como el acompañante, como cuando llevan el muñequito a dormir. En esos casos creo que está bien indicarlo (M51. Entrevista a médico/a nº14 - sexólogo/a y ginecóloga/o).

La disponibilidad del Viagra se inscribe “en el cuadro estereotipado del sentido común sobre la sexualidad masculina, dominado por las urgencias biológicas y por

la falta de referencias a las relaciones y/o los sentimientos que los vinculan con sus parejas sexuales” (Giarni, 2009, p. 642). A través del uso sildenafil los hombres cis logran erecciones “normales”, es decir, erecciones que, más allá del miedo y las angustias, sobreponiéndose al cansancio y al estrés, suponen la capacidad de penetrar una vagina. La masculinidad cis heterosexual se espeja en la potencia corporal, en una capacidad de rendimiento regulada por un patrón de infalibilidad. A continuación, cito un fragmento de una entrevista en la que se comentan algunos aspectos que caracterizan a la *performance* sexual modelada por el Viagra:

ENTREVISTADORA: ¿Cómo le parece que incide la cuestión de la ansiedad, de las expectativas?

MÉDICO/A: La ansiedad por rendimiento, la anticipación del fracaso, de "tengo que satisfacerla", "tengo que tener el orgasmo", el "tengo que..." es fatal, es la ansiedad delante del acto, y por la voluntad no se para el pene, no es "parate, parate, parate", no. Y las mujeres a veces no logran el orgasmo porque no son estimuladas adecuadamente...

ENTREVISTADORA: ¿Y en la mujer le parece que la ansiedad juega un rol, así como en el varón?

MÉDICO/A: No tanto, hay mujeres que fingen, yo no lo aconsejo porque eso la obliga a seguir fingiendo (M56. Entrevista a médico/a nº19 - sexólogo/a).

La disponibilidad del Viagra acota el ejercicio sexual al coito vaginal configurando, a su vez, a la capacidad eréctil eficaz, puntual, sin fallas de un pene como su principal protagonista. La erección se configura como un mecanismo que tiene lugar independientemente del contexto en que se produce, del tipo de estímulos sexuales más o menos placenteros, de los sentimientos que puedan ponerse, o no, en juego en el encuentro sexual. La sexología médica no interpela a los hombres cis por sus ganas de tener relaciones, tampoco por si estas le producen más o menos placer. A diferencia de lo que sucede con las mujeres, ese no parece ser un asunto relevante para los varones, por lo menos en esos términos. Asimismo, la readecuación de la capacidad eréctil de los hombres cis heterosexuales prefigura, sugiero, la idea de una pareja sexual demandante, con escasa tolerancia a las fallas, como alguien que espera un alto rendimiento por parte de su compañero sexual. Paradójicamente, como veremos en el apartado que sigue, la consulta más frecuente de las mujeres cis en los consultorios sexológicos es por el malestar que produce la llamada “falta de deseo sexual”.

## **El hiato terapéutico de la sexología médica: el abordaje de “la falta de deseo” en las mujeres cis**

Según las entrevistas realizadas, el motivo por el que más consultan las mujeres cis en los servicios de sexología es por la llamada “falta de deseo sexual” o “deseo sexual hipoactivo”. Las mujeres llegan al consultorio sexológico debido al malestar causado por la falta de ganas de tener relaciones sexuales. Como veremos, de modo distinto a lo que sucede con las disfunciones eréctiles, la sexología médica no dispone de un tratamiento específico, asertivo, dirigido puntualmente a intervenir en el mecanismo de la respuesta sexual de las mujeres cis para optimizarlo. Por el contrario, las consultas por deseo sexual hipoactivo se conforman como un tipo de demanda que pone en conflicto a la capacidad de la sexología médica de organizar y modelar el campo sexual en términos de respuesta y función sexual, es decir, como procesos asibles, mensurables y regulables por el quehacer médico. Cito a continuación un fragmento correspondiente a un artículo médico dedicado a las disfunciones sexuales femeninas y específicamente al llamado coito doloroso:

En orden de frecuencia de mayor a menor, los motivos de consulta [de mujeres cis] por alteraciones de la sexualidad para todas las edades en general son disfunciones del deseo sexual, de la excitación, del orgasmo y del dolor (M115. Bertolino y Helien, 2010).

¿En qué consiste el deseo sexual hipoactivo? En su abordaje, la sexología clínica modela el deseo sexual de un modo paradójico. Por un lado, en su versión funcional, el deseo se conforma como una de las tantas etapas de la respuesta sexual. Por otro lado, en su versión disfuncional, este se moldea como emergente clínico opaco cuyo abordaje requiere de un trabajo artesanal y meticuloso por parte de médicos y médicas y también de las pacientes. A continuación, cito un artículo de divulgación escrito por un médico sexólogo donde se ofrece una explicación sobre qué es el deseo sexual hipoactivo y sobre la complejidad de sus causas:

La respuesta sexual puede ser dividida, con fines prácticos, en cuatro fases: deseo, excitación, orgasmo y resolución. La primera es previa al contacto en sí: se trata de un apetito o impulso producido por la activación de centros cerebrales que son específicos para tal fin y que se conectan con otras zonas de la corteza cerebral; normalmente, ante un estímulo adecuado y no habiendo interferencias o inhibiciones, ponen en marcha la respuesta sexual. De una manera simple podríamos definirla como un “tener ganas” de iniciar un contacto corporal erótico. Pero también pueden existir causas que depriman el

deseo sexual y mencionaremos algunas de las más corrientes: Los cuadros depresivos (...). Las situaciones de vida relacionadas con pérdidas laborales, familiares, amorosas (...), económicas, [también] pueden llevar a la disminución de la libido. El problema del alcoholismo y las drogas ilegales, sin lugar a dudas, crea un permanente clima de malestar, (...) ambiente perturbado el deseo sucumbe. (...). Muchos psicofármacos pueden producir, como evento adverso, disfunciones sexuales; tanto como otros pueden mejorar los cuadros depresivos, fóbicos, obsesivos y psicóticos y, de esta manera, hacer revivir el erotismo. Las llamadas crisis vitales pueden acarrear disminución del deseo (...). Todo descenso hormonal suele tener impacto en la esfera sexual: la etapa del deseo está influenciada por la testosterona que es la hormona del deseo, en los dos sexos (...). El consumo abusivo, crónico y permanente de tóxicos, drogas y cigarrillos van minando la salud y, frecuentemente, ocasionan DSH [deseo sexual hipoactivo] (M158. Sapetti, s.f.).

Para la sexología médica, el deseo sexual constituye una de las fases que forman parte de la respuesta sexual (M158. Sapetti, s.f.; M115. Bertolino y Helien, 2010). O sea, para esta especialidad “tener ganas” de tener relaciones sexuales supone un origen fisiológico, constituyendo algo del orden natural. Si el deseo sexual es parte de la respuesta sexual, su falta o disminución constituye una disfunción que debe reajustarse.

La sexología médica organiza el campo etiológico del deseo sexual hipoactivo en dos grupos. Por un lado, están los factores que pueden interrumpir u obstaculizar los mecanismos que motorizan esta primera etapa de la respuesta sexual, por ejemplo, los efectos secundarios de un psicofármaco. Por otro lado, el deseo sexual puede verse disminuido por una multiplicidad de factores heterogéneos que interactúan entre sí: el estado de ánimo, algún aspecto vincular conflictivo, el cansancio, el estrés, el aburrimiento, entre otros. En estos casos, la falta de deseo difícilmente pueda ser atribuida a una causa unívoca y/o del todo asequible para la sexología médica.

Al no identificar una causa principal y al no disponer de un tratamiento concreto, general y con efectos resolutivos, las consultas motorizadas por falta de deseo sexual no pueden ser modeladas por el carácter asertivo de las estrategias terapéuticas de la sexología médica. Frente a esto, médicos y médica ensayan estrategias de abordaje que dialogan con las singularidades de las pacientes que consultan, con las especificidades de su demanda y con las características de su entorno. ¿Será que este tipo de cuadro clínico enfrenta a las herramientas clínicas de la sexología médica con sus límites onto-epistemológicos, es decir, con límites de

la respuesta sexual como modo de entender, organizar y modular lo que pasa en los cuerpos durante las relaciones sexuales?

A diferencia de lo que sucede durante el abordaje clínico de las disfunciones eréctiles, en la atención de mujeres cis que llegan a los consultorios sexológicos acusando falta de deseo sexual, el diagnóstico resulta una etapa gravitante para el diseño de la estrategia terapéutica. La atención de este tipo de cuadros requiere de un relevamiento con mayor proximidad de los diferentes aspectos que se entrecruzan en ese “no tener ganas”. Tal como se señala en uno de los materiales que cito a continuación, el tratamiento de la falta de deseo “dependerá de su causa”:

El motivo de consulta más frecuente de las mujeres es el deseo sexual hipoactivo, poco deseo. Eso tiene que ver con el estresazo digamos, ¿no? Hay muchas consultas sobre todo en las mujeres y en mujeres más grandes, en la perimenopausia, menopausia y postmenopausia, baja muchísimo el deseo. Sumale además que, aparte del estrés, están casadas hace mil años y están re contra aburridas. También es cierto que hoy vivimos muchos años. A veces hay monogamias sucesivas como digo yo, ¿no? O sea, la gente se divorcia, se casa con otro, después se divorcia de nuevo. Son tipo más monogamias sucesivas (M55. Entrevista a médico/a n°18 - sexólogo/a).

El tratamiento de la inhibición del deseo y de la fatiga sexual dependerá de la causa: no merecerá el mismo abordaje la inhibición sexual por un problema hormonal o aquella producida por el mal uso de psicofármacos, que la presente en los cuadros fóbicos, obsesivos o psicóticos donde, por lo contrario, el psicofármaco racionalmente indicado será necesario. En la debida a problemas situacionales o vinculares el tratamiento más utilizado y efectivo, a veces combinado con ayuda medicamentosa, consiste en una terapia sexual corta -entre 10 y 15 sesiones-. En algunos casos, resulta bastante habitual, así como provechoso, que se convoque a ambos integrantes de la pareja.

No hay otra forma de comprender y de ayudar a los pacientes que se quejan de fatiga sexual que a través de una exploración desde todos los ángulos de su historia: escuchar todo, indagar todo, aunque nunca demostrando querer saber cualquier cosa que pueda lastimar el pudor (M158. Sapetti, s.f.).

Si bien en los documentos se habla del “disparador del deseo” o del deseo como un impulso somático, las distintas estrategias terapéuticas no apuntan necesariamente su intervención hacia el cuerpo y los mecanismos de la respuesta sexual. La terapia farmacológica se indica en situaciones puntuales en las que se ha identificado que la falta de deseo se debe a “cuadros fóbicos, obsesivos o psicóticos” que pueden tratados con psicofármacos. De lo contrario, se acudirá a distinto tipo de herramientas provenientes de la terapia sexual. Estas herramientas, así como la estrategia de su implementación, no conforman asuntos que puedan estipularse *a priori*. La falta de deseo sexual supone un tipo de cuadro clínico, necesariamente

contextual y relacional, que se escapa a las fronteras somáticas de los mecanismos de la respuesta sexual. No puede ubicarse en un órgano ni se puede resolver con una pastilla. En un proceso que se dispone en dirección inversa al modo en el que esta especialidad aborda las disfunciones eréctiles, la sexología médica conecta las posibles causas de la falta de deseo de las mujeres cis con su contexto, con su trabajo, con el estrés y/o con el aburrimiento que le producen sus relaciones sexo-afectivas.

En continuidad con el modo en el que la sexología médica aborda los cuadros de disfunción eréctil, la atención de las consultas motorizadas por deseo sexual hipoactivo también se constituye en relación con los efectos normativos de regulaciones sexo-genéricas. Como veremos a partir del fragmento de la entrevista que cito a continuación, el modo en el que la sexología médica define y trata al “deseo sexual” de las mujeres cis se relaciona con estereotipos de lo femenino:

Si hablamos de mujer con trastornos de deseo, hoy por hoy va a la cabeza el estrés, el desenfoco. La mujer para estar deseante (...) tiene que estar conectada consigo misma. O sea, si está en el multitasking, pasada de rosca con el trabajo, olvidate. Una mujer necesita intimidad. En general, yo tomo la historia clínica, escucho a la mujer e intento detectar cómo ayudarla para que vuelva a conectarse con ella misma, con esa intimidad o impulso deseante (M51. Entrevista a médico/a nº14 - sexólogo/a y ginecóloga/o).

Si el abordaje de las disfunciones eréctiles moldea a la función sexual masculina como un asunto de mecánica genital, los quehaceres de la sexología médica configuran a la falta de deseo por la que consultan las mujeres cis como un descentramiento de sí mismas, de su intimidad, de su esencia femenina. Este descentramiento, “desenfoco” o “desconexión” puede tener que ver con el exceso de trabajo. A diferencia de lo que sucede con los hombres cis, en el caso de las mujeres la exigencia de rendimiento no se conforma como algo a alcanzar, como una meta, sino como la causa del malestar. El deseo sexual se conforma como algo vinculado a la intimidad, como un “impulso” que viene de adentro con el que la mujer que consulta debe reencontrarse.

Frente a ello, las herramientas terapéuticas que la sexología médica pone en juego van desde la escucha a la recomendación de modificar ciertos hábitos. Tal como se señala en la entrevista que cito más abajo, las alternativas terapéuticas también pueden consistir en ejercicios paradójales como, por ejemplo, la indicación de no tener relaciones sexuales. También en la recomendación de ejercicios de masturbación, cambios en la alimentación, entre otros. La implementación de este

tipo de terapias requiere del involucramiento de quienes las practican y a veces también de sus parejas:

ENTREVISTADORA: Y en el caso de las mujeres me decía que los motivos de consulta más frecuente eran falta de deseo y anorgasmia, ¿en esos casos cuáles son las terapias de preferencia?

MÉDICO/A: Y primero hay que diagnosticar cuál es el problema, si es también con algún tipo en particular o si fue a partir de la maternidad, o de la menopausia, o de algo que pasó con la pareja, de conflicto de pareja, y en tal caso ver si es de deseo sexual hipoactivo primario, o sea, que nunca tuvo ganas, y que te dicen por ejemplo "yo lo hago para satisfacer a mi marido, pero si fuera por mi no lo haría nunca, si no me busca me hace un favor", dicen algunas. Una paciente me dijo una vez, "yo deseo desear". Y yo les digo que el deseo no se deja mandar, no es que vas a desear porque lo querés. Y bueno, hay que ver toda la parte hormonal, y un estudio ginecológico de rutina y a veces test psicológicos, de autoevaluación.

ENTREVISTADORA: ¿Y cuáles son las terapias que se ofrecen después del diagnóstico?

MÉDICO/A: Se llaman terapias sexuales, son psicoterapias breves focalizadas, se centran en el síntoma, de solución del síntoma, no te vas a meter a hablar de la relación con la madre, de qué sueño tuvo anoche, del problema vocacional, el problema místico. Es centrarte en la resolución del síntoma, o sea, el psicoanálisis dice lo contrario, que del síntoma no hay que hablar, eso ya quedó obsoleto.

ENTREVISTADORA: ¿Y ahí también son ejercicios lo que se propone?

MÉDICO/A: Son tareas, ejercicios, juegos, si los hace bien, si no los hace también bien, porque muestra cuál es el impedimento, mujeres que no se han tocado nunca los genitales, que ni se los han mirado.

ENTREVISTADORA: ¿Eso es frecuente en las mujeres?

MÉDICO/A: Si, cada día menos, pero hay mujeres que nunca se han masturbado, por ejemplo, y claro, nunca han tenido un orgasmo porque nunca lo lograron ellas mismas (M56. Entrevista a médico/a nº19 - sexólogo/a).

Si la administración de los tratamientos farmacológicos moldea a las disfunciones eréctiles como un fenómeno independiente de sus causas, los requerimientos de las terapias sexuales para el abordaje del deseo sexual hipoactivo vinculan los síntomas con sus causas. Asimismo, si los tratamientos farmacológicos suponen un tipo de terapia simple de administrar y que no demanda mayores requerimientos por parte de sus usuarios, las alternativas terapéuticas para el abordaje del deseo sexual hipoactivo requieren de esfuerzo, y a veces de la insistencia, por parte de quienes la ponen en práctica. Mientras que la autoadministración de la terapia farmacológica exculpa al usuario de la responsabilidad frente a los efectos del tratamiento, la implementación de las alternativas terapéuticas para el abordaje del deseo sexual hipoactivo supone, en última instancia, la responsabilidad de quienes la llevan a cabo respecto de sus resultados.

No obstante, las características de las estrategias terapéuticas para el abordaje del deseo sexual hipoactivo no se definen *a priori*, por el contrario, requieren de un diseño situado, singular o, como se indica en la entrevista que cito a continuación, “a medida”:

Es un traje a medida (...). Siempre es difícil trabajar con el deseo sexual hipoactivo, porque no necesariamente depende de lo sexual específicamente, sino que tiene bastante que ver con situaciones externas, sociales y vinculares, de la pareja. Trastornos diádicos, o sea, hay problemas en la pareja. Él está cansado de pedir, ella está harta de negarse, ella finge (M55. Entrevista a médico/a nº18 - sexólogo/a).

A partir del análisis del quehacer sexológico y su relación con las regulaciones sexo-genéricas quisiera señalar tres reflexiones finales. La primera consiste en una paradoja de la heterosexualidad: los hombres cis se angustian ante la posibilidad de alguna falla o fisura en su *performance* sexual que impida satisfacer a su compañera sexual. Esta exigencia de rendimiento prefigura a las mujeres cis, como sexualmente demandantes y exigentes. Sin embargo, las mujeres cis llegan a la consulta sexológica frente a la angustia que les provoca la falta de ganas de tener relaciones y el malestar que ocasiona fingir o acceder a tener relaciones para complacer a su pareja.

La segunda reflexión refiere a la distribución, interpelación y tratamiento diferencial de los cuerpos de hombres y mujeres cis respecto de su potencia, rendimiento sexual y deseo. Como vimos, la distribución de estas capacidades se ajusta a estereotipos cis heteronormativos. Los cuerpos de las mujeres cis no son interpelados ni tratados por la sexología médica en términos de potencia o rendimiento sexual. Asimismo, los cuerpos de los hombres cis no lo son en términos de deseo sexual. Pareciera que el deseo sexual es algo a descontar en los cuerpos de estos últimos mientras que, por el contrario, pareciera que el rendimiento y la potencia son características que, naturalmente, no se pueden esperar de los cuerpos de las mujeres cis.

Una tercera y última reflexión refiere a la indiferencia y al silencio de la sexología médica respecto de lo reproductivo. Como vimos, esta especialidad se orienta a garantizar la posibilidad de la realización del coito vaginal. Y, al mismo tiempo que lo garantiza, produce sus formas y condiciones. El coito vaginal es la práctica sexual reproductiva por antonomasia. Sin embargo, ni lo reproductivo ni lo anticonceptivo forman parte del campo de injerencia de la sexología médica. Esto

último pone en evidencia el carácter construido de los objetos clínicos de cada especialidad, así como de las fronteras disciplinarias de cada una, definiciones que, como vimos, se relacionan también con la disponibilidad de herramientas terapéuticas.

## **Recapitulación**

A lo largo del capítulo se han examinado las características disciplinarias de la sexología médica, su relación con el campo médico, así como con el campo de la sexología clínica. En torno al campo médico, la sexología no se conforma como una especialidad en los términos de, por ejemplo, la ginecología y la urología. Su formación no consiste en residencias médicas sino en cursos de posgrado más cortos, de menor jerarquía académica y, que, a su vez, están dirigidos a médicos y médicas, pero también a profesionales del campo psi. En relación con el campo de la sexología clínica, la sexología ejercida por médicos y médicas supone ciertas características distintivas dadas por las herramientas clínicas propias de la medicina: la posibilidad de revisar los cuerpos, indicar estudios y, principalmente, prescribir tratamientos medicamentosos.

La sexología médica se vale de dos artefactos onto-epistemológicos: la noción de respuesta y de función sexual. Ambas categorías dan forma a los procesos que describen jerarquizando la dimensión fisiológica como aspecto explicativo de los mecanismos que se ponen en juego en los cuerpos durante las relaciones sexuales. Esta configuración guarda una relación de afinidad con las competencias clínicas de la medicina. Asimismo, establecen los patrones normativos que regulan la actividad sexual de las personas: el desempeño sexual normal está dado por la posibilidad de llevar a cabo relaciones sexuales de penetración vaginal de manera regular.

También se han examinado los procedimientos que tienen lugar en los consultorios médicos sexológicos, comenzando por la elaboración de diagnósticos. Se ha analizado las particularidades y la relevancia de herramientas clínicas específicas como las que tienen lugar en la “semiología de la intimidad”. Se ha caracterizado el esfuerzo de los quehaceres médicos sexológicos en la elaboración de diagnósticos que abarquen la etiología multicausal de las disfunciones sexuales.

Luego se han examinado los procedimientos terapéuticos. Se ha caracterizado a la sexología médica como una especialidad resolutoria que orienta el diseño y la puesta en práctica de sus estrategias terapéuticas a la resolución de los síntomas más que a las causas que podrían originar la disfunción. Se ha señalado que esta especialidad se caracteriza por un “doble desequilibrio práctico”. El primero es el que tiene lugar en la distancia entre la elaboración de diagnósticos multicausales y el modo en el que se orientan y ponen en práctica los tratamientos, ceñidos a los síntomas. El segundo es el que sucede entre los dos grandes grupos en que se organizan las alternativas terapéuticas: las psicoterapias o terapias sexuales y las terapias farmacológicas. Éstas últimas se conforman como más eficaces y fáciles de administrar que las primeras por lo cual se constituyen en la opción de preferencia para médicos, médicas y pacientes.

Las psicoterapias o terapias sexuales consisten en ejercicios concretos, directivos y circunscriptos al síntoma que pretenden resolver. Estos ejercicios tienen lugar en el cuerpo. Consisten en el autoconocimiento y autocontrol y buscan corregir aquello que impide funcionamiento de la respuesta sexual. Requieren esfuerzo, dedicación y paciencia por parte de quienes los llevan a cabo.

Las terapias farmacológicas actúan como mediadores dando forma no sólo a los mecanismos de la respuesta sexual de sus usuarios, sino también a aquello que sucede en los consultorios sexológicos. Este tipo de terapia se indica principalmente para el tratamiento de las disfunciones sexuales que afectan a los hombres cis, es decir, la disfunción eréctil y la eyaculación precoz.

Por último, se han analizado los modos diferenciales en los que el quehacer sexológico configura las disfunciones sexuales de hombres y mujeres cis, especialmente en relación con la disponibilidad, o no, de terapias farmacológicas y con el funcionamiento de regulaciones sexo-genéricas. Para ello se han examinado las singularidades del abordaje de las disfunciones por las que consultan con mayor frecuencia los hombres y las mujeres cis, es decir, las disfunciones eréctiles y el deseo sexual hipoactivo. Se ha analizado las maneras en las que el abordaje y tratamiento de ambos tipos de disfunciones se vinculan con estereotipos tradicionales de lo femenino y lo masculino reforzándolos, así como con la naturalización de la heterosexualidad.

## Capítulo cuatro

### Univocidades y multiplicidades ontológicas

#### El sexo y la sexualidad y el quehacer médico

*“Estaba muy equivocado hace un rato al decir que las utopías estaban vueltas contra el cuerpo y destinadas a borrarlo: ellas nacieron del propio cuerpo y tal vez luego se volvieron contra él” (Foucault, 2010).*

#### Introducción

El objetivo del presente capítulo es volver a la pregunta que dio inicio a esta tesis, es decir, al interrogante por las relaciones entre el quehacer de la ginecología, urología y sexología médica y las ontologías corporales. Insistir con esto en el último capítulo no supone un retroceso sobre pasos dados, sino, más bien, un intento por volver sobre esta pregunta de un modo distinto, con un andar por detrás. Pues, ahora, se suman los interrogantes, sentidos, matices y hallazgos analíticos elaborados en los tres capítulos que anteceden a éste.

Como señalé en la introducción de la tesis, la pregunta por las ontologías corporales y su relación con la medicina supone un intento por analizar cuestiones cuya existencia, en y para el quehacer médico, generalmente gozan del privilegio de lo natural y lo autoevidente. Por eso, preguntar por algo que podría parecer obvio como qué son los cuerpos, el sexo y la sexualidad puede llevarnos por caminos diversos y complejos. En esta tesis, y particularmente en este capítulo, el esfuerzo analítico no se dirige a la elaboración de respuestas alternativas a las que ofrecen las especialidades médicas. Más que intentar responder qué es el cuerpo, el sexo y la sexualidad, lo que intentaré es analizar cómo son las relaciones de la medicina con las diferentes realidades corporales y sexuales con las que convive productivamente. Focalizar en esas relaciones me permite explorar el carácter consustancial de las prácticas médicas, de los cuerpos, del sexo y la sexualidad. Uno de los supuestos centrales de esta tesis, sobre el que trabajaré particularmente en este capítulo, es que las prácticas médicas y las ontologías corporales se definen, organizan y toman forma en su relación.

Como se esbozó en los capítulos que preceden a este, en la medicina coexisten definiciones y quehaceres capaces de dar forma con mayor intensidad a realidades corporales y procesos fisiológicos en términos homogéneos junto con la permanente producción y emergencia de realidades corporales múltiples y disímiles. El objetivo de este capítulo es analizar las conexiones, yuxtaposiciones, contradicciones e inconsistencias que tienen lugar en las relaciones productivas entre las prácticas clínicas y terapéuticas de la ginecología, urología y sexología médica y las ontologías corporales “unívocas” y “múltiples”.

Llamo ontologías “unívocas” a aquellas que se sustentan en términos regulares, homogéneos y encapsulantes (Strathern, 1980), es decir, a aquellas producciones ontológicas que tienen la potencialidad de englobar y modelar las realidades corporales bajo un mismo patrón de existencia. Me refiero, por ejemplo, a la producción de “la mujer” y los procesos de homogeneización y reducción de funciones corporales en términos reproductivos y cis heterosexistas que tienen lugar en el campo ginecológico. La reiteración, regularidad e incluso previsibilidad que caracteriza, por ejemplo, las prácticas asociadas al “control ginecológico” de “la mujer” se vinculan con la asunción, identificación y producción de realidades corporales también como regulares y estables. Tal como señalan Savransky y Rosengarten (2016), aquello que los médicos y médicas hacen guarda estrecha relación con las nociones de naturaleza corporal que la medicina asume y recrea.

Por ontologías “múltiples” me refiero a las realidades corporales disímiles, singulares y localizadas que tienen lugar en prácticas médicas específicas. Por ejemplo, en el capítulo dos, se analizaron las relaciones entre las distintas prácticas quirúrgicas que tienen lugar en el campo urológico y la proliferación de ontologías corporales híbridas, como aquellas que se constituyen a partir del uso de prótesis genitales y de cirugías de reafirmación genital, como las vaginoplastías. Estas corporalidades híbridas tienen lugar de manera localizada en la disposición diferencial de las herramientas clínicas y terapéuticas de las que dispone la urología, así como de las demandas singulares de sus pacientes.

En este capítulo me propongo no sólo recuperar y organizar de manera transversal los hallazgos de los capítulos anteriores, sino también analizar cómo conviven las distintas ontologías sexuales y los quehaceres médicos en los que se constituyen. Recuperando los aportes de Mol (2013a), no se trata simplemente de detectar los diferentes modos en los que la medicina se aproxima y trata a los

procesos corporales en términos sexuales, sino de indagar en las maneras en las que las diferentes prácticas médicas se relacionan con esos procesos produciéndolos como tales.

Un problema que se emplaza como mar de fondo a lo largo del capítulo se relaciona con la producción y el establecimiento de aquello que el quehacer médico moldea como “biológico” y como “social”. Como veremos, la elaboración circunscripción de ambos campos u órdenes de lo existente como distintos y estables, es resultado de las permanentes tareas de separación, conexión y estabilización que la medicina lleva adelante (Latour, 2007, 2013). Hacer alusión a los mecanismos que dan lugar a estos órdenes disímiles no significa negar su eficacia ontológica (Descola, 2012) ni tampoco su convivencia con la producción de multiplicidades ontológicas en las cuales se sostienen. Este capítulo consiste en un intento por sacudir de su existencia tácita y silenciosa a la naturaleza corporal, unívoca y globalizante, que pregona la medicina. El análisis se orienta por el rastreo de algunas de sus marcas de su producción, generalmente invisibles (Haraway, 1995; Latour, 2013).

Recuperando los aportes de Mol (2013b), las ontologías no son exclusivas. Las distintas vinculaciones productivas en las que surgen y toman forma conviven entre sí tramando conexiones más o menos parciales, de dependencia, complementariedad y también de inconsistencia. Estas relaciones producen distintos tipos de efectos pudiendo potenciarse, solaparse, así como interferir entre sí. La medicina realiza mucho trabajo para dar coherencia y armonizar a los diferentes procesos, niveles y unidades corporales que tienen lugar en sus distintas prácticas.

Asimismo, a lo largo de la tesis, he analizado las relaciones de los quehaceres médicos y de las ontologías corporales con el funcionamiento de regulaciones normativas (Butler, 2006; Foucault, 2001, 2009; Macherey, 2011; Mol, 2013a), especialmente las referidas al género (Butler, 2007; Serano, 2016). Las regulaciones normativas tienen lugar en los procesos en cuyo transcurso la materia u objeto se constituye poco a poco. La normatividad supone “una relación que hace *ser*” (Macherey, 2011, p. 102. Destacadas en el original). No se trata, entonces, del análisis de relaciones causales que remiten a algún tipo de determinismo mecánico sino más bien de “mostrar en qué manera el movimiento concreto de las normas (...)

elabora, a medida que se desarrolla, ese poder que produce, a la vez, en el plano de su forma y contenido” (Macherey, 2011, p. 152).

Si bien el funcionamiento normativo de las regulaciones, en este caso sexo-genéricas, es inmanente a los procesos que su despliegue regula, tal como señala Butler (2006), no puede ser reducido totalmente a los casos particulares en los que se materializa. Las normas de género suponen una “forma de poder social que produce el campo inteligible de los sujetos, y un aparato que instituye el género binario” (Butler, 2007, p. 78). Ese campo de inteligibilidad no puede ser reducido a cada uno de los casos que regula y, sin embargo, su funcionamiento sólo existe en ellos. Al analizar el ejercicio médico de manera situada nos enfrentamos con los efectos específicos y localizados del funcionamiento inmanente de las normas, es decir, con lo inestable, fragmentario y parcial de la producción ontológica.

Tal como señala Mol (2002), las ontologías no refieren a sustancias trascendentales sino a realidades que se sostienen y perecen en prácticas socio-materiales concretas. Pues, el quehacer práctico supone una intra-acción (Barad 1998, 2007), es decir, acciones que lejos de ser exógenas a las existencias semiótico-materiales con las que se relacionan, forman parte de su elaboración. Por eso, al analizar las ontologías como producciones vinculadas a prácticas específicas éstas dejan de ser estáticas y trascendentales para volverse múltiples, dinámicas y localizadas. Este ejercicio metodológico se propone abrir espacios para la existencia y convivencia de realidades múltiples (Viveiros de Castro, 2014) sin perder de vista la dimensión normativa que se enmaraña con el quehacer de la medicina y la producción de ontologías corporales y sexuales.

En síntesis, en este capítulo me propongo analizar la relación entre ontologías sexuales unívocas y, en términos de Strathern (1980) encapsulantes, con ontologías sexuales múltiples, específicas, localizadas. Parafraseando a Latour (2001, 2013), voy a indagar en las relaciones entre el sexo y la sexualidad en tanto dimensiones totalizantes y homogéneas de los cuerpos (Naturaleza), así como en las conexiones que dan lugar a la existencia de sexos y sexualidades en tanto realidades específicas (naturalezas). ¿Cómo configuran (y se configuran) la ginecología, urología y sexología médica (en relación con) el llamado “sexo biológico”? ¿De qué manera estas especialidades definen aquello que son o no son los cuerpos “de mujer” y “de varón”? ¿Cómo se conforma y qué roles juegan lo que se concibe y trata como “lo reproductivo” en estas especialidades? ¿Cómo se relacionan las definiciones y

prácticas de la ginecología, urología y sexología médica con las nociones de naturaleza sexual y sexualidad? En las relaciones entre la medicina y las corporalidades, ¿se producen jerarquías ontológicas, es decir, existencias más verdaderas que otras? ¿Qué rol tiene el uso de las biotecnologías médicas en esa producción diferencial de lo verdadero? ¿Cuándo una intervención médica produce algo “artificial” y cuando “restablece” algo “natural”? ¿Cuáles y cómo son los efectos de estas producciones ontológicas en los distintos tipos de quehaceres clínicos, como la realización de anamnesis, controles, establecimiento de diagnósticos, indicación y puesta en práctica de tratamientos? ¿Cómo es la relación entre las prácticas clínicas y las ontologías unívocas y múltiples?, ¿cuáles son las posibilidades que se abren y cierran en esas relaciones? Estas son algunas de las preguntas que recorren el capítulo.

### **1. El sexo y la(s) diferencia(s) sexual(es) en la formación y el ejercicio médico**

A lo largo de este primer apartado, me propongo analizar algunos de los modos en los que se conforma el sexo y la diferencia sexual en y para la formación y el ejercicio médico. En esta primera parte no haré hincapié en las diferencias entre las distintas especialidades médicas analizadas, por el contrario, lo que intentaré es detectar algunas conexiones, yuxtaposiciones y solapamientos que se articulan de manera transversal tanto en los campos específicos de la ginecología, urología y sexología médica como en la formación en medicina.

Muchos de los conocimientos y prácticas de la medicina guardan estrecha relación con la producción del sexo en tanto naturaleza sexual binaria, sustancial y estable que distingue a “hombres” y “mujeres” y sus procesos de salud, enfermedad y atención. El objetivo de las líneas que siguen es analizar algunos de los modos en los que se produce el sexo como naturaleza y como diferencia y sus efectos en los quehaceres que tienen lugar en los consultorios médicos. Para comenzar, cito a continuación fragmentos de distintos materiales en los que se ensayan definiciones sobre qué es el sexo y la diferencia sexual. Se trata de dos entrevistas realizadas a estudiantes de medicina y de una presentación médica en una jornada:

Hay una realidad, que es, aparte de la elección del género. Desde la perspectiva médica prevalece mucho el sexo, si se quiere cromosómico. Biológicamente un hombre es un hombre y una mujer es una mujer. Ahora, en lo que hace a la elección de la sexualidad, cada uno hace lo que se le place. Pero bueno, no son lo mismo los valores de laboratorio de un hombre que los valores de laboratorio de una mujer, eso es así y desde el punto de vista clínico esto es muy relevante (M34. Entrevista a estudiante nº11).

En el marco de una materia que se llama Fisiología tenemos una parte específica de Endocrinología. Ahí tuvimos una clase de femenino-masculino en la que vimos un poco más del tema de sexualidad, el tema del género, o sea, qué pasa cuando alguien tiene un problema en algún receptor, en un gen, por lo que cromosómicamente sos hombre, pero como hay una falla en una hormona o en algún receptor tenés un fenotipo que hace que parezcas mujer, y de hecho sos mujer. Pero llega una edad en la que no menstruás y por eso vas a consultar en el endocrinólogo que te dice "bueno, en realidad toda tu vida pensaste que eras una mujer, pero en realidad sos un hombre, lo que pasa es que tenés una enfermedad que hace que tus receptores no funcionen y por eso te ves mujer y sos mujer, pero tus genes dicen que sos hombre". Dicho así suena medio bruto, de hecho, nos enfatizaron en la importancia de dar esta información con respeto, pero también en que no perdamos de vista la fisiología específica del sexo de este tipo de pacientes (M26. Entrevista a estudiante nº 3).

El término "sexo" se refiere al conjunto de características biológicas que definen al espectro de los seres humanos como hembras y machos, me refiero a la diferencia cromosómica primeramente, a la hormonal y a la genital pero también a los caracteres sexuales secundarios (M62. Médico/a ginecólogo/a en jornada médica).

Una de las dimensiones más generales y productivas que organizan al saber, así como al hacer de la medicina, es aquella que divide a los procesos corporales en su dimensión biológica, mecánica y a veces determinante y aquellos de orden aleatorio propio de las trayectorias sociales y singulares de sus pacientes. Recuperando lo que se señala las entrevistas citadas, para la medicina, el sexo podría ser definido como un dato de la biología humana, resultado de un ir y venir entre realidades unívocas y diferenciadas, ser macho o hembra, y un conjunto de características internas, propias de los cuerpos, diferentes, pero conectadas de manera coherente entre sí: ciertos genes, niveles hormonales, características genitales.

Los fragmentos citados dan cuenta del funcionamiento de diferentes niveles, si se quiere fisiológicos y anatómicos, donde tendrían lugar aquello en lo que consistiría la diferencia sexual entre "machos" y "hembras", como si se tratase de la ubicación e identificación de las sustancias definitivas en las que se materializa el sexo y sus diferencias. La producción del sexo como un dato biológico binario y finalmente unívoco (machos/hembras) requiere de la identificación, organización y

conexión de características y procesos corporales heterogéneos por parte de la medicina. Esta labor, como veremos a lo largo del capítulo, se realiza de acuerdo con un ordenamiento coherente según premisas cis y heterosexuales las que, a su vez, dan forma a esa concepción de la naturaleza sexual en términos teleológicos (Hird, 2012). Pues, de definitiva, la naturaleza sexual está determinada por la naturalización de la capacidad reproductiva.

Cuando las relaciones entre ciertos genes, receptores y niveles hormonales, desarrollo de genitales y de los llamados caracteres sexuales secundarios no se ajusta al orden pre estipulado como desarrollo normal, generalmente, la medicina, lejos de revisar sus supuestos sobre la naturaleza sexual, interviene en los cuerpos ajustándolos a sus parámetros de normalidad<sup>36</sup> (Maffía, 2003; Savransky y Rosengarten, 2016).

En los fragmentos de entrevistas citadas más arriba, las descripciones de los distintos niveles donde se ubica aquello en lo que consistiría el sexo vienen aparejadas de una serie de especificaciones que requieren de un análisis más detenido. Me refiero, por ejemplo, a los “valores de laboratorio [de análisis clínico] de mujer”, u hormonas “femeninas”, al ser “cromosómicamente hombre”, así como “hembra” y “macho”. Como seguiremos viendo, las regulaciones de género se infiltran de modos más o menos sutiles dando forma a los procesos fisiológicos, sus características y funciones. Parafraseando a Latour (2013), desde que se añade “perspectiva médica” a los cuerpos, “valores de laboratorio” a las hormonas, “trastornos” a los receptores hormonales e “identidad de género” a los cromosomas, el sexo deja de ser un dato natural y autoevidente para dar lugar a sexos, en plural, que se producen en un complejo entramado de relaciones en el que los quehaceres médicos ocupan un lugar destacado. En efecto, si un hombre fuese un hombre y una mujer, una mujer y no hiciese falta nada más que observar y describir datos evidentes, ajenos a cualquier vestigio social y tecnológico, sería difícil explicar los esfuerzos permanentes de la medicina por trazar y confirmar en distintos planos las fronteras de la diferencia sexual<sup>37</sup> (Chase, 2005; Fausto-Sterling, 2006; Rohden, 2003a).

---

<sup>36</sup> El trato diferencial que la medicina suele dar a las personas endosex, es decir, a quienes nacen con genitales que se adecuan a lo esperado, y a las personas intersex, a quienes se suele intervenir quirúrgicamente de manera compulsiva en pos de su “adecuación” genital, conforma un doloroso emergente de lo recién señalado (Cabral y Benzur, 2005; Maffía y Cabral, 2003; Santoro y Cabral, 2019).

<sup>37</sup> M167. Nota de campo n°9: Sólo hizo falta que apagara el grabador. El médico estuvo buena parte de la entrevista contando detalles de sus peleas con otros/as profesionales en pos de respetar el

Concretamente, ¿cuáles son las prácticas médicas que se relacionan con la constitución de esas fronteras? La lista de prácticas es enorme e incluye a especialidades médicas que no se analizan en esta investigación como la pediatría, la medicina clínica, la medicina familiar, por mencionar algunas. En lo que sigue voy a analizar dos tipos de práctica médica. La primera consiste en un momento específico del quehacer en los consultorios en el abordaje inicial de los y las pacientes. Me refiero a la llamada exploración semiológica, especialmente a la anamnesis, y el llenado de la historia clínica. El segundo, consiste en el planteo y la puesta en práctica de una investigación clínica por parte un equipo médico específico que se dedica al abordaje de la salud transicional de personas trans.

### **El sexo como dato semiológico**

A continuación, voy a citar un fragmento del programa de la materia Medicina A de la Carrera de Medicina de la UBA. En esta materia se introducen los primeros conocimientos en relación con las “habilidades semiológicas” del quehacer médico. También es donde los y las estudiantes llevan a cabo sus primeras prácticas semiológicas con pacientes. Luego voy a citar el fragmento de una entrevista a una persona que estudia medicina en el que se comenta, justamente, en qué consiste el quehacer semiológico en la formación médica. El objetivo de traer estas citas es comenzar a analizar cómo se da forma y cómo opera el sexo en tanto dato semiológico:

El objetivo específico de la materia Medicina A, es adquirir las competencias para elaborar el esquema de contenido de la Historia Clínica ya

---

proceso de su paciente, un joven intersex que nació en un pueblo rural en Santiago del Estero. Según el médico, el joven tenía genitales cuyo tamaño y forma variaban del promedio y no tenía ningún problema con su identidad de género ni con su orientación sexual: “es un pibe al que le gusta ir a la cancha, trabaja de albañil y le gustan las mujeres”, me dijo. No pude evitar que el médico se refiera a este caso durante buena parte de la entrevista. Yo quería tener más espacio para hablar más sobre su quehacer cotidiano en el consultorio, pero insistía con detalles sobre este caso. Me contó que aquel joven en algún momento comenzó a ir al médico y que allí comenzaron a estudiarlo (y a angustiarse). Una colega le informó al médico urólogo entrevistado los resultados de uno de los estudios que le habían hecho: el joven “era XX”. El médico me describió con detalles las peleas con esa médica y con el resto del equipo, pues ellos querían informarle al joven que “en realidad era una mujer”. “Le iban a arruinar la vida”, me dijo el médico. Según me contó mientras lo grababa, logró impedir que el joven tenga contacto con otros/as miembros del equipo médico del hospital ubicándose él como el único interlocutor con el paciente. Le informó de sus estudios usando un lenguaje “que no lo hiera”. El muchacho se hizo algún tipo de cirugía genital y “estaba de lo más bien”. Terminó la entrevista y apagué el grabador. Finalmente habíamos conversado de muchos temas, pero el médico volvió sobre el caso del muchacho. Quería contarme que tenían una amistad, y que el joven le había compartido que estaba saliendo con una mujer. Al médico realmente le gustaba hablar de él. Me comentó algunos pormenores y desencuentro de su paciente con su pareja. “Es un histérico”, me dijo buscando complicidad. “No sabés que increíble cómo le salen esas cosas de mina” dijo riéndose satisfecho.

que, (...), es el momento apropiado para que un futuro médico inicie una orientación en la confección de la misma.

La Historia Clínica en Medicina A tiene como pilares el abordaje semiológico basado en el Interrogatorio, el Examen Físico, y el Examen del estado mental: signos y síntomas, los cuales permitirán al alumno comprender la elaboración de los grandes síndromes (M5. UBA, Fmed, Depto Medicina A, 2017).

La semiología es la base de la medicina clínica, porque es el aprendizaje de cómo interpretar al paciente y se basa principalmente en dos cosas. La primera es el interrogatorio que está mal llamado ya que en realidad es la anamnesis, que es lo que yo hago sin tocar al paciente, es lo que veo y lo que el paciente cuenta. Después tenés el examen físico, ahí tenés la parte en la que no tocás al paciente tampoco y después tenés la parte en la que sí. La primera empieza con la mirada, la inspección, que es cuando vos lo mirás y ves que camina así o asá, que se le cae un ojito, que está medio pálido o está amarillito, que le cuesta hablar. O sea, un montón de cosas que uno va notando. Y después, una vez que te hacés una idea de a qué viene el paciente, se pasa al examen físico. (...). Un buen médico tiene que ser un buen semiólogo porque para poder hacer un diagnóstico tenés que poder diagnosticar, y la semiología te ayuda a eso. Después tenés cuestiones complementarias, tomografías y todo lo que es laboratorio que es muy necesario, pero con la semiología vos apuntás a dónde. No podés pedir algo que no es necesario o que puede ser incluso nocivo, como una radiografía a una embarazada (M29. Entrevista a estudiante n°6).

El abordaje semiológico tiene lugar en el primer momento de la consulta clínica. Allí es cuando el o la paciente “presenta” con palabras, pero también con su cuerpo, los motivos de la consulta. Como se ha analizado en los capítulos previos en relación con algunas prácticas específicas de la ginecología, urología y sexología médica, la exploración semiológica, específicamente lo que sucede durante la anamnesis, no es independiente de las hipótesis diagnósticas como tampoco lo es de las alternativas terapéuticas disponibles ni de los parámetros a través de los cuales médicos y médicas evalúan lo sano y lo patológico.

La exploración semiológica supone un ir y venir entre acciones, conceptos, expresiones corporales, signos clínicos, sensaciones, suposiciones, categorías diagnósticas, datos, hipótesis, que se afectan y dan forma mutuamente entre sí. En términos de Barad (2007), podríamos decir que la exploración clínica supone una intra-acción, es decir, un relacionamiento en el que tanto el quehacer médico, lo que el o la paciente manifiesta y la historia clínica se afectan y dan forma entre sí. Esa afectación entre los términos señalados no se da de cualquier modo ya que siempre es el médico o médica quien llena la historia clínica sin que el o la paciente consienta necesariamente lo que allí se deja plasmado.

En lo que sigue, quisiera focalizarme específicamente en los efectos del uso de la historia clínica como instrumento. Tal como se señala en distintas investigaciones

(Berg y Mol, 1998; Mol, 2002), el uso de la historia clínica conlleva la homogeneización y simplificación de procesos complejos. Como intentaré mostrar, la historia clínica funciona de modo activo dando forma tanto al proceso de salud que describe como a las prácticas de médicos y médicas.

La historia clínica opera como una especie de guión, camino o receta que encuadra en pasos e ítems tanto aquello que el médico o la médica debe observar, revisar y registrar, así como la recopilación (y producción) de datos generales, clínicos y terapéuticos del o de la paciente que se está tratando. Retomando lo que señala Ariza (2016), propongo pensar a la historia clínica como un “dispositivo médico-administrativo” que interviene modelando tanto a lo que los médicos y médicas observan, preguntan, relacionan y registran como a lo que los y las pacientes manifiestan respecto de sus procesos de salud y enfermedad. En lo que sigue, voy a analizar algunos aspectos de la relación entre el quehacer médico, el sexo como dato semiológico y la historia clínica como instrumento. Para ello, cito a continuación, algunos de los primeros ítems que conforman la “historia clínica del adolescente” según la Organización Panamericana de la Salud y el Centro Latinoamericano de Perinatología – Salud de la Mujer y reproductiva<sup>38</sup>, específicamente aquello que componen los datos registrales del o de la paciente:

#### **Historia clínica del adolescente**

Establecimiento:

H.C. [Historia clínica] n°:

Apellidos y nombres:

Domicilio:

Localidad:

Lugar de nacimiento: Día/Mes/Año

Fecha de nacimiento:

Sexo: F o M

Cobertura y/o protección social: Si [código] / No / NC. (M120. PAHO, Historia Clínica, 2010).

El sexo es uno de los primeros datos que el médico o médica ha de consignar en la historia clínica. En tanto ítem, se ubica como parte de los datos registrales, es decir, de aquellos que refieren a identidad legal de quien consulta. Pero a diferencia de otros datos como, por ejemplo, el número del Documento Nacional de Identidad,

---

<sup>38</sup> Este modelo de historia clínica es el que se recomienda en el Documento Marco de Referencia para las Residencias en Medicina General elaborado por el ex Ministerio de Salud de la Nación. Ese documento puede ser visualizado en: <http://www.msal.gob.ar/residencias/images/stories/descargas/acreditaciones/adjuntos/medicina%20general%20y%20familiar%20ok.pdf>

el casillero “sexo” generalmente se llenan sin preguntar. Pues, siempre que haya coherencia entre el nombre y la apariencia de la persona que consulta, el médico o la médica “deduce” el sexo. Esta deducción conlleva implícitamente información sobre ciertas características corporales de la persona que consulta. ¿Qué es lo que se deduce a partir del nombre y/o del aspecto de la persona? Relacionando los fragmentos citados al inicio de este apartado me pregunto, ¿qué puede inferir a simple vista el médico o médica en relación con los cromosomas, niveles hormonales, predisposición a ciertas enfermedades, valores de laboratorio o incluso con los genitales? El registro del ítem sexo en la historia clínica acarrea el supuesto de que el nombre, el aspecto, los genitales, las hormonas, los glóbulos rojos y los cromosomas guardan entre sí una relación de traducibilidad, así como de coherencia cissexual. Pues, por un lado, se supone que el sexo asignado al momento de nacer fue correctamente estipulado y que, por otro, se conserva como tal hasta el momento de la consulta (Kessler y McKenna, 2006; Serano, 2016). El ítem sexo funciona como el corolario de la transparencia que la ontología unívoca del sexo proyecta sobre los cuerpos, no sólo en sus diferentes escalas genética, hormonal y genital, sino también en la predisposición respecto de ciertos procesos de salud y enfermedad. Sin embargo, como analizaremos a partir del fragmento de una entrevista realizada a un o una estudiante de medicina que cito a continuación, el ítem sexo no siempre puede registrarse de manera automática:

ESTUDIANTE: He escuchado a médicos experimentados hablar sobre el tema del cambio de sexo y remarcar que, si una persona no se hizo ninguna operación y si no tiene hecho el cambio hormonal, por ejemplo, en el caso de una travesti, medicamente lo tenés que tratar como un hombre, con sentimientos de mujer, pero con las características fisiológicas y la predisposición a patologías propias de un hombre. Ahora, si tiene hecho el cambio de sexo, o sea, si está tratado con hormonas, ahí habría que evaluar, qué se hizo, durante cuánto tiempo para ver si tiene los niveles del otro sexo y también la predisposición [a ciertas enfermedades]. Entonces, la realidad es esa, vos te tenés que fijar en lo biológico, en lo sexual y en lo personal. Y si es biológicamente un hombre y tiene las hormonas de un hombre lo vas a tratar con un hombre, pero cuidándote de sus sentimientos. Por ejemplo, una amiga mía que se recibió hace poco me contó que en el hospital atendieron la consulta de un hombre que tenía un chancro en la zona genital. Ella le hizo las preguntas típicas, si estaba casado, cómo era su vida y le dice “yo estoy casado hace 35 años”. La pregunta es, cómo te agarrás sífilis si estás casado hace 35 años, raro. Bueno, estos siempre son temas delicados. Ella siguió preguntando y el hombre le dijo “con mi mujer hace mucho que no estamos”, “bueno, ¿usted está con otra pareja? Tiene que saber que lo que usted tiene lo tiene seguro su pareja”. Y cuando vino con la otra, resulta que era un travesti. Se lo vio como si fuera un hombre vestido de mujer, pero con genitales de hombre y se les dio el mismo tratamiento.

ENTREVISTADORA: No sé si estás al tanto de la Ley de Identidad de Género y [interrumpe].

ESTUDIANTE: Si, si, pero para nosotros no es así. El documento es el documento, pero si tiene hormonas y genitales masculinos, no lo podés tratar como si fuese femenino porque no es lo mismo, te cambian los valores hasta de lo más básico que son los glóbulos rojos, entonces está bien, en el documento aparece femenino, eso está muy bien, yo respeto y la trato en femenino. Pero biológicamente es un hombre, entonces la tengo que tratar médicamente como un hombre, en cuanto al tratamiento digamos. Fuera de eso no hay problema, la llamo como quiera y en la historia clínica anoto el nombre de mujer, pero en donde dice sexo pongo “masculino” (M33. Entrevista a estudiante n°10).

En el fragmento de la entrevista anteriormente citada, se señala que el ítem sexo se llena de acuerdo con lo que el médico o médica estipula como el sexo biológico de la persona que consulta. En este caso, la médica que atendió al hombre cis y su pareja, una travesti, “notó” que se trataba de un hombre que se relacionaba sexualmente con “un hombre vestido de mujer” por lo que, al ser supuestamente dos hombres con sífilis, “se los trató igual”<sup>39</sup>.

El esfuerzo semiológico que realizan médicos y médicas en su labor clínica consiste, primero, en intentar identificar o “descubrir” (y, consecuentemente, sobreimprimir) el llamado “sexo biológico” de las personas que atienden. Para ello, si fuese necesario, se supeditaría la relevancia y gravitación clínica de lo que el o la paciente manifiesta sobre su identidad y su sexo, así como de las intervenciones corporales que pudo haberse realizado. Pues, consignar el sexo de quien consulta, supone una ratificación elemental de la capacidad médica de “interpretar” el cuerpo y los procesos de salud de quienes consultan. Parafraseando a Canguilhem (2004), médicos o médicas se ubican como “exégetas” frente a pacientes cuyas posibilidades y competencias “vulgares” les impiden conocer la verdad sobre sí, sus cuerpos y sexos. El llenado de la historia clínica en tanto registro oficial de los procesos de salud de quienes consultan, de algún modo, sella esta relación.

Tomando los aportes de Serano (2016), lo que la medicina consigna como sexo suele referir exclusivamente a lo que se interpreta a partir de los llamados caracteres sexuales secundarios. ¿Qué sucede cuando el ítem “sexo” de la historia

---

<sup>39</sup> Me pregunto, ¿cuál es el criterio médico que impide tratar a esa persona como una mujer trans?, ¿acaso no es posible poner en práctica estrategias médico-clínicas que permitan el diálogo con existencias corporales que no se agotan en el binario cissexual hombre/mujer? Volveré sobre esta pregunta al final del capítulo. Tal como se ha señalado en numerosas investigaciones, el no reconocimiento de la identidad de género por parte de los efectores y efectoras de salud tiene efectos altamente nocivos en el acceso a la salud de personas trans (Akahatá et al., 2016; Bento, 2006; Berkins, 2015; Farji Neer, 2018; Fundación Huesped, Ministerio de Salud y IIGG, 2017, entre otras). Esta es una de las primeras barreras que la población trans experimenta en relación con el acceso al sistema de salud una vez logra llegar hasta los servicios.

clínica deja de ser susceptible de ser llenado de manera silenciosa y automática? Para avanzar con el análisis de esta pregunta, cito a continuación el fragmento de una entrevista en la que una persona que estudia medicina comenta cómo se actuó en una guardia frente a un paciente internado sobre el que no lograban consignar el sexo biológico:

ESTUDIANTE: Si sos lesbiana u homosexual no me cambia nada a mí como profesional que te atiende. El tema es cuando son cambios hormonales, o sea, cuando el cambio de sexo tiene terapia hormonal, o sin terapia hormonal pero que no se nota. Por ejemplo, ¿viste que hay chicas, pero que son chicos trans, que no te das cuenta? Bueno, te das cuenta si levantás las sábanas, ¿no? Bueno, eso pasó hace poco en la guardia del hospital, cayó una chica así y no estaban seguros de qué era. Tuvieron que levantar la sábana, lo que es súper invasivo, pero la chica estaba totalmente desmayada, entró a guardia sin que le puedan hacer una entrevista y sin ningún registro.

ENTREVISTADORA: ¿Era un hombre trans?

ESTUDIANTE: Sí, era un chico trans, encima era asiático, lo que lo hacía mucho más difícil porque los asiáticos se distinguen mucho menos. El tema es ese, sobre todo, cuando hay una operación de cambio de sexo. A veces las decisiones médicas tienen que tomarse rápido y el sexo biológico a veces no se nota tan fácil (M35. Entrevista a estudiante nº12).

Cuando la exploración semiológica deja de ser un ejercicio de traducibilidad cissexual casi mecánica, se abre en el ejercicio médico (y no necesariamente en la persona que consulta) un campo de interrogaciones respecto de lo que la persona que se atiende es. El juego sincronizado de miradas, enunciaciones, prácticas de inspección, detección de ciertos signos y quehaceres respecto del registro que generalmente tiene lugar en el momento de la exploración semiológica, puede verse interrumpido ante la imposibilidad de deducir el sexo del aspecto de la persona. Esa imposibilidad parece ser algo poco tolerable para la medicina. En un fragmento citado más arriba quedaba claro que un o una paciente no sabía su “verdadero” sexo porque desconocía cierta información respecto de sus genes (supeditando a los genes las características de sus genitales). En la última entrevista citada se da cuenta de que una exploración ocular de los genitales (sin preocuparse por los genes), entendida por los propios médicos, médicas y estudiantes como invasiva, alcanzaría para saber el verdadero sexo de la persona y aportar al quehacer médico la tranquilidad de saber lo que la persona verdaderamente es.

Por último, quisiera analizar el registro del sexo en la historia clínica y su relación con el registro del diagnóstico “Disforia de género”. A continuación, voy a

citar fragmentos de una entrevista realizada a un médico o médica que se especializa en la atención de personas trans<sup>40</sup>:

ENTREVISTADORA: Cuando usted llena la historia clínica, ¿consigna algún diagnóstico?

MÉDICO/A: Si, el de Disforia, que es el que está vigente en el DSM V<sup>41</sup>. Antes se decía “trastorno de identidad” pero ahora no se nombra la palabra “trastorno” sino “Disforia de género”. En mi caso, cuando lleno la historia clínica pongo “DG”, porque en verdad, no me gusta decirle “tenés una disforia”. O sea, pongo, “DG”, “asiste por control”, por ejemplo. “DG” me resulta un poquitito más confidencial. En algunos casos, por ejemplo, si sé que va a hacerse un estudio afuera del hospital o con profesionales que no están especializados en esta temática, en la receta pongo “Disforia de género”. Porque, por ejemplo, si es para una ecografía para evaluar genitales internos de su biología femenina, digamos, y pongo solamente nombre de varón, por ahí lo van a rechazar. Entonces pongo “Disforia de género” que es la denominación que usamos todos (M44. Entrevista a médico/a n°6 - ginecólogo/a y sexólogo/a)<sup>42</sup>.

Aparte de los efectos patologizantes que produce el uso del diagnóstico “Disforia de género” señalados por González-Polledo, (2010), Missé y Coll-Planas (2010), Suess (2014) y Suess Schwend (2016), entre otros, propongo pensar su uso como una manera producir una historicidad médica y un sexo biológico sustantivo según parámetros cisnormativos.

Al utilizar el diagnóstico “Disforia de género” se introduce en las biografías médicas plasmadas en las historias clínicas una marca temporal que organiza los procesos de salud, enfermedad y atención en un antes y un después del parteaguas dado por la transición. La historia clínica y el modo en el que se registra y organiza la información médica, conforman una red de conexiones que dan forma y sustrato a las biografías médicas en términos cisnormativos.

Asimismo, a través del uso de este diagnóstico, médicos y médicas dan curso a un sistema de referencias o códigos semióticos y performativos, a través de los cuales se separa y encapsula a la identidad de género y al sexo biológico como realidades distintas e independientes. De este modo se salvaguarda el registro del

---

<sup>40</sup> Como ya señalamos en distintas ocasiones a lo largo de la tesis, la Ley de Identidad de Género, sancionada en 2012 en Argentina, garantiza la disponibilidad de tratamientos hormonales y quirúrgicos que se utilizan para modificar distintas características sexuales de los cuerpos de las personas que así lo requieran.

<sup>41</sup> Se refiere al “Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales” emitido por la Asociación Estadounidense de Psiquiatría. Para más información puede consultarse en: <http://www.bibliopsi.org/docs/DSM%20V.pdf> [Último acceso: 22/6/19].

<sup>42</sup> Esta entrevista fue realizada en el 2014, dos años después de la sanción de la Ley de Identidad de Género.

supuesto sexo biológico “original” en tanto información médicamente relevante. En una historia clínica así configurada el diagnóstico opera como una especie de llamada o alerta que advierte sobre la existencia no tan real del sexo consignado en la parte registral de la historia clínica. Pues, aunque en el ítem “sexo” se consigne el sexo que el o la paciente manifiesta, al colocar este diagnóstico, el poder de veracidad del sexo estipulado al principio de la historia clínica se desinfla, pierde poder de realidad y se desdibuja su potencialidad ontológica.

Parafraseando a Savransky y Rosengarten (2016), la medicina trata con los cuerpos como si estos se conformasen por una naturaleza sexual sencilla, transparente, incluso mecánica, posponiendo o pasando por alto la complejidad empírica, práctica, social, económica, cultural y biológica que los compone. Lejos de remitir a una característica o esencia propia de los cuerpos, el sexo como dato y materia ontológicamente unívoca es resultado de los efectos de los distintos tipos de quehaceres médicos, entre ellos la exploración semiológica y el llenado de la historia clínica. Pues, tal como señala Serano (2016), el proceso de distinguir entre hombres y mujeres no es una tarea pasiva.

Cuando se trata del registro de personas cis que tienen una expresión de género acorde al sexo asignado, el llenado de la historia clínica funciona de manera casi invisible, como un engranaje más de los muchos quehaceres que moldean a los cuerpos. Cuando se trata del registro de personas trans, el llenado de la historia clínica configura una especie de batalla ontológica en la que el quehacer médico lleva la ventaja. Pues, lejos de revisar lo que *a priori* se concibe por sexo, así como las prácticas de abordaje clínico que se organizan a partir de éste, el ítem “sexo” se completa, ya sea incorporando marcas como el diagnóstico “Disforia de género” que lo producen como menos verdadero y natural o, inclusive, negando cabalmente los procesos de nominación y/o modificación corporal, es decir, la existencia particular del sexo y del cuerpo de la persona que consulta.

### **El sexo, el género y la sexualidad como datos de investigación médica**

En lo que queda de este apartado quisiera enfocarme en el análisis de las relaciones entre el sexo, el género y la sexualidad y los planteos, puesta en práctica y resultados preliminares de dos investigaciones médicas. La primera, de carácter clínico, llevada a cabo por un equipo interdisciplinario que sostiene un servicio especializado en el abordaje de la salud transicional de personas trans en un

hospital; la segunda, de revisión bibliográfica, fue realizada por un equipo médico dedicado a la sexología. Para comenzar el análisis, cito a continuación fragmentos de una entrevista y de una presentación en una conferencia médica:

Empezamos a pensar en esta línea de investigación por iniciativa de dos de los médicos fundadores del equipo. La pregunta surge de pensar si era importante o no la influencia del tratamiento hormonal prolongado en las funciones cognitivas de los y las pacientes. Nosotros, en el servicio de Neurología, hacemos desde hace más de 10 años evaluaciones neurocognitivas. En este caso, iniciamos la investigación a partir de tres entrevistas y cuestionarios con los que intentamos evaluar capacidades o funciones como la atención, memoria, concentración, lenguaje, las habilidades viso faciales. Además, tenemos en cuenta otras cosas que tienen que ver con estados afectivos y conductuales. Ahora, específicamente, estamos investigando acerca de la posible influencia de las hormonas en la cognición (M70. Médico/a especialidad complementaria en jornada médica).

En eso está trabajando un grupo específico del Hospital. Estamos en la primera parte que es la evaluación que se llama "basal". Son pacientes que vienen sin haber iniciado el tratamiento hormonal. Después, a los 6 meses o al año de haber comenzado el tratamiento hormonal cruzado, que es cuando ya tienen valores normales del sexo reasignado, bueno, ahí se evalúa de nuevo, ya bajo tratamiento, ¿no? Lo que buscamos es evaluar si se produce alguna modificación en la esfera cognitiva. Están descritas, digamos, hay cuestiones que están descritas desde hace mucho tiempo respecto a las capacidades diferentes que tiene el varón y la mujer en relación con sus hormonas. El varón, por la acción de la testosterona, tiene como más desarrollada la capacidad de orientación viso-facial, o sea, si va a dar vuelta por la calle con un auto y es mucho más probable que un tipo sepa para dónde está yendo, el camino correcto y que una mujer se pierda. Esos son estudios viejos que están bien, digamos, que están descriptos. No todas las hormonas sexuales son iguales. La progesterona, por ejemplo, tiene determinadas acciones sobre efectos de memoria, por eso las mujeres tienen más desarrollada la capacidad de habla, ¿no? Lo que queremos en la investigación es comprobar si hay alguna modificación a lo largo del tratamiento. Todavía no sabemos porque recién ahora se va a evaluar a pacientes que ya tienen tiempo de tratamiento hormonal cruzado (M59. Entrevista a médico/a nº22 - especialidad complementaria).

Tal como se manifiesta en los documentos recién citados, el planteo de estas investigaciones presupone la existencia de ciertas diferencias de un orden cognitivo y hormonal que caracterizaría de manera regular, permanente y trascendente, es decir, independientemente de otras variables y contextos, a los hombres y las mujeres. Retomando lo que señalan Savransky y Rosengarten (2016), resulta llamativo el reduccionismo que supone. Los niveles de las hormonas sexuales identificados de manera binaria conformarían, junto con ciertas aptitudes cognitivas y conductuales, mecanismos simples y regulares en los que el primer engranaje determinaría el funcionamiento del segundo.

El planteo hipotético que esta investigación pretende demostrar consiste en la relación causal entre los niveles y las características funcionales de las hormonas “femeninas” y “masculinas” y las capacidades cognitivas propias de mujeres y hombres. Lejos de desmontar los binomios naturaleza/cultura, sexo/género, femenino/masculino, estas investigaciones formatean a la naturaleza, específicamente al sexo biológico, como materia tan manipulable y modulable como determinante, pues se asume que sus características determinan rasgos del género, es decir, de lo femenino y lo masculino. Al moldear los niveles hormonales de “hombres” y “mujeres” como mensurables e intercambiables y a los mecanismos de cognición, ubicación y habla como directamente regulados por esos niveles hormonales, la medicina se edifica a sí misma como un saber-hacer capaz de conocer, asir, controlar y transformar esas realidades supuestamente unívocas. Para ello, lo único que debe modificar es la variable que determina, en este caso, serían los niveles hormonales:

Comenzar con los tratamientos hormonales cruzados, en general, baja bastante la ansiedad. Porque cuando inician el tratamiento es como que avanzaron un paso, es como que se abren más expectativas. Y eso lo viven en forma positiva. Y la otra cosa es que las hormonas actúan sobre el carácter, modifican el carácter. En general a las trans mujeres lo que les pasa es que están más emotivas, por ahí con tendencia mayor al llanto, a la emotividad y los trans varones es como que estabilizan más el carácter. Una vez, en una consulta, estábamos cuatro residentes mujeres y yo atendiendo a un chico trans, el paciente había empezado el tratamiento con testosterona. Yo pregunté “¿qué tal?, ¿cómo estas?”, “bárbaro, estoy menos estúpido”. Las cuatro mujeres se pusieron como locas: “gracias por la parte que me toca”, le dijeron. Escuchame, se sintieron ofendidas, yo me mataba de risa, fue muy gracioso, estuvo muy divertido (M60. Entrevista a médico/a nº23 - especialidad complementaria).

Tal como se señala en el fragmento de la entrevista que cito a continuación, esta investigación no sólo se propone demostrar la relación causal entre las hormonas sexuales y las características cognitivas señaladas, sino también la causalidad de las hormonas y la predisposición a ciertas enfermedades autoinmunes según el sexo:

Hace más de un año y medio que comenzó la investigación, no conozco los últimos resultados. Pero sí, consiste en aptitudes cognitivas, pero también en el registro de ciertas características o tendencias inmunológicas, porque hay determinadas enfermedades que son inherentes al género, por ejemplo, el Lupus o la artritis reumatoidea son más de tendencia femenina. Entonces la idea de la investigación es ver qué pasaría si cuando vos cruzas las hormonas y, por ejemplo, a un varón biológico le empezás a dar estrógenos, la idea es ver si modifica la tendencia a desarrollar este tipo de enfermedades autoinmunes.

Pero la línea con la que más de avanzó, porque esta otra es una investigación más a largo plazo, es la que se enfoca en cuestiones neurocognitivas. Ahí se estaba trabajando en conjunto con el equipo de neurología, tomando determinados “test” antes de empezar el tratamiento y volviendo a evaluar a esos mismos pacientes seis meses o un año después a ver qué iba pasando (M43. Entrevista a médico/a nº5 - ginecólogo/a y sexólogo/a).

Tal como se señala en distintas investigaciones, el Lupus y la Artritis Reumatoidea son consideradas enfermedades “raras” o “poco frecuentes”<sup>43</sup>. Estas mismas investigaciones señalan también que si bien la prevalencia es mayor en mujeres que en hombres cis no se ha identificado una causa fisiológica que lo explique.

La investigación que analizo insiste con la diferencia sexual como variable que determina el funcionamiento de ciertos mecanismos fisiológicos, en este caso, los que producirían el desarrollo de enfermedades autoinmunes. A diferencia del planteo propuesto en relación con las aptitudes cognitivas y conductuales, se borran los efectos del género. ¿Acaso no podríamos suponer que el desarrollo, así como la frecuencia diferencial de estas enfermedades, podría relacionarse también, por ejemplo, con la desigualdad salarial, la división desigual del trabajo doméstico, la violencia de género, entre otras dimensiones? Resumiendo, el diseño y la implementación de esta investigación clínica organiza los procesos que pretende investigar a partir de los binomios biológico/social, sexo/género, femenino/masculino y, simultáneamente, supone y produce una serie de conexiones lineales y causales: que el sexo determina hormonas femeninas y masculinas, que las hormonas determinan conductas y capacidades y que el sexo se relaciona con la predisposición al desarrollo de enfermedades autoinmunes.

Por último, quisiera analizar brevemente la propuesta de una investigación de revisión bibliográfica en relación con las conexiones entre el sexo, las hormonas y la sexualidad. Para ello, a continuación, voy a citar el fragmento de un artículo en el

---

<sup>43</sup> Según el Grupo de Estudio de Artritis Reumatoidea de la Sociedad Argentina de Reumatología la prevalencia de esta enfermedad no supera los 3 casos en 1000 personas en mujeres y los 0,6 en la misma cantidad de hombres. Para más información puede consultarse en: <http://www.reumatologia.org.ar/userfiles/image/guias-practica-clinica/Guia-SAR-2008.pdf> [Último acceso: 20/6/2019].

Según la Sociedad Argentina de Pediatría, en este país se diagnostican anualmente 5 casos de Lupus por millón de niños/as. Para más información, puede consultarse en: [https://www.sap.org.ar/docs/comunidad/comu91\\_lupus.pdf](https://www.sap.org.ar/docs/comunidad/comu91_lupus.pdf) [Último acceso: 20/6/2019].

Según la Federación Argentina de Enfermedades Poco Frecuentes, el Lupus forma parte de las enfermedades cuya prevalencia en la población es igual o inferior a una en dos mil personas. Para más información puede consultarse: [http://fadepof.org.ar/downloads/Informe\\_EPOF\\_ARG\\_FADEPOF\\_2018\\_final.pdf](http://fadepof.org.ar/downloads/Informe_EPOF_ARG_FADEPOF_2018_final.pdf) [Último acceso: 20/6/2019].

que se “describe” la relación entre el llamado sistema “neuroendócrino” humano y la conducta sexual de hombres y mujeres cis:

Mujeres y varones han demostrado ser receptivos a estímulos hormonales mostrando no sólo cambios en la conducta sexual sino aún en la propia biología de su ciclo sexual. Nuestro sistema neuroendócrino es capaz de producir feromonas, que para los humanos tienen como única misión afectar el comportamiento sexual y posiblemente contribuir a la atracción del sexo opuesto tanto como establecer una selección de una pareja genéticamente adecuada a nuestros genes. Las feromonas permitirían a las mujeres con OVN [Órgano Vomeronasal] desarrollados seleccionar a aquellos varones con antígenos del complejo mayor de histocompatibilidad diferentes al suyo propio. También las feromonas podrían tener un papel de afianzamiento de la pareja sexual haciendo los encuentros coitales más estables, el menos durante los primeros meses de las relaciones (M118. Mazza, Rodríguez Baigorri y Rege, 2010).

Esta cita proviene de un artículo que forma parte de una compilación de escritos firmados por médicos y médicas referentes en el campo de la medicina sexual local. Su planteo supone la descripción de una serie de mecanismos de producción, emisión y recepción de estímulos hormonales que llevarían a hombres y mujeres cis a poner en práctica ciertas conductas no sólo sexuales sino también relacionales. Pues no se trata sólo de los mecanismos que intervienen en la excitación sexual sino también en la frecuencia y duración de los encuentros sexuales, llamados “encuentros coitales estables”. ¿Podríamos hablar de la producción de una “fisiología de la heterosexualidad”? Volveré sobre este punto al final del próximo apartado.

## **2. El sexo y la(s) diferencia(s) sexual(es) en los campos de la ginecología, urología y sexología médica**

Como vimos en los primeros capítulos de la tesis, los campos y objetos clínicos, así como las habilidades clínicas y terapéuticas de la ginecología, urología y de la sexología médica se definen y organizan en una estrecha relación con lo que moldean como sexo y sexualidad. Por ejemplo, el campo de acción de la ginecología se define por el abordaje de “la salud integral de la mujer”. Esa definición, tal como se analizó en el primer capítulo, conlleva una serie de encadenamientos tácitos de amplificación y reducción. Pues, equipara ciertas características genitales y capacidades reproductivas con lo que se presupone que es “la mujer”, al mismo

tiempo que se reduce a la llamada salud integral de las mujeres cis a los procesos de salud y enfermedad vinculados a sus órganos reproductivos.

Por su parte, el campo de la urología, especialidad médico-quirúrgica, se define por el abordaje tanto de “las patologías urológicas que afectan a hombres y mujeres” así como por la atención a las afecciones que atañen al “aparato sexual del varón”. Esta especialidad identifica y delimita lo que compete a la llamada función urinaria, así como a los órganos que intervienen en ella. A diferencia de la ginecología, sus quehaceres clínicos no se orientan tanto a lo preventivo sino a lo curativo.

Por último, la sexología médica se define por el abordaje de las llamadas disfunciones sexuales y por orientar sus habilidades clínicas y terapéuticas a la resolución de éstas. Como vimos en el capítulo tres, la sexología médica asume que la función sexual normal es distinta, pero de alguna manera complementaria, en hombres y mujeres cis. Dicho de manera sucinta, para los primeros consiste en la capacidad de alcanzar erecciones que les permitan llevar adelante relaciones sexuales de penetración vaginal, mientras que para las mujeres consiste en lograr niveles de excitación que les permitan ser penetradas.

Cada una de estas tres especialidades produce de manera particular los límites y las características de lo que se entiende por sexo biológico y, como vimos también, lo que se trata como sexualidad. La producción de la diferencia sexual no se trata del establecimiento de dicotomías estancas sino de la permanente producción de contrastes específicos entre lo femenino y lo masculino (Strathern, 1980).

Como señala Law (2015), las prácticas y métodos singulares de cada una de estas especialidades se incrustan y entrelazan dando forma a sus objetos clínicos. Las singularidades de los modos en los que la ginecología, urología y sexología médica moldean al sexo biológico y a la sexualidad, ya sea como parte de los procesos corporales con los que tratan o como objetos clínicos, no son indiferentes a las estrategias de abordaje y tratamiento que se ponen en juego en los consultorios, sino que les dan forma. Retomando los aportes de Barad (2007) los objetos clínicos no existen como tales por fuera de las prácticas que los constituyen.

### **Las conexiones, desconexiones y reconexiones ginecológicas**

Voy a comenzar por el análisis de la ginecología. Me pregunto, por ejemplo, ¿cuál y cómo es la relación entre la producción del llamado sexo femenino y lo que se define por “la salud integral de la mujer”? A continuación, voy a citar un fragmento

del programa de la materia Ginecología de la Carrera de Medicina de la Universidad de Buenos Aires (en adelante UBA) y luego el fragmento de una entrevista realizada a un o una estudiante. Me interesa indagar en el modo en el que esta materia establece las características del campo ginecológico, así como las competencias médicas propias de esta especialidad en relación con la formación médica en general:

**Fundamentación:**

El pasaje del estudiante por Ginecología es una de las únicas oportunidades en el plan de estudios, en el que el futuro médico podrá desarrollar actitudes profesionales, habilidades clínicas y áreas de conocimiento relacionadas específicamente a la mujer y a su salud sexual y reproductiva. Por este motivo, es de suma importancia que, durante este período, el estudiante se capacite en el cuidado de la salud de la mujer durante todo su ciclo vital, dentro del contexto social e histórico, focalizándose en la prevención, la detección precoz, el acompañamiento en la rehabilitación, y en el reconocimiento oportuno de aquellas situaciones que requieran derivación a un/a ginecólogo/a especialista. (...).

**Áreas de conocimiento:** Se espera que los estudiantes: (...)

- Reconozcan los determinantes socio-ambientales que inciden en la salud de la mujer.
- Explique los cambios anatómicos y fisiológicos en las distintas etapas de desarrollo de la mujer. (...)
- Comprendan las formas de prevención del embarazo no deseado y desarrollen la consejería en salud sexual y reproductiva.
- Conozcan los derechos sexuales y reproductivos y las leyes que garantizan su ejercicio. (...). (M6. UBA, FMed, Dto de Tocoginecología, 2014).

Hace poco tuvimos una clase de la materia Ginecología, allí nos hicieron una introducción de los aspectos que se tienen que tener en cuenta en una consulta de ginecología general: la fecha de la primera menstruación o por lo menos la edad en la que fue, si tiene pareja estable, si utiliza métodos anticonceptivos, ver cuáles, si se trata de una paciente menopáusica cuándo fue su última menstruación, si estuvo embarazada, cuántos de esos embarazos nacieron y cuantos terminaron en aborto y cuántos fueron partos, si tuvo problema en alguno de los partos, cómo fueron los embarazos. Hay pacientes que se ponen muy hipertensas en los embarazos, entonces esos datos te interesan sobre todo si la paciente tiene riesgo de volver a quedar embarazada. También hay mujeres a las que no les pasan nada, si vos tenés una mujer que lleva adelante embarazos sin riesgos ni siquiera ecografía le tenés que hacer, la atendés en la salita, porque el cuerpo está preparado (M37. Entrevista a estudiante nº14).

Al analizar distintos programas de algunas de las tantas materias que conforman el plan de estudios de la Carrera de Medicina de la UBA, podemos afirmar que la producción de la diferencia sexual es una constante. Se pueden mencionar, por ejemplo, las descripciones anatómicas de la pelvis femenina y masculina, las diferencias en el desarrollo embrionario el cual “normalmente” pasa por un proceso

de “masculinización” o “feminización”, las diferencias entre las hormonas femeninas y masculinas descritas en el programa de la materia Fisiología y Biofísica, las diferencias en el abdomen y los órganos que allí se alojan cuyo reconocimiento, según el programa de Cirugía, es fundamental. ¿Por qué entonces la Ginecología, una de las últimas materias que se cursa en la Carrera, se presenta como una de las “pocas instancias” en la que los y las estudiantes desarrollan actitudes, habilidades y conocimientos específicos en relación con “la mujer”?

Al decir de Haraway (2004), sugiero que cada materia traza un mapa semiótico-material del cuerpo elaborando su propia diferencia sexual. Lo que en relación con la ginecología se conforma como la “salud de la mujer” se vincula, a veces de modo más directo, parcial o solapado con los modos en los que se configura la diferencia sexual, por ejemplo, en los programas de Anatomía o Fisiología. ¿Cuáles y cómo son las conexiones que traza la ginecología en la producción de su objeto clínico? Para esta especialidad, “la mujer” no es de la sumatoria de cromosomas, valores de laboratorio, predisposición a ciertas enfermedades, hormonas y/o genitales. En el mapa ginecológico, “la mujer” es el resultado del entrelazamiento entre ciertas características corporales con el entorno o ambiente en el que tienen lugar los procesos relacionados a su salud sexual y reproductiva, con la presencia o no de una pareja estable, con su desarrollo organizado en etapas o ciclos vitales diferenciados por aquello que en el capítulo primero llamé “hitos clínicos”, con la anticoncepción, con las prácticas de salud identificadas como preventivas, con el cuidado como responsabilidad así como con los espéculos, cuellos de útero y los llamados controles ginecológicos.

La producción de una naturaleza corporal femenina como sinónimo de sus capacidades reproductivas, es el resultado del permanente establecimiento de múltiples conexiones semiótico-materiales, tarea que la ginecología desempeña laboriosamente. Parafraseando a Latour (2013), podríamos decir que la “salud de la mujer” en tanto objeto clínico de esta especialidad, lejos de englobar procesos corporales naturales, dados y autoevidentes, son resultado de la puesta en marcha de políticas públicas, prácticas médicas, métodos anticonceptivos, equipos de salud, etc. que la moldean y estabilizan como tal.

## **La urología y sus conexiones disímiles con los aparatos urinarios y sexuales**

En lo que sigue, quisiera analizar algunos aspectos de la relación de los quehaceres de la urología con la producción del sexo y la diferencia sexual. Como vimos en el capítulo dos, lo quirúrgico guarda un lugar central entre los quehaceres urológicos. Asimismo, la habilidad quirúrgica de urólogos y urólogas se orienta principalmente hacia la atención y resolución de cuadros circunscriptos y puntuales. A diferencia de la ginecología, para la urología los quehaceres orientados a la prevención no son centrales. Otra diferencia entre estas dos especialidades es que, aunque buena parte de los quehaceres de la urología están orientados a los hombres cis, ésta disciplina no se especializa en uno de los dos “sexos” si no que está dirigida a cualquier consultante que tenga alguna inquietud respecto al aparato urinario.

El quehacer urológico se relaciona con la producción de la diferencia sexual principalmente en términos y escalas anatómicas. Cito a continuación fragmentos del programa de la materia Anatomía de la Carrera de Medicina de la UBA y luego de una entrevista realizada a un o una estudiante de medicina:

### **Anatomía humana normal – Programa analítico**

[...]

#### **Pelvis y genital masculino**

- Explicar las diferencias de sexo en la anatomía del esqueleto pélvico y su cambio durante el desarrollo.
- Describir la importancia funcional de la musculatura del suelo pélvico, la constitución de su línea media, y de las estructuras que pasan a través de él en el varón.
- Describir la anatomía de la uretra en el varón en relación con la continencia y la cateterización.
- Describir la anatomía del escroto, testículos y epidídimo con relación a la torsión testicular.
- Describir la estructura y relaciones del cordón espermático y del conducto deferente.
- Describir la anatomía prostática, de las vesículas seminales y sus relaciones anatómicas.
- Describir la innervación de los mecanismos implicados en la erección del tejido cavernoso y la eyaculación masculina.

#### **Pelvis y genital femenino**

- Explicar las diferencias de sexo en la anatomía del esqueleto pélvico y su cambio durante el desarrollo.
- Describir la importancia funcional de la musculatura del suelo pélvico, la constitución de su línea media, y de las estructuras que pasan a través de él en la mujer.
- Describir la relación de la uretra en la mujer en relación con la continencia y la cateterización.

- Describir la posición y la forma de: los ovarios, las trompas uterinas, útero, cuello del útero y la vagina, y sus relaciones anatómicas, incluidas las cubiertas peritoneales.
- Describir los cambios que ocurren en el útero y en el cuello uterino con el embarazo.
- Describir el origen, la evolución y las ramas de los nervios pudendos y los sitios de bloqueo del nervio durante el parto.
- Describir la estructura del clítoris y la vulva (M2. UBA, Fmed, Depto Anatomía, 2015).

En la materia Urología vimos cuestiones relacionadas al cáncer, las obstrucciones, infecciones del sistema urinario. Nunca nos dijeron, “bueno, ahora vamos a ver cómo se relaciona con el sexo”, pero de un modo u otro siempre aparecía, sobre todo el sexo masculino, porque los genitales masculinos son también en su mayoría, los órganos del sistema urinario. En el caso de las mujeres no vemos lo sexual sino sobre todo el tema de las infecciones urinarias recurrentes (M36. Entrevista a estudiante nº13).

Un primer punto que quisiera analizar en este apartado son las vinculaciones complementarias o yuxtaposiciones entre los quehaceres de la anatomía, cirugía y urología y sus efectos productivos sobre los cuerpos que supuestamente describen y tratan. Como señalamos arriba, a diferencia de la ginecología, en el abordaje clínico de la urología no se realizan tantos esfuerzos por vincular los cuadros patológicos que se intenta resolver con el entorno en el que estos tuvieron lugar. Por el contrario, para la urología es central la delimitación de los cuerpos como unidades en sí o, mejor dicho, como una sumatoria de “aparatos” y “funciones”. El objeto de la urología consiste principalmente en la atención del aparato urinario de hombres y mujeres cis y en el caso de los hombres cis, del aparato urinario y del llamado aparato sexual. No es la región genital, sino la función urinaria, que en el caso de los hombres cis se yuxtapone con la sexual, la que conforma su campo clínico específico. En el caso de las mujeres cis, como vimos, los conductos y órganos sexuales y reproductivos están en manos de la ginecología.

La diferencia sexual en tanto diferencia anatómica no se trata sólo de la superposición o no entre los aparatos urinarios y sexuales. También consiste en diferencias en el largo de la uretra, es decir, la distancia del orificio externo de la uretra en relación con la vejiga, y en la posición, dada especialmente por la distancia entre el ano y el orificio externo de la uretra. Esas diferencias anatómicas, tal como se ve en las citas de artículos que siguen a continuación, explicarían la mayor prevalencia de infecciones urinarias en mujeres que en hombres cis durante parte de la juventud y la adultez:

Los microorganismos pueden llegar a las vías urinarias por diseminación hematológica o linfática, aunque hay abundantes datos clínicos y experimentales que demuestran que el ascenso de microorganismos desde la uretra es la vía más frecuente que produce IU (infecciones urinarias), especialmente por microorganismos de origen intestinal (es decir, *Escherichia coli* y otras enterobacterias). Esto ofrece una explicación lógica de la mayor frecuencia de IU en las mujeres que en los varones y del mayor riesgo de infección después de un sondaje o instrumentación vesical (M14. Grabe et. al., 2010).

Las IU en la mujer son un frecuente motivo de consulta. Aproximadamente el 25 al 35% de las mujeres de entre 20 y 40 años han tenido algún episodio de IU durante su vida. La mayoría se produce en mujeres con tracto urinario y función renal normales.

Durante el primer año de vida, las mujeres y los hombres tienen un riesgo similar de desarrollar IU. Las diferencias entre ambos sexos se incrementan, especialmente entre los 16 y 35 años, cuando el riesgo es 40 veces mayor en las mujeres. Los hombres mayores de 60 años tienen un mayor riesgo de sufrir IU debido a la hiperplasia prostática, equilibrándose el riesgo durante la tercera edad. [...]. La correcta categorización de las IUs es la clave del manejo de estas (M149. SADI, SAU, SAM, SADEBAC, SOGIBA, 2006).

Tal como se la presenta en estos documentos, la vinculación entre las uretras y los agentes etiológicos causantes de las infecciones parece ser ajena, o por lo menos distante, a los hábitos de higiene, tipo de relaciones sexuales, alimentación y estilo de vida en general. Se trata principalmente del largo y la posición de las uretras, parámetros que cambian según la etapa vital de cada cuerpo. En el caso de los y las recién nacidos, el largo de las uretras es similar por lo tanto también su “riesgo” de infección. Este escenario cambia notablemente durante la adolescencia y parte de la adultez. Allí se manifiestan en todo su esplendor las diferencias anatómicas que predispondrían a las mujeres cis a las infecciones urinarias. Avanzada la adultez y el proceso de desgaste corporal propio del envejecimiento se produce el llamado crecimiento o agrandamiento prostático benigno. Este proceso suele generar una serie de modificaciones en el aparato urinario/sexual de los hombres cis equilibrando la predisposición a este tipo de infecciones. Entonces, si tomamos al pie de la letra las definiciones del campo urológico y sus competencias, no cabrían dudas de que las mujeres cis, “naturalmente” más propensas a las infecciones urinarias, serían pacientes usuales de los consultorios urológicos. Sin embargo, tal como se señala en la entrevista que cito a continuación, esto no sucede así:

ENTREVISTADORA: ¿En qué consisten las infecciones urinarias?

MÉDICO/A: En general las infecciones urinarias están asociadas a las

mujeres, especialmente por factores anatómicos y fisiológicos, que, a diferencia del hombre, no tienen. Entonces son las que primero van a concurrir. Después de los 50 años, la próstata, al crecer, genera que el hombre iguale o supere a la mujer en los episodios de ITU [Infecciones del Tracto Urinario]. Las mujeres vienen mucho por las infecciones del tracto urinario recurrente, es decir, las infecciones que se suceden varias veces a lo largo de un año.

ENTREVISTADORA: Y las mujeres, en caso de infección urinaria, ¿vienen al urólogo, o preferentemente se atienden con el ginecólogo?

MÉDICO/A: Normalmente, lo que ocurre es que se tratan con su ginecólogo, y cuando se ve que son dos o tres episodios donde ya el antibiótico no hace efecto, la paciente se queja, o ya es más grave, recién vienen al urólogo. O sea, normalmente nosotros no nos encontramos con la paciente virgen de tratamiento, sino que ya pasó por varias opiniones y tratamientos de otros profesionales (M49. Entrevista a médico/a n° 12 - urólogo/a).

Como vimos, la urología establece que las diferencias sexuales anatómicas, sujetas a la edad, al proceso de desarrollo y de envejecimiento, conforman una dimensión que guarda una relación causal con la prevalencia de infecciones urinarias. Las diferencias entre los aparatos urinarios de hombres y mujeres cis adultos son moldeadas como algo ajeno a cualquier otro tipo dimensión, ya sea contextual o social, conformándose como la causa principal de la prevalencia diferencial de infecciones urinarias. De esta manera, las mujeres cis naturalmente tenderían a sufrir infecciones en el tracto urinario con mayor prevalencia. Sin embargo, tal como se señala en la última cita, eso no las hace pacientes asiduas de los consultorios urológicos.

¿Cómo se relacionan estas formas de entender la relación entre los cuerpos y las infecciones urinarias con los quehaceres clínicos de la urología? Tomando lo que se indica en la entrevista citada, las mujeres cis llegan a los consultorios urológicos cuando han fallado los tratamientos que previamente les fueron indicados en otras consultas como las ginecológicas. Podríamos suponer que las mujeres cis moldean a los cuadros de infecciones urinarias en otro tipo de entramado práctico. Quizás para ellas, la emergencia de estos tipos de cuadros no sea tan ajenos a otras dimensiones de la vida y la salud, como las prácticas sexuales y las prácticas de cuidado en general. Quizás las afecciones que tienen lugar en la zona genital no sean tan distinguibles entre urinarias y ginecológicas. Quizás, el hecho de que la ginecología se articule como una especialidad de cabecera y de asistencia regular suponga mayor cercanía y afinidad para consultar por este tipo de malestares. Al llevar sus malestares urinarios a la consulta ginecológica, las mujeres cis desbordan la frontera que la división disciplinaria entre lo urológico y lo ginecológico de la

medicina establece en relación con la organización de los servicios, pero también con relación a sus cuerpos.

### **La afinidad productiva entre la sexología médica, mecanismos fisiológicos y la heterosexualidad**

En lo que sigue, voy a analizar los modos en los que los quehaceres de la sexología médica se relacionan con la producción del sexo, la diferencia sexual y, especialmente, con la sexualidad. Específicamente voy a centrarme en el análisis de lo que la sexología médica trata como mecanismos de la excitación, en tanto parte de las etapas que constituyen la llamada respuesta sexual. Estos mecanismos suponen una serie de reacciones fisiológicas consecutivas que tendrían lugar en los cuerpos de los hombres y de las mujeres cis de manera tan regular como disímil. Una de las preguntas que me hago en este apartado se relaciona como las formas en las que el heterosexismo regula normativamente los quehaceres sexológicos. Pues, como veremos, la manera en la que se organiza el funcionamiento fisiológico de la respuesta sexual no es independiente de su supuesto fin, es decir, coito vaginal cis heterosexual.

Como vimos en el capítulo tres de esta tesis, tanto las características del campo de la sexología médica, de las llamadas disfunciones sexuales como objetos clínicos, así como de sus estrategias de abordaje, se relacionan con la disponibilidad y uso de herramientas farmacológicas y terapéuticas. Asimismo, hemos analizado las formas en las que categorías como “respuesta sexual” y “función sexual”, que esta especialidad emplea para describir los mecanismos que regula e intenta optimizar, tienen efectos performativos no sólo en la organización de las prácticas médicas sino también de los procesos que describe. Por eso las he llamado “artilugios ontoepistemológicos”. Estos artilugios o artefactos son parte fundamental de los entramados prácticos, materiales y simbólicos con los que la sexología médica circunscribe y da forma a la sexualidad humana. Uno de los objetivos de este apartado es rastrear las conexiones que la sexología médica traza con el campo de la fisiología en la conformación de un mecanismo sexual ontológicamente regular, propio de una supuesta biología humana binaria y de características trascendentales. Para ello, voy a comenzar citando el fragmento de una publicación realizada en la página web de un reconocido sexólogo clínico:

**La fase de la excitación:** La excitación se produce como resultado de la estimulación sexual que puede ser de origen físico o psíquico. Los estímulos eróticos son variados. Como consecuencia de relacionarse con estímulos sexuales, y de tener una estimulación sexual, que puede ser física o psíquica, en el cuerpo ocurren cambios fisiológicos que consisten básicamente en una vasocongestión en el área genital (acumulo de sangre). HOMBRE: los principales estímulos son los visuales y la estimulación directa de los genitales. También la piel de las bolsas escrotales se alisa, y los testículos comienzan a elevarse y a aumentar ligeramente de tamaño. También se produce erección en los pezones. MUJER: los estímulos táctiles y la calidad de la relación con el compañero sexual, son los factores más importantes para desencadenar la fase de excitación. Lo primero que aparece es la lubricación vaginal. Además se expande el canal vaginal, los labios mayores se separan, y los menores se engrosan, y el clítoris aumenta de tamaño. También se produce la erección de los pezones, y un ligero aumento del tamaño del pecho. (...). Alcanzado el grado máximo de excitación (...) se produce una intensa vasocongestión en el tercio externo de la vagina, los labios menores se engrosan y tumefactan. Como resultado de esto, se estrecha la luz del introito. El clítoris se retrae en posición plana contra la sínfisis púbica. Esto es lo que se denomina "plataforma orgásmica" (M159. Kusnetzoff, s.f.).

Lo primero que quisiera señalar son los esfuerzos de la sexología médica por tratar a la llamada respuesta sexual como mecanismo en sí, mensurable, regular y, en tanto propio de la especie humana, universal. Como ya adelantamos, la excitación sexual conforma una de las etapas de la respuesta sexual que se desencadena frente a estímulos sexuales que pueden ser de orden físico y/o psíquico. En este esquema, podríamos decir que los estímulos sexuales derivados de nada menos que las prácticas sexuales que llevan a cabo las personas, se encastran con la respuesta sexual dándoles forma de engranaje fisiológico y, consecuentemente, naturalizando las prácticas sexuales cis heterosexuales.

Asimismo, tal como se señala en el documento anteriormente citado, tanto los estímulos sexuales como las respuestas fisiológicas asociadas a la excitación se organizarían por sexo del siguiente modo: frente a estímulos visuales y la estimulación directa sobre los genitales, "el hombre" experimenta cambios en sus testículos, la erección de su pene y en sus pezones. Por su parte, la excitación de "la mujer" se relaciona con estímulos táctiles y con "la calidad de la relación con el compañero sexual". Eso desencadenaría la lubricación y la expansión del canal vaginal, el engrosamiento de los labios menores, la separación de los mayores y el aumento del tamaño del clítoris, entre otros. En pocas palabras, podríamos decir que, el modo teleológico en el que la sexología médica organiza y trata la excitación sexual, consiste en la preparación de los cuerpos masculinos para penetrar y en los femeninos para ser penetrados.

La sexología médica vincula las particularidades de la excitación sexual de hombres y mujeres cis con características fisiológicas disímiles, organizadas también según los parámetros de la diferencia cissexual. Para seguir explorando las conexiones que la sexología médica traza con la fisiología, cito a continuación un fragmento de la sección endocrinológica del programa de la materia Fisiología y Biofísica de la Carrera de Medicina de la UBA, específicamente el apartado en el que se abordan las diferencias entre los llamados aparatos reproductores masculinos y femeninos:

**Sistema reproductor masculino y prolactina:** Anatomía funcional. Espermatogénesis. Espermograma. Andrógenos, tipos, origen, síntesis, transporte, efectos, mecanismos de acción y regulación de su secreción. Mecanismos de control de la secreción de gonadotrofinas. Fisiología sexual humana. Respuesta sexual masculina y sus mecanismos de regulación. Prolactina: secreción, mecanismo de acción y funciones. Regulación de la secreción de prolactina. Interferencia de la hiperprolactinemia en la función reproductora femenina y masculina.

**Sistema reproductor femenino, embarazo y parto:** Ovario. Estructura funcional: tipos celulares y sus diferencias funcionales. Hormonas que lo regulan y hormonas que secretan. Foliculogénesis y ciclo folicular ovárico. Ovulación. Cuerpo lúteo y luteólisis. Ciclo menstrual y sus variaciones hormonales. Determinación de los caracteres sexuales primarios y secundarios. Diagnóstico de ovulación. Endometrio: cambios durante el ciclo sexual femenino y menstruación. Relaciones hipotálamo-hipófiso-gonadal. GnRH, FSH: origen, control de su secreción y efectos. Evaluación del eje hipotálamo-hipófiso-ovárico. Determinación y diferenciación sexual. Pubertad. Climaterio. Menarca y menopausia. Período fértil. Embarazo: diagnóstico. Placenta y hormonas placentarias. Variaciones hormonales durante el embarazo. Cambios anatómicos y funcionales en la mujer embarazada. Mecanismo del parto. Glándula mamaria. Desarrollo. Glándula mamaria adulta. Efecto de las hormonas. Reflejo de succión (M4. UBA, Fmed, Depto de Ciencias Fisiológicas, 2016).

Si bien la sexología médica, en conexión con los procesos abordados desde la fisiología, universaliza la respuesta sexual ésta, como venimos viendo, es distinta en hombres y en mujeres cis. Moldeada en relación a un fin principalmente sexual y, quizás, secundariamente reproductivo, la fisiología de los hombres cis se configura como más simple, directa y eficaz. Por su parte y en relación con la sexología médica, la excitación femenina se conforma como compleja, profunda y más lenta que la de los hombres cis, dependiente de los estímulos sexuales provistos por éstos. Si bien, como vimos en el capítulos tres, la sexología médica no aborda la dimensión reproductiva, su quehacer se organiza principalmente en garantizar las condiciones para que las personas que consultan puedan llevar cabo relaciones sexuales de penetración vaginal, práctica sexual reproductiva por excelencia.

Recuperando lo que se señala en el último documento citado en el que se omite la respuesta sexual femenina pero se desarrolla con detalle lo reproductivo, podríamos pensar entonces, que la complejidad asociada a la excitación sexual femenina se relaciona de manera tácita con una fisiología naturalmente preparada para una función principalmente reproductiva y secundariamente sexual.

Los materiales que cito a continuación corresponden a dos exposiciones de médicos y/o médicas especializados en sexología realizadas durante una conferencia. A partir de los mismos intentaré profundizar en el análisis de los efectos normativos del género y de la heterosexualidad en los modos en los que la sexología médica da forma a la respuesta sexual, específicamente a la excitación sexual:

Durante mucho tiempo pensamos que tanto las mujeres como los hombres funcionábamos exactamente igual, hoy sabemos que eso no es así. Si bien es un chiste esto que dice de que la mujer se puede enamorar, es más corazón y el hombre va más a los bifos, más anatómico, digamos, más sexual [se muestra una imagen en la pantalla], es un poco así. Ahora bien, esto que se dice que las zonas erógenas se distribuyen en la mujer en todas partes del cuerpo y en el hombre solamente en el área genital, no es así. El hombre tiene muchas zonas erógenas pero lo que pasa es que en realidad también tiene un poco de verdad esto, si bien es un chiste, pero esto es lo que sucede en la relación sexual: el hombre le hace a la mujer lo que quiere que le hagan a él y la mujer le hace al hombre lo que quiere que le hagan a ella, y ahí es donde hay una falta de comunicación en la pareja. Entonces el hombre con un besito ya va directamente a la penetración, porque cree que eso es lo que a la mujer le gusta o porque es lo que a él le da satisfacción, cuando en realidad la mujer necesita mucho tiempo de estimulación previa de caricias, de besos, etc. antes de que exista la penetración vaginal (M62. Médico/a ginecólogo/a en jornada médica).

Hay muchos hombres que lo único que les interesa es el pene. Lo único que les interesa es, ni siquiera el pene, sino la rigidez del pene. Y eso le impide el juego. Y una mujer vive sexualmente del juego. Hay razones fisiológicas para ello. No es lo mismo llenar 30 centímetros cúbicos de sangre en un pene, cerrar la compuerta para conseguir que la sangre no retroceda y tener una erección que llenar tres veces más, o sea 90 centímetros cúbicos la pelvis inferior femenina. Por lo tanto, la mujer necesita, si me permiten la expresión franeloterapia, necesita caricias, chupada, mordida, cuanto más mejor, para alcanzar llamada la plataforma orgásmica. El hombre se equivoca fácil cuando tiene una erección rápidamente y quiere por eso meterla. Muchas mujeres, muchas mujeres se quejan de eso, y a veces ni se quejan, y se las ha titulado de anorgásmicas, o se las ha titulado de algo peor, de frías, cuando en realidad la inmensa mayoría de esas mujeres podrían alcanzar un orgasmo si se dedicara el hombre más tiempo a tocarla, a acariciarla, a calentarla. El que dice que la mujer quiere un pene duro adentro una hora y media es el macho. La mujer, a lo mejor quiere el pene, pero siempre, por delante quiere ser mirada, tocada, acariciada, mimada. La introducción del pene siempre es posterior, el macho lo que quiere primero es penetrar y después te amo, la mujer dice, primero amame y después vamos a ver si me penetrás o no (M61. Médico/a sexólogo/a en conferencia médica).

La equiparación de la sexualidad con la respuesta sexual conlleva la organización y reducción de la vida sexual de las personas a una serie de pasos que se orientan a un fin que se conoce de antemano: la penetración cis heterosexual y el orgasmo. En el marco de la sexología médica, lo que las personas hacen sexualmente se relaciona con mecanismos subyacentes y internos. Tal como señala Haraway (1995), no existen visiones científicas de los cuerpos no mediadas tanto por las posibilidades técnicas de acceso, como por los regímenes prácticos y visuales que organizan lo que se ve y cómo se ve. Y esos regímenes presuponen que la naturaleza sexual se organiza de manera binaria y complementaria en hombre/masculino y mujer/femenina.

Tal como señala Butler, la “heterosexualidad institucional exige y crea la univocidad de cada uno de los términos de género que determinan el límite de las posibilidades de género dentro de un sistema de géneros binario y opuesto” (2007, p. 80). Los quehaceres de la sexología médica no son ajenos a esa heterosexualidad institucional, así como la producción de la respuesta sexual tampoco lo es de la creación de univocidades binarias y opuestas. En efecto, sugiero que en la relación de la fisiología con la sexología médica da forma a una heterosexualidad somática, es decir, a cuerpos cuyo funcionamiento sexual naturalizado se organiza complementariamente en femenino y masculino. La heterosexualidad somática, lejos de ser un punto de partida, es el efecto o resultado de una trama específica de producciones ontológicas reguladas por normas cis heterosexuales.

A su vez, esa complementariedad no supone una distribución equitativa de las características y potencialidades entre hombres y mujeres. Acaso, ¿qué supone que una mujer “vive sexualmente del juego”?, ¿cómo son las “razones fisiológicas” de ello? ¿Es posible entender esa fisiología por fuera de los parámetros normativos que regulan la producción de lo femenino y lo masculino? A su vez, ¿qué supone la fisiología de reacción rápida y asertiva que caracterizaría a la respuesta sexual de los hombres cis heterosexuales? La relación de la sexología médica con los cuerpos de los hombres y las mujeres cis sedimenta en la distribución diferencial de la vulnerabilidad y la dependencia (las mujeres necesitan mimos y amor), así como de la potencialidad sexual (los hombres deben refrenarse para dar lugar a los tiempos y a la suavidad de las mujeres). Haciendo propias las palabras de Spillers (2000), la producción de la respuesta sexual binaria en términos cisheterosexuales supone una “metonimia mortal” ya que no sólo encorseta en un camino las múltiples

posibilidades sexuales que coexisten en nuestros cuerpos, sino que relega al silencio la pluralidad de experiencias sexuales que no se ajustan a los parámetros cis heterosexuales (Ahmed, 2018; Califia, 1993; Rubin, 1989; Stein, 2004; Vance, 1989).

### **3. La producción ontológica y la hospitalidad de los quehaceres médicos**

En este último apartado quisiera analizar los vínculos entre las producciones ontológicas y la hospitalidad de las prácticas médicas. Entiendo a la hospitalidad como un modo de hacer poroso, como la capacidad de apertura y afectación que tiene lugar en las relaciones. En este caso, me refiero a una capacidad latente, a veces activa, en los quehaceres médicos. A lo largo del apartado me pregunto por las posibilidades asociadas al agrietamiento de las fronteras que ubican a lo médico como el lugar del saber y el hacer y al paciente como quien ignora y recibe. Me pregunto también por la capacidad de la medicina no tanto para hacer preguntas, sino para escuchar respuestas. O sea, por las potencialidades que conllevan las prácticas médicas abiertas y permeables, susceptibles a configurarse en relación con los procesos con los que trata. En definitiva, me pregunto por las posibilidades de los quehaceres médicos de tomarse en serio a las realidades singulares de sus pacientes y por su capacidad para aprender de ellas.

Como vimos en numerosas ocasiones a lo largo de la tesis, las prácticas médicas suelen organizarse asumiendo la regularidad de los procesos con los que tratan. Su implementación conlleva objetivos y modos que se han determinado *a priori* y que se asumen válidos a pesar de las características singulares de las personas y los cuerpos en los que se ponen en práctica. Esta característica del quehacer médico es consustancial con la producción de sistemas, aparatos y mecanismos corporales que se moldean como transparentes y asibles por las prácticas médicas.

A lo largo de la tesis también he analizado algunos casos en los que las demandas de pacientes no se ajustan las características de los objetos clínicos y de los procedimientos que la medicina define de antemano. Vimos, por ejemplo, cómo las demandas de hombres trans producen el desacoplamiento de las competencias ginecológicas, es decir, de la potestad para realizar un PAP y un control mamario -si fuese necesario-, de los servicios de ginecología y cómo esas competencias se

disponen, en algunos casos, en relación con otros tipos de estrategias clínicas dando lugar al consultorio de “calidad de vida” o a los “consultorios amigables”. Vimos también cómo las mujeres trans se relacionan con la urología haciendo posible la producción quirúrgica, biológica y política de sus cuerpos. Las prácticas médicas y las ontologías corporales no son ajenas al funcionamiento normativo de las regulaciones sexo-genéricas. Muchos de los procesos analizados a lo largo de la tesis se han considerado atendiendo especialmente a esa dimensión.

Las transformaciones de las prácticas se deben a numerosas dimensiones. Su configuración no es ajena a las ontologías corporales con las que trata, ontologías que se configuran en prácticas socio-materiales concretas, como resultado, siempre provisional, “de las fuerzas que lo constituyen” (Esposito, 2011, p. 135). Si la medicina asume, trata y modela a los cuerpos como unívocos, regulares, homogéneos, susceptibles de conocer de antemano, difícilmente pueda alojar el ejercicio de prácticas hospitalarias, especulativas y porosas. Del mismo modo, si las prácticas se ponen en ejercicio según un procedimiento establecido *a priori*, difícilmente puedan dar lugar a la proliferación de ontologías múltiples, singulares, localizadas. Siguiendo con este razonamiento, es posible afirmar que un ejercicio hospitalario es lo contrario de un quehacer mecanicista. No obstante, no se puede definir lo hospitalario, en sí, de antemano. Pues, consiste en un modo, en un hacer abierto que se configura como tal en su puesta en práctica localizada y relación con otro.

Incorporar a nuestro análisis la cuestión de la hospitalidad supone, parafraseando a Viveiros de Castro (2014), traer el problema de las políticas ontológicas, es decir, de los modos en los que se producen las existencias y las realidades corporales, así como de las maneras en las que se organizan y relacionan entre sí. Supone un ejercicio de democratización entre lo uno y lo diferente, entre lo normal y lo anomal, entre lo más frecuente y lo menos frecuente. El desarrollo de prácticas hospitalarias en el quehacer médico posiblemente suponga un quehacer costoso, artesanal y lento. Pues se trata de una práctica que aprende y aprehende de las personas, corporalidades, procesos, decisiones con las que trata, un ejercicio de la mixtura, es decir, de la suspensión de los límites de lo que se concibe como interno y externo, como propio y ajeno (Coccia, 2017).

Tal como señala Lane (2018), se trata de desorganizar y reorganizar las relaciones entre lo médico y los pacientes en pos de dar lugar a una medicina capaz

de articularse a partir de las singularidades vitales de las personas con las que trata (Grzanka, DeVore, Gonzalez, Pulice-Farrow, y Tierney, 2018). En lo que sigue voy a analizar las prácticas médicas en relación con esta idea de hospitalidad. Primero, lo haré en torno a la conformación del sexo como dato originario de la biología corporal. Luego, en relación con la producción de jerarquías ontológicas, es decir, en su vínculo con realidades corporales que se asumen como más verdaderas y mejores que otras.

### **El sexo como origen y sus cierres**

En este apartado voy a analizar las relaciones entre el sexo como algo innato, es decir, como una característica originaria de los cuerpos y las aperturas y cierres de las prácticas médicas. A partir de lo analizado en los capítulos que anteceden a éste, me atrevo a decir que la construcción unívoca del sexo como origen se conforma como pilar fundamental del ordenamiento cis normativo de los cuerpos, pero también de los quehaceres médicos. Asumir que las personas nacemos siendo hombres o mujeres y que eso conforma una esencia indeleble de nuestras corporalidades, supone una aproximación reduccionista, esencialista y cissexual respecto de la naturaleza corporal (Serano, 2016) que tiene efectos en las maneras en las que se configuran y organizan los quehaceres de la medicina.

Tal como analizaré a partir de la entrevista que cito a continuación, cambiar o “readecuar” el sexo supone un estatus de existencia que carga con la marca de la copia y con la pérdida del valor propio de lo “original”:

Lo que necesitamos es saber realmente frente a quien estamos. O sea, para que no haya confusiones frente a lo que la persona es, porque por ahí viene una persona con cambio de género, o sea, que se hizo los tratamientos de readecuación sexual, y vos lo ves, y es un tipo, pero en realidad es una mujer, o lo ves y es una mina, pero en realidad es un tipo. O sea, a lo que voy, biológicamente, es que a eso un médico tiene que saberlo sí o sí porque no es lo mismo una persona que se hizo una operación de genitales, que tomó hormonas durante un montón de tiempo y que llegó a lo que llegó. Hay modificaciones que tienen que estar contempladas desde ese punto, yo creo que hoy por hoy está bueno, porque es como que se avanza, y sobre el avance empiezan a haber críticas constructivas. (...) Si bien uno puede tener el documento que dice que es mujer, ahí también habría que contemplar ciertas dificultades de eso, por ejemplo, en la práctica médica, es importante saber si la persona nació hombre o nació mujer y cuál es la situación. (...) Está bueno para ver cómo se puede solucionar, no sé, una historia clínica dónde te pongan “nacido hombre, radicado mujer”. Con esa información nosotros ya podemos llevar adelante la atención clínica que corresponda según sea el caso (M29. Entrevista a estudiante nº6).

¿Es posible hablar de hospitalidad si las modificaciones de las prácticas médicas se producen como un intento de reencauzar una realidad que se salió de sus parámetros normativos? ¿Qué supone la afirmación “nacido hombre, radicado mujer?” ¿Cuáles son los poderes ontológicos que se le atribuyen al sexo como origen? ¿Por qué se asume que un o una paciente trans no hablaría sobre sus modificaciones corporales ante las preguntas adecuadas? ¿Por qué el sexo como condición originaria tiene que ser, ya sea a través del aspecto o del documento, un dato autoevidente?

Recuperando lo que analizamos al inicio del capítulo, más que una realidad, una sustancia o una esencia homogénea, el sexo es el resultado de distintas y múltiples conexiones que la medicina sincroniza, trabajosa y permanentemente, en relación con parámetros normativos cis heterosexuales. Como señala Serano (2016), la medicina asume que “todas las personas, de forma natural, sencillamente caen en una de dos categorías mutuamente excluyentes -hombre y mujeres- y que uno realiza la observación de esos estados naturales de una manera simple y objetiva”. Sin embargo, distinguir entre hombres y mujeres es un proceso que hacemos activa y compulsivamente.

Como hemos analizado a lo largo de la tesis, los cuerpos de hombres y de mujeres cis son resultado de numerosos y permanentes procesos de producción. La cisnormatividad consiste en la distribución desigual de las marcas de producción entre las personas cis y las trans: mientras las primeras gozan de los privilegios su identificación con la naturaleza corporal y sexual, las segundas cargan con la “desrealización” que implica su identificación con lo artificial y lo accesorio (Ahmed, 2018).

¿Qué es lo médicamente importante?, ¿en qué condiciones?, ¿para qué tipo de consultas? Si lo que los médicos y médicas necesitan saber es si la persona que tratan está realizando algún tipo de tratamiento, si consume o no algún tipo de medicación como estrógenos o testosterona, si se hizo o no alguna cirugía, ¿por qué no preguntarlo? ¿Por qué no integrar esos procesos médicos en una historia clínica que no sea partida y organizada en un antes y un después de la transición? ¿Por qué no abrir espacio para que sea el o la propia paciente quien organice cuáles y cómo fueron los eventos médicos de su vida, así como la sucesión de éstos? ¿Por qué señalar, una y otra vez que su sexo no es el de origen?

A lo largo de la investigación he identificado que no pocos médicos y médicas se muestran comprometidos respecto de la identidad de género de los y las pacientes trans. Podría decirse que sus competencias comunicacionales se han abierto y modificado en relación con las demandas de sus pacientes. No obstante, tal como se señala en la entrevista que cito a continuación, también he identificado un límite sumamente regular dado por la noción de sexo biológico como característica originaria y permanente de los cuerpos:

A mucha gente le cuesta entender cómo tienen que hablarle a la persona, yo le digo “bueno, si te dice que es varón, le hablás como varón”. Fácil. Todo muy lindo, pero en la primera de cambio les sale la cuestión del sexo biológico y no del sexo preferido, o con el cual se identifica, entonces, eso trae un poquito de conflicto porque obviamente, a los pacientes no les gusta que los traten de una manera que no se sienten identificados. Es un aprendizaje, nadie nació sabiendo, y para nosotros es una situación totalmente nueva. (M52. Entrevista a médico/a 15 - sexólogo/a).

En la entrevista recién citada el entrevistado o entrevistada distingue entre “sexo biológico” y “sexo preferido”, afirmando que médicos y médicas están aprendiendo a respetar el último. En la entrevista que cito a continuación, realizada a un médico urólogo especializado en la realización vaginoplastías, se señala que las mujeres trans que se han operado tienen un sexo “nativo”:

ENTREVISTADORA: Esto que usted mencionaba recién, la característica de irreversible de las intervenciones (interrumpe)

MÉDICO/A: No creo que haya mucho más, o sea, ningún paciente me abrió los ojos ni se sorprendió cuando le dije que “no había vuelta atrás con esto”, ya lo saben. No ha sido una gran noticia. Quizás si es una gran noticia cuando uno les dice que pude hacer una vagina de unos 15 o 16 centímetros, porque por ahí piensan que va a quedar la vagina más grande del mundo, pero, el resto, ya saben todo. Ya saben todo.

ENTREVISTADORA: ¿Y usted habla con sus pacientes del tema de la fertilidad?

MÉDICO/A: ¿Fertilidad? A ver, ya saben que van a quedar estériles después de la cirugía, y por ahora ninguna paciente me pidió preservar espermatozoides. Ninguna. Ninguna. Está descrito, por eso, en realidad, yo no ofrezco preservar espermatozoides. Si les digo, “mira, te voy a sacar los testículos, no vas a producir más espermatozoides”. Listo, ya está. Está descrito, normalmente no quieren ningún tipo de rasgo que se asocie al sexo nativo (M47. Entrevista a médico/a n°10 - urólogo/a).

¿La existencia de un sexo “nativo” supone la existencia de un sexo “extranjero”? Si bien no se menciona como tal, parecería que sí. La distinción entre nativo y extranjero implica la nominación, así como la localización de un lugar

original y de otro al que se llega. En esta operación, lo extranjero carga con la marca de la ajenidad y de lo menos propio.

Retomando otro tema que se señala en la entrevista me pregunto, ¿qué quiere decir que algo “está descrito”? Pareciera que se refiere a algo que usualmente ha sido de cierto modo y que, por ello, seguirá siendo de ese modo. ¿Qué sucedería si, llegado el caso, una persona quisiera optar por una alternativa distinta a la descrita? ¿Quiénes son las personas que no quieren conservar espermatozoides?, ¿cómo saberlo si no se les pregunta?

Lo reproductivo supone una arena intervenida por el campo médico de múltiples maneras. Tal como señala Farji Neer (2018), la “esterilización” que suponen intervenciones quirúrgicas como la vaginoplastía fue una de las razones por las que estos tipo de operaciones estuvieron prohibidas. A partir de la sanción de la Ley de Identidad de Género cualquier persona, mediante un consentimiento informado, puede acceder a una operación de transformación genital. Asimismo, tal como se señala en el fragmento de la guía *Atención de la salud integral de las personas trans* conservar gametas con fines reproductivos conforma otro de los derechos de las personas regulados por ley:

Las personas tienen derecho a acceder al reconocimiento legal de su identidad, incluida su corporalidad, sin que para ello deban modificar sus genitales a través de cirugías, anular su capacidad reproductiva por medio de prácticas quirúrgicas y/u hormonales, y/o adoptar rasgos, gestos o modos que tradicionalmente son considerados como típicos del género autopercibido. [...]

**La Ley nacional 26862 de Acceso integral a los procedimientos y técnicas médico-asistenciales de reproducción médicamente asistida**, aprobada en 2013, reconoce como derecho, y garantiza el acceso gratuito, a diversos tratamientos para la consecución del embarazo a quienes lo necesiten y soliciten, independientemente de su orientación sexual, identidad de género y/o estado civil (M126. MSN, Salud trans, 2015. Destacadas en el original).

Lo que se hace y deja de hacer en los consultorios médicos, las preguntas que se incluyen y las que se excluyen de los formularios, así como las alternativas que se ofrecen no son procedimientos neutros. No sólo porque forman parte de un entramado relacional en el que participan médicos y médicas, pacientes, los distintos servicios, los instrumentos y tratamientos disponibles y los marcos regulatorios, entre otras dimensiones. Su carácter no neutral, tal como señala Stengers (2017), se debe también a la responsabilidad de quienes ponen en práctica tal o cual procedimiento. Pues, los beneficios o perjuicios de su aplicación no vienen dados de antemano en los procedimientos o en el instrumento, sino en su disposición y puesta en práctica específica. Las personas que optan por cirugías de

modificación genital tienen garantizado por ley el acceso a tecnologías de reproducción asistida. Ese acceso se encuentra mediado por la relación entre pacientes y médicos. Su promoción forma parte de los quehaceres que las regulaciones estatales derivan en los médicos y médicas. Sin embargo, tal como se puede analizar a partir de la última entrevista citada, el sexo “nativo” como modo homogéneo y abroquelado de entender y organizar los procesos de salud con los que la medicina trata, obtura esa posibilidad.

¿Qué puede aprender la medicina de la naturaleza reproductiva de las personas trans?, ¿de sus prácticas y proyectos? Si la manera en la que se organizan las prácticas médicas implica, *a priori*, la determinación de lo que las personas supuestamente eligen difícilmente haya lugar para el aprendizaje. Ese aprendizaje está sujeto a la posibilidad de “tomarse en serio” al otro u otra. Eso implica reconocer su existencia singular como tal y, consecuentemente, asumir que no es posible conocer de antemano y abordar a través de procedimientos preestablecidos los procesos de salud de esa persona. Una última reflexión refiere a las posiciones diferenciales de quienes pueden o deberían aprender del otro u otra y quienes dependen de ese aprendizaje para ser atendidos y atendidas de manera adecuada. La posibilidad de democratizar esas posiciones parece aún encontrarse lejos.

### **El cissexismo, violencia epistemológica y jerarquías ontológicas**

La permanencia de los roles que distinguen y separan al médico o médica, quien sabe y hace, del o de la paciente, quien no sabe y recibe, suponen las bases para la emergencia de lo que Pérez (2019) llama “violencia epistémica”. Pues, mientras existe un “uno” que monopoliza el lugar de sujeto, el “otro” servirá de objeto de sus indagaciones. En el caso de la atención de personas trans, la medicina adiciona a ese “otro” paciente, un “otro” relacionado con el sexo. El objetivo de este apartado es indagar en algunos modos en los que ambas posiciones de ajenidad se ponen en juego bajo las figuras de “lo exótico”, “lo infantil” y lo “frágil”. Estas figuras producen marcas que de antemano desjerarquizan la realidad de los cuerpos de las personas trans.

Lo que entiendo por violencia epistémica no remite a una actitud individual de un médico o médica, sino a prácticas que se organizan en relación con definiciones onto-epistemológicas (Lykke, 2012; Tuin y Barad, 2012). Un ejemplo de estas definiciones es el sexo como algo que viene dado *a priori* en la biología de

los cuerpos. Si bien no parecería haber nada en la violencia epistémica en sí misma que la convierta en un fenómeno identitario, “es frecuentemente considerada en términos de relaciones identitarias de poder, dado que ciertos grupos tienden a ser marginados epistémicamente sobre la base de su identidad (de género, racial, nacional, u otra)” (Pérez, 2019, p. 91). El lo que sigue voy a analizar los modos en los que la violencia epistémica se entrama con prácticas médicas concretas que, si bien no son ajenas a los fenómenos identitarios, se configuran como tales especialmente en relación con la producción de ontologías corporales disímiles, realidades sexuales desjerarquizadas, menos reales o frágiles *per se*.

A continuación, cito fragmentos de dos entrevistas, una realizada a un o una estudiante y otra a un médico o médica. En ambas, como veremos, se pone de manifiesto un modo exotizante e infantilizante de concebir al “otro”:

ESTUDIANTE: Hace un mes tuvimos a una paciente travesti, era la primera vez. Yo estaba recontenta porque esto en otro lugar no lo vez. Bueno, una paciente travesti, y nosotros la teníamos que presentar. Y en el momento de presentarla empezamos “travesti de no sé cuantos años” y “no, nosotros no la podemos registrar así, es hombre o mujer, se hizo el cambio de sexo, no se lo hizo”. Bueno, el profesor, o sea, el médico, nos decía “chicos, ustedes saben si se hizo el cambio de sexo, si o no”.

ENTREVISTADORA: ¿Cuándo hablan de cambio de sexo están hablando desde el cambio en el documento?

ESTUDIANTE: Al documento, pero también a la operación genital. Si se hizo el cambio de documento, pero no genital, lo anotás como dice en el DNI. El género es como figura en el documento, pero los fines de la historia clínica, de la enfermedad que tenía era importante saber si se había hecho el cambio de sexo o no, si se había hecho el cambio genital o no.

ENTREVISTADORA: ¿Qué tenía?

ESTUDIANTE: Y, después le descubrieron, no entró por esto, entró por una mastitis en uno de los implantes, tenía la mama en las últimas. Después salió el tema del Hiv que en el interrogatorio no lo refirió, pero después vimos la historia clínica y lo tenía, y de hecho lo sabía, pero bueno, no lo quiso contar. Bueno, después se generalizó un poco su infección. Pero bueno, volviendo a lo anterior, después de hablar con el profesor, volvimos a preguntarle a la paciente a ver si se había hecho el cambio de sexo o no. Y bueno, en ese momento nos dimos cuenta de que los que teníamos el prejuicio éramos nosotros, o sea, no prejuicio, sino miedo a hacerle doler a la paciente, incomodarla con lo que le estabas preguntando, y en realidad era una pregunta súper fácil. “¿Te hiciste el cambio de sexo?”, “¿tenés hecho el documento nuevo?” Ella era súper abierta aparte, es lo primero que nos dijo “yo soy súper abierta, pregúntenme lo que quieran” y no, no se había hecho nada al final. Así que anotamos, paciente masculino, de 27 años (M35. Entrevista a estudiante nº12).

La primera vez que tuve contacto con un caso trans fue cuando estaba estudiando en la SASH [Sociedad Argentina de Sexología Humana], que me metí en un ateneo de Diversidad... No sabés, ¿viste los niños cuando se maravillan? Así, me sentía así. Un ateneo. El médico contó y mostró lo que se hacía en el servicio en relación con la atención de personas transgénero. El auditorio eran

todas psicólogas, y una levantó la mano, no sé qué dijo, y después entró un médico de ambo, bajito, un toque de afeminado, y le dijo: “yo te voy a contestar desde mi lugar de trans y desde mi lugar de médico”. Quedamos todas así, con la boca abierta. A él le habían hecho una faloplastía no funcional, obviamente, un pene que no se erecta, como decimos vulgarmente “una trompita de elefante”, y el tipo decía “yo nunca estuve más feliz que viendo mis genitales masculinos”. Digamos, no importaba si era de tres metros o si era simbólico. “Yo nunca había tenido un orgasmo hasta que no me operé y no vi mis genitales adecuados a lo que mi cerebro dice que soy”. No sabés, para mi era un mundo en Disneylandia todo eso, era Disneylandia, no lo podía creer. (M43. Entrevista a médico/a n°5 - ginecólogo/a y sexólogo/a).

En ambos fragmentos se manifiestan emociones asociadas al encuentro con un “otro” raro, difícil de ver o de encontrar. Estos supuestos respecto de ese “otro” se mezclan con modos clínicos de aproximarse, con las formas en las que se realizan las prácticas de registro y confección de una historia clínica. Retomando los aportes de Latour, la posibilidad de establecer un “otro” y un “nosotros” estable y total, desaparece al mismo tiempo que retiramos a la Naturaleza como orden ontológico unívoco. En este caso, sería el Sexo como orden ontológico de los cuerpos, los genitales y los procesos de salud. Si lográsemos franquearlo, salir de la “gran escenografía política en la que nos ubica ‘la’ naturaleza, no restaría más que la banalidad de asociaciones múltiples y el veneno del exotismo se airearía” (Latour, 2013, p. 78).

Si bien el lugar de “otro” permanece estable, en el primer fragmento, la posibilidad de revisar las preguntas realizadas durante la anamnesis, de “darse cuenta de que tenían prejuicios” y volver a para realizar nuevamente las preguntas, supone un ejercicio de apertura, de afectación respecto de las especificidades del “otro”.

La exotización, es decir, la construcción de un otro distinto, raro, que nada o poco tiene que ver con “el uno”, produce lo que Devaux (2012) llama “techo de algodón”, es decir, una aceptación condicionada y limitada, constituida a partir de esa diferenciación jerarquizante. “La trompita de elefante” supone la existencia de genitales “no funcionales” y “simbólicos”, asumiendo que lo simbólico y “lo real” constituyen registros paralelos.

A partir de los materiales que cito a continuación, voy a analizar a la “infantilización” como otros de los modos que dan forma a ese “otro” paciente y “otro” sexual. El abordaje clínico de este otro se configura a partir de nociones como “acompañamiento”, “contención” y “ayuda”. La primera cita proviene de una entrevista en la que un médico o médica refiere al modo en el que funciona la

admisión a un programa de salud diseñado para el abordaje de personas trans. La segunda, refiere a los requerimientos interdisciplinarios que serían necesarios para “ayudar” las pacientes que consultan en relación con la realización de vaginoplastias:

Depende de cada persona en particular. El ingreso sería como una entrevista de orientación, información, aclaración de cómo trabajamos y también un espacio para que la persona trabaje sobre su identidad y entienda primero quién es. Hay gente que lo tiene claro y hay gente que no. Hay gente que tiene dificultades para empezar a entender quién es y qué necesita. Y hay gente que no necesita esa definición, por supuesto, pero de alguna manera tiene qué aclarar en qué cosa la acompañamos. No soy mujer pero me corresponde, me identifico más en el mundo femenino ¿Y qué quisieras? Quisiera hacer el tránsito hormonal. Ok ¿Y tenés claro qué significa esto? ¿Tenés claro las modificaciones que podés acceder o no? ¿Tenés claro la irreversibilidad o no? ¿Tenés claro si vas hoy a prescindir de tu función reproductiva o querés conservar semen en función de una posible fertilización asistida? No, no lo había pensando. Bueno, pensemos, fijate porque este tema es ahora, es antes de transicionar, antes del tratamiento hormonal (M53. Entrevista a médico/a 16 - sexólogo/a).

Es muy importante la contención afectiva de estos pacientes, el sentarse y preguntarles, a veces sentarse al lado, no enfrente, tratando saber qué les pasa, qué vienen a buscar, qué necesitan. Dejar de ser profesores o docentes diciéndoles lo que tiene que hacer, sino ver cuáles son las probabilidades que vamos a encontrar para poder ayudarlo. Esto es lo difícil de eso, por eso, hay que ser buen artesano. Por supuesto que sólo no puedo, de eso me di cuenta después de muchos años, por eso hay que trabajar en grupo: el neurólogo, fisiatra, traumatólogo, urólogo, kinesiólogo, todos tienen que tener ánimo de ayudar, no solamente en estas cosas, sino para que el paciente tenga una buena vida sexual (M64. Médico/a urólogo/a en jornada médica).

Que los médicos y médicas puedan reconocer cierta vulnerabilidad en los y las pacientes con que interactúan y adecuar sus prácticas en relación con eso supone cierto un ejercicio de apertura, de revisión y afectación de sus prácticas en relación con las singularidades de quienes trata. Esto último es distinto a suponer que todas las personas trans, por ser trans, son vulnerables y que necesitan “acompañamiento”, “contención afectiva” o que “le aclaren cosas”.

Las prácticas médicas que asumen modos paternalistas se relacionan con la configuración de un “otro” u “otra” frágil. Esa fragilidad ontológica sería condición suficiente para activar una serie de estrategias de abordaje clínico que permitan una atención integral y/o interdisciplinaria. Ahora bien, si la condición de fragilidad se debe a la configuración de lo trans como una realidad unívoca y dada de antemano, más que de hospitalidad y prácticas porosas podríamos hablar de prácticas que, nuevamente, se organizan prescindiendo de las particularidades de ese “otro” u

“otra”. No se aprende de él o ella, simplemente se asume, a través de procedimientos y categorías pre estipuladas, que ese “otro” es de tal o cual modo y se actúa en consecuencia. Tal como señala Martínez (2014), “nos quejamos, y con razón, de ser tratadas como infantes con la necesidad de revisión y autorización por parte de alguien absolutamente ajeno a nosotras con el poder de decisión sobre nuestro futuro y presente”. ¿Por qué asumir que un o una paciente, sea o no trans, necesita que sean médicos y médicas quienes les provean de “contención afectiva” o “ayuda para aclarar” algo respecto de quienes son?

Para finalizar, cito un fragmento de una entrevista realizada a un médico o médica en la que se habla del tiempo que implica reconocer al “otro” en su singularidad y de la relevancia de la confianza en la atención médica:

ENTREVISTADORA: ¿Usted ha detectado algún tema que sea particularmente difícil para plantear de parte de los pacientes?

MÉDICO/A: ¿Que yo me de cuenta? No, no, la gente... Por ahí, hay cosas que no te plantean la primera vez. Eso creo que tiene que haber un poquito de vínculo, un poquito de confianza, mucha gente necesita tiempo para ver que el otro que lo está atendiendo también tiene interés en atenderlo, no está para joderlo. En este tiempo aprendimos, por ejemplo, que el examen físico no se hace en la primera consulta, la primera consulta implica interrogatorio y examen físico, o sea, se revisa al paciente para ver que tiene, cómo está. Y nosotros aprendimos que era muy hostil realizar el primer día que venían acá. Así que la cosa es así, "hoy hablamos, te peso, te mido, una cosa muy introductoria, te doy los estudios para que te hagas, te doy indicación, la vez que viene te voy a revisar". Como para avisarle, y ya viene más preparado... o preparada, sabe que eso es lo que viene. No lo hacemos el día de entrada porque nos dimos cuenta de que era bastante jodido. Me acuerdo, de un paciente que venía con unos anteojos de sol, ¿no? En el consultorio y bueno, le pregunté "¿por qué estás con anteojos de sol?" Y se puso a llorar, solo porque le dije eso, se paso toda la entrevista llorando y yo dije "¿para qué mierda le pregunté eso?" Era su forma de escudarse, ¿no? que no lo vean. Pero bueno, uno es médico, no lo sabe todo. A la vez siguiente vino mejor, ya charlamos mejor. Recién después de 2 o 3 consultas, lo pude revisar, o sea, necesitaba tiempo. Pero bueno, todo eso se aprende, nosotros también aprendemos (M52. Entrevista a médico/a 15 - sexólogo/a).

Retomando la propuesta de Savransky y Rosengarten (2016), quiero cerrar este capítulo con una reflexión sobre las ontologías y su relación con la medicina en tanto “arte pragmático de las consecuencias”, es decir, en tanto ejercicio especulativo, abierto, capaz de afectarse y transformarse en relación con las realidades con las que se vincula y formatea. En esta última cita, el médico o médica refiere a un proceso de revisión de sus prácticas. Este proceso vino aparejado a la atención de pacientes que requerían de la implementación de una estrategia clínica distinta de la que se ponía en práctica de modo mecánico. En la entrevista se da

cuenta de las ideas y vueltas que implica esa afectación, incluyendo la posibilidad de errar y vulnerar al “otro”.

Me pregunto por el *ethos* del quehacer médico, es decir, por los rasgos y los modos de comportamiento que conforman el carácter o la identidad de la comunidad médica, así como por las posibilidades de apertura y cierre asociadas a estos rasgos. ¿Cuánto de esa comunidad se articula en relación con producción permanente de distintos “otros”? ¿cuánto de esa comunidad puede arriesgarse, perderse, re articularse para ganar en términos de apertura y hospitalidad?

¿Qué necesita la medicina para convertirse en un ejercicio hospitalario?, ¿es decir, en un quehacer que se permita aprender de quienes trata? Este apartado ha sido resultado de la búsqueda de pequeños atisbos que permitieron vislumbrar algunas porosidades dispersas en las prácticas médicas. La apertura hospitalaria no es ajena a los modos en los que se configuran las disciplinas y las competencias clínicas y terapéuticas de los y las profesionales. Como vimos a lo largo de la tesis, los médicos y médicas se forman para examinar, diagnosticar y tratar, es decir, para ejecutar procedimientos que se han establecido *a priori* en relación con supuestos ontológicos mecanicistas respecto de los cuerpos y los procesos de salud. La hospitalidad es un modo que debe surcarse hacia adentro del saber-hacer de la medicina. También es algo que médicos y médicas sorteán en sus quehaceres cotidianos.

¿Es posible un *ethos* médico que pueda encontrarse en una larga y persistente resistencia contra los reduccionismos positivistas del sexo, contra los mecanismos de los aparatos y las funciones? ¿Es posible un *ethos* que abra paso a las complejidades empíricas, a las sensibilidades situadas y a los compromisos prácticos que éstas requieren? ¿Es posible poner en práctica la medicina como “un arte pragmático de las consecuencias”?

Pensar en estas posibilidades supone de un *ethos* médico-clínico que se resista a las bifurcaciones tajantes entre lo esencial y lo accidental, lo frecuente y lo contingente, lo biológico y lo social, lo femenino y lo masculino, lo natural y lo cultural. Un *ethos* que pueda orientarse hacia la construcción de descripciones y propuestas nuevas, inventivas, plurales, siempre parciales, que se ocupen de aquello conforma a las realidades múltiples de la salud y la enfermedad. Un *ethos* que suponga tomarse en serio a las personas y los procesos con los que trata y que se anime y predisponga a un ejercicio de aprendizaje permanente.

## Recapitulación

A lo largo del capítulo se han analizado las relaciones entre las prácticas médicas de la ginecología, urología y sexología médica y su relación con las ontologías corporales. Se señaló que en el campo médico coexisten definiciones y quehaceres capaces de dar forma con mayor intensidad a realidades corporales y procesos fisiológicos en términos homogéneos junto con la permanente producción y emergencia de realidades corporales múltiples y disímiles. Se analizaron las conexiones, yuxtaposiciones e inconsistencias que tienen lugar en las relaciones productivas entre las prácticas clínicas y terapéuticas de la ginecología, urología y sexología médica y las ontologías corporales “unívocas” y “múltiples”.

Para ello se examinó, en primer lugar, maneras en las que el sexo y la diferencia sexual se configuran en la formación y en el ejercicio médico. En primer lugar, los modos en los que las prácticas, especialmente aquellas que tienen lugar en la primera parte de las consultas clínicas, se relacionan con el sexo como “dato semiológico”. Se indagó específicamente en la manera en el que se pone en juego la historia clínica como dispositivo médico-administrativo. También en el despliegue de esfuerzos semiológicos en pos de “descubrir” y dar cuenta de la consistencia del sexo biológico como sustancia coherente que tiene lugar en los cuerpos. Además, se analizó los modos en los que el sexo, el género y la sexualidad se constituyen como datos de investigación en dos investigaciones, una de carácter clínico y la otra de revisión bibliográfica. En ambos casos, el sexo, el género y la sexualidad se constituyen como puntos de partida y de llegada de los diseños de la investigación.

También se examinaron las maneras en las que el sexo y la diferencia sexual se articulan en los campos de la ginecología, urología y sexología médica. Se analizó la conformación de la ginecología como mapa semiótico material específico en el marco de la currícula de la Carrera de Medicina de la UBA. Se examinaron las conexiones de la urología con la materia Anatomía y con los aparatos urinarios y sexuales en relación con la atención de hombres y mujeres cis, específicamente en torno al abordaje de cuadros de infecciones urinarias. Además, se indagó en la afinidad productiva entre la sexología médica, los mecanismos fisiológicos y la heterosexualidad. Para eso se analizaron en las conexiones entre la sexología médica y la llamada “fisiología de la excitación” masculina y femenina.

Finalmente, se abordó el problema de las prácticas médicas en relación con la hospitalidad, es decir, las posibilidades asociadas al agrietamiento de las fronteras que ubican a lo médico como el lugar del saber y el hacer y al paciente como quien ignora y recibe. En el último apartado se analizó y reflexionó respecto de las potencialidades que conllevan las prácticas médicas abiertas y permeables, susceptibles a configurarse en relación con los procesos con los que trata. Para eso se examinaron los modos en los que el sexo se produce como origen, así como los cierres y aperturas asociados con esta configuración. Además, se indagó en los procesos relacionados con el ejercicio de violencia epistémica y su relación con la producción de jerarquías ontológicas, es decir, existencias más verdaderas e importantes que otras.

## Conclusiones

*“El mundo como un engañoso codificador  
con quien tenemos que aprender a conversar”  
(Haraway, 1995, p. 347).*

El objetivo de esta última parte consiste en organizar y presentar las conclusiones generales de la tesis. A continuación, presento las principales contribuciones y resultados de cada capítulo y luego los hallazgos y conclusiones que han tenido lugar entre los capítulos, a lo largo de la tesis. Además, en la presente sección, también voy a consignar algunas aristas temáticas e interrogantes que han surgido a lo largo de la investigación pero que no han podido ser abordados en profundidad quedando su desarrollo abierto para futuros trabajos. A continuación, voy a enlistar las principales conclusiones de cada capítulo:

### 1. Conclusiones por capítulo

#### Capítulo uno

“Condensaciones ginecológicas: Relaciones entre prácticas médicas, políticas sexuales y reproductivas y la materialidad de los cuerpos en el desempeño ginecológico”

1). El campo ginecológico es particularmente complejo y se encuentra intensamente regulado. Su examinación ha requerido del diseño de una herramienta analítica que me permita organizarlo y abordarlo incorporando múltiples dimensiones que lo constituyen. Me refiero a las “condensaciones ginecológicas”, es decir, articulaciones específicas entre micro y macropolíticas, entre las políticas y regulaciones más sólidas o volátiles, de distinto calibre, alcance y funcionamiento que tienen lugar en la relación del campo ginecológico y los cuerpos con los que esta especialidad trata. Estas articulaciones producen gravitaciones prácticas y semióticas específicas no siempre caracterizadas por su coherencia sino también por su inconsistencia.

A través de esta herramienta he abordado cinco entrecruzamientos densos que anclan y dan forma al campo clínico de esta especialidad: 1- Los entramados

entre el campo ginecológico, las regulaciones estatales, “cuidado integral de la mujer” y el campo de la salud sexual y reproductiva. 2- Los entrecruzamientos entre procesos corporales, control de la sexualidad y de las capacidades reproductivas y la configuración de distintos hitos clínicos que modulan las diferentes etapas de las mujeres cis como pacientes ginecológicas. 3- El entramado entre las regulaciones sexo-genéricas que moldean a las mujeres cis como responsables, cuidadoras de su salud, los aspectos técnicos que se ponen en juego en la realización de los “controles ginecológicos” y la configuración del carácter preventivo del quehacer de esta especialidad. 4- Los enmarañamientos semióticos, sanitarios, materiales y técnicos que tienen lugar en la conformación de la sexualidad como un evento natural e invisible o en su cristalización como cuadro clínico, tal como sucede en las consultas relacionadas a disfunciones sexuales, sexualidad adolescente, sexualidad entendida como riesgosa y en la sexualidad lésbica. 5- La articulación del cissexismo y la transfobia en la atención de hombres trans.

2). La “salud de la mujer” es resultado de un proceso simultáneo de ampliación y de reducción, es decir, de la articulación de prácticas clínicas que identifican reductivamente a “la mujer” con los órganos reproductivos (úteros, ovarios, vaginas y mamas) y, al mismo tiempo, reducen a los diversos procesos de salud y enfermedad que afectan a las mujeres cis a los procesos que atañen a los mencionados órganos. Al definirse como una especialidad dedicada a la salud de “la mujer”, la ginecología se constituye como una disciplina de la diferencia cissexual. La configuración de su campo y objetos clínicos formatea a los procesos de salud y enfermedad característicos de las mujeres cis como radicalmente distintos de los que afectan a los hombres cis y excluye a los que afectan a hombres trans.

3). A diferencia de la urología y de la sexología médica, el campo ginecológico se encuentra intensamente regulado por políticas estatales. A través del ex Ministerio de Salud, el Estado regula las residencias orientando el perfil profesional hacia la tocoginecología, es decir, hacia la formación de profesionales capaces de abordar los procesos de salud de las mujeres cis en las diferentes etapas de vida reproductiva. Asimismo, el ex Ministerio de Salud de la Nación, a través del Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación responsable, da forma a un campo que si bien no se ajusta ni agota en el campo ginecológico, se yuxtapone y le da forma

al mismo que vincula con mayor intensidad a las mujeres cis con la salud reproductiva y con el sistema de salud. Al regular las prácticas ginecológicas, el Estado controla los cuerpos de las mujeres cis, especialmente su sexualidad y su capacidad reproductiva. En su relación con el campo ginecológico, los cuerpos de las mujeres cis se conforman como cuerpos reproductivos de acuerdo con un ordenamiento teleológico ajustado a un modelo de familia heteronormado.

4). La llegada de la menstruación y el inicio de las relaciones sexuales heterosexuales son dos eventos de las vidas de las mujeres que se constituyen como tales en su relación con la ginecología. Al mismo tiempo, ambos eventos marcan el inicio de las mujeres cis como pacientes ginecológicas. La ginecología resguarda el primer contacto con los genitales de las mujeres cis a la penetración cis masculina. Evita la indicación de anticonceptivos que impliquen el auto contacto genital, así como la realización de PAPs antes de que hayan tenido relaciones sexuales de penetración. La relación de las mujeres cis con la ginecología se extiende a lo largo de sus vidas a través de la realización de controles periódicos.

5). El campo ginecológico se organiza en términos preventivos. Uno de los motivos más frecuentes de consultas son los controles en salud o controles ginecológicos. Estos controles se fundamentan en su relevancia para la prevención de cáncer cervicouterino. Sin embargo, el modo en el que se ponen en práctica excede los efectos preventivos asociados a la pesquisa. Según el ex Ministerio de Salud, la pesquisa consiste en la realización de PAPs a mujeres cis mayores de treinta y cinco años con una periodicidad que puede ser hasta trianual. A diferencia de ello, en los consultorios ginecológicos suelen llevarse a cabo simultáneamente la realización de PAPs y Colposcopías en mujeres cis jóvenes. La Colposcopia es un estudio que consiste en la exploración ocular del cuello de útero con un aumento. Este aumento resalta determinado tipo de lesiones benignas, es decir, lesiones que “se curan solas”, gravitando en la intensificación de la relación de las mujeres cis con los consultorios ginecológicos y no en la prevención del cáncer cervicouterino.

6). La ginecología trama una relación normativa con la sexualidad de las mujeres cis. En las consultas clínicas, ginecólogos y ginecólogas descuentan la heterosexualidad de sus pacientes. Durante la realización de la anamnesis,

ginecólogos y ginecólogas indagan en los vínculos sexo afectivos y relevan e indican cuestiones relacionadas a sus capacidades reproductivas, especialmente en lo que refiere a los métodos anticonceptivos. El abordaje de estas dimensiones discurre de manera “natural” y “silenciosa”. Por el contrario, cuando la sexualidad de las mujeres cis que consultan no se adecua a los parámetros normativos de la ginecología, ésta deja de ser un asunto que simplemente discurre para conformarse en un cuadro o evento clínico. En la investigación se han detectado cuatro casos: 1- cuando las mujeres cis manifiestan no poder llevar a cabo relaciones de penetración cis heterosexual; 2- cuando el ejercicio de la sexualidad supone la posibilidad de un embarazo no deseado, especialmente si se trata de mujeres adolescentes; 3- cuando la paciente manifiesta tener una vida sexual “excesiva”, “descuidada” o “promiscua”; 4- cuando quienes consultan llevan adelante una sexualidad lésbica.

7). La ginecología es una especialidad clínica que se articula en términos cissexistas, es decir, a partir de su identificación con “la salud de la mujer”. Esa identificación tiene efectos en el abordaje de la salud ginecológica de hombres trans. En esta investigación he identificado dos tipos de respuesta de la ginecología frente a la demanda de los hombres trans: una de ellas consiste en atenderlos en los términos cissexistas de la especialidad, es decir, dejando de lado sus singularidades y tratándolos en tanto portadores de una “naturaleza corporal femenina”. La otra estrategia consiste en el desacoplamiento de las competencias ginecológicas de los servicios de ginecología y, por lo tanto, de las estrategias clínicas generales de esta especialidad para rearticularse, por ejemplo, en los “consultorios amigables” y en un servicio llamado de “calidad de vida”.

## **Capítulo dos**

“La urología y las ontologías corporales. Un mapeo de composiciones clínico-terapéuticas en el campo urológico”

1). La urología es una especialidad que se caracteriza por lo que he denominado un saber-hacer técnico-quirúrgico. Eso quiere decir que lo quirúrgico no consiste solamente en una habilidad técnico-terapéutica, sino en una dimensión onto-epistemológica. En tanto tal, da forma a las categorías a través de las que esta especialidad constituye su campo clínico específico, a las prácticas con las que lo

aborda y, también, a la naturaleza de los objetos, o sea, enfermedades, disfunciones y demandas, con los que trata. Esta matriz modula a las estrategias y los objetos clínicos y terapéuticos de esta especialidad organizando a las primeras en términos resolutivos y a los segundos como biológicos, circunscriptos y localizados, asibles y resolubles para el quehacer urológico. A su vez, esta matriz quirúrgica tiene la capacidad de ponerse en relación de manera similar (con énfasis resolutivo) con procesos disímiles permaneciendo, en los distintos casos, dentro de los límites disciplinarios del campo urológico. Me refiero, por ejemplo, a la atención de cuadros prostáticos, la colocación de prótesis penianas y la realización de vaginoplastías.

2). Dentro del campo de la urología conviven diferentes tipos de composiciones clínico-terapéuticas, es decir, de conexiones específicas entre elementos heterogéneos, semióticos y materiales, que se disponen de manera singular dando lugar a unidades compositivas creativas. En tanto modo de concebir, hacer y dar forma a los procesos con los que trata, lo quirúrgico se dispone de maneras disímiles y se conecta con distintos elementos que van desde regulaciones estatales como la Ley de Identidad de Género, técnicas de análisis o control (como el PSA, tacto rectal o ecografía), la disponibilidad de prótesis y las singularidades de los cuerpos y las demandas de los y las pacientes con las que trata. Estas conexiones dan lugar a las múltiples prácticas y objetos clínicos que conviven dentro del campo de la urología.

3). A diferencia de la ginecología, la urología no es una especialidad médica que se caracterice por su orientación preventiva. Por el contrario, buena parte de sus quehaceres clínicos se inician a partir de la consulta de pacientes, especialmente hombres cis, que llegan a los consultorios cursando algún tipo de síntoma, a veces incluso agudo. Las prácticas clínicas y terapéuticas de la urología se orientan no tanto a la prevención de las enfermedades que los provocan sino a su abordaje eficaz. Lo recién señalado se relaciona productivamente con las dificultades asociadas al autocuidado que caracterizan a la masculinidad cis heterosexual.

4). Las dolencias prostáticas, cuadros por los que consultan con frecuencia los hombres cis, pueden deberse a procesos benignos o malignos. Para su evaluación, la urología se vale más de “signos”, es decir, de datos objetivables en términos médicos,

que se “síntomas”, o sea, lo que los pacientes manifiestan sobre lo que les pasa. En los materiales analizados no se hace mención respecto del uso de instrumentos específicos para la realización de la anamnesis en este tipo de consultas. Asimismo, la urología dispone de tres tipos de estudios para la evaluación prostática: el PSA, el tacto rectal y la ecografía. El primero es el que se realiza con más frecuencia, el segundo es el más eficaz y el tercero tiene un carácter complementario. Ante la sospecha de cáncer prostático se indica una “punción” con el fin de analizar el tejido prostático a través de una biopsia. Si el cáncer prostático se confirma, la urología dispone principalmente de dos alternativas terapéuticas: la oncológica-farmacológica y la quirúrgica. Otra opción, válida para ciertos casos, resulta de la vigilancia activa. Ésta última consiste en el monitoreo y la evaluación permanente respecto del mejor momento para implementar un tratamiento. Las distintas técnicas con las que la urología controla y trata a las dolencias prostáticas hacen de estos episodios un asunto principalmente somático. La próstata se configura como la principal unidad de intervención dejando en segundo plano al paciente, su contexto y singularidades relacionales y subjetivas.

5). Los quehaceres de la urología forman parte de procesos más amplios que moldean a los cuerpos de los hombres cis heterosexuales como impenetrables. De las distintas técnicas de las que dispone la urología para evaluar la próstata, el tacto rectal es la que produce información más eficaz en términos diagnósticos. Sin embargo, su implementación es la más resistida. Se trata de un tipo de estudio que puede realizarse en el consultorio, en el mismo momento de la consulta médica. Para llevarlo a cabo el médico o médica debe introducir su dedo índice por el ano y el recto del paciente hasta alcanzar la cara posterior de la próstata y proceder a su palpación. El ano supone una zona del cuerpo masculino cis heterosexual tan clausurada como sexualizada. Su uso es asociado a la homosexualidad y su impenetrabilidad es identificada como prueba de la heterosexualidad. La penetración que requiere la puesta en práctica del tacto rectal desafía a una serie de barreras que reaseguran la construcción sexo-generizada de los cuerpos de los hombres cis heterosexuales. Al mismo tiempo, su resistencia, pone de manifiesto la productividad de la homofobia en la configuración de los cuerpos de los pacientes, pero también en las prácticas médicas.

La realización del PAP, estudio asociado a la prevención del cáncer de cuello de útero, también requiere de la penetración de los cuerpos de las mujeres cis. Este estudio suele realizarse con frecuencia en el marco de los controles ginecológicos. La ginecología y la urología distribuyen y moldean la cualidad de penetrables de los cuerpos de los hombres y de las mujeres cis de manera sumamente disímil. A pesar de ser el estudio que produce información más eficaz en relación con la detección temprana de cáncer prostático, la urología realiza el tacto rectal de modo secundario o complementario al PSA y recién a partir de la emergencia de síntomas manifiestos. De esta manera, la urología acompaña productivamente la identificación de los hombres cis heterosexuales con una naturaleza corporal impenetrable, rígida y autosuficiente.

6). Dentro del campo urológico tienen lugar las llamadas colocaciones de prótesis genitales, penianas y testiculares. La urología conecta este tipo de intervención como un modo de “restablecer” ya sea la función eréctil o la morfología genital normal. Sin embargo, la colocación de prótesis no supone un restablecimiento sino la reinención de una ontología genital híbrida. Si bien las prácticas quirúrgicas se orientan a alcanzar la mimesis con la función y el aspecto “original”, las cirugías de colocación prostática traen aparejadas transformaciones en la función, así como marcas corporales de su carácter artefactual.

7). Las vaginoplastias son un tipo de intervención quirúrgica compleja que realizan médicos urólogos que se han especializado en su labor específica. Estos médicos suelen tener contacto con el activismo trans. Este tipo de intervención se conforma como una respuesta quirúrgica a una demanda que, generalmente, realizan mujeres trans. Esta demanda consiste en la voluntad de transformar sus genitales en relación con su identidad de género. En esta composición, las competencias quirúrgicas de la urología se conectan con dimensiones políticas y corporales que resisten a los efectos normativos de la medicina, en general, y particularmente del cis heterosexismo.

Las vaginas no han dejado de configurarse como un asunto de la biología corporal, pero, a diferencia de lo que sucede en el abordaje de, por ejemplo, las próstatas, en la realización de vaginoplastias lo biológico no se conforma como una dimensión unívoca, regular y originaria, sino como situada, abierta y conectada con

“la paciente”, así como con su contexto específico. En otras palabras, se configura como una dimensión política.

### **Capítulo tres**

“La sexología médica y las ontologías corporales. Las estrategias médicas y el abordaje clínico de las disfunciones sexuales de hombres y mujeres cis”

1). En tanto campo médico, la sexología configura sus objetos clínicos enfatizando su dimensión fisiológica. En ese proceso son fundamentales tres cuestiones: 1- La manera en la que se ponen en juego las nociones de respuesta y función sexual en tanto artilugios onto-epistemológicos, es decir, en tanto categorías que organizan y dan forma a la sexualidad como fenómeno somático; 2- el énfasis resolutivo de las estrategias terapéuticas de la sexología médica; 3- la gravitación de las terapias farmacológicas. El énfasis fisiológico se corresponde el esfuerzo de la sexología médica por adecuar su campo, estrategias y objeto clínico a lo médico y, simultáneamente, con la gravitación diferencial de la medicina dentro del campo de la sexología clínica.

2). La sexología médica moldea a la función sexual como un parámetro normativo cis heterosexista, es decir, como un patrón que organiza a la respuesta sexual como mecanismo teleológico que desemboca de manera natural en el coito vaginal, así como a las prácticas médicas que lo abordan. Éstas últimas se orientan hacia intervenciones que regulan y favorecen el desempeño sexual de hombres y mujeres cis en ese sentido, es decir, que los hombres puedan penetrar y que las mujeres puedan ser penetradas. El abordaje sexológico de la función sexual naturaliza la heterosexualidad en términos de respuesta sexual, o sea, organiza a las múltiples y complejas dimensiones que tienen lugar en el ámbito de lo sexual en términos de una función somática binaria, femenina o masculina y complementaria.

3). La elaboración de los diagnósticos sexológicos consiste en el tamizaje y la estabilización de diferentes procesos relacionados a la vida sexual de las personas, es decir, procesos más o menos intensos, que generan pudor, ansiedad, temor, deseo en ítems mensurales y asequibles por parte del quehacer médico. Esta adecuación se realiza a través del uso de un instrumento clínico específico llamado “entrevista”

o “semiología de la intimidad” y permite a los médicos y médicas comparar los datos clínicos que elaboran respecto de lo que les sucede a sus pacientes con los parámetros normativos de la respuesta sexual. La puesta en marcha de la semiología de la intimidad, así como la realización de diagnósticos, suponen la inscripción de procesos complejos, heterogéneos y singulares en un campo semiótico y material específico como el de la función sexual.

4). Los quehaceres de la sexología médica conllevan dos “desequilibrios prácticos”. El primero consiste en la distancia y discontinuidad entre la elaboración de los diagnósticos, proceso orientado por el esfuerzo en considerar la etiología multicausal de las disfunciones sexuales, y las estrategias terapéuticas, dirigidas a la resolución de los síntomas. El segundo es el que separa en términos de eficacia a los dos grandes grupos de estrategias terapéuticas, las psicoterapias y las terapias farmacológicas. Este segundo desequilibrio se relaciona con la preferencia por las terapias farmacológicas tanto por parte de médicos y médicas como de los pacientes. En tanto mediadores, la disponibilidad de las terapias farmacológicas regula y optimiza la respuesta sexual masculina y, al mismo tiempo, da forma a los quehaceres médicos. Buena parte de las consultas provienen de pacientes que ya consumen estos medicamentos o que no están dispuestos a llevar adelante otro tipo de terapia.

5). Al suponer una alternativa terapéutica eficaz, fácil de utilizar y segura, la disponibilidad y el uso de sildenafil da centralidad a los genitales masculinos y a la llamada función eréctil en el campo de la sexología. Este tipo de tratamientos regulan y optimizan a la respuesta eréctil. Dada su capacidad de mimesis con los procesos fisiológicos y que el consumo medicamentoso muchas veces se lleva adelante en secreto, el sildenafil formatea la respuesta eréctil como una *performance* mecánica naturalmente infalible, pero, al mismo, dependiente del medicamento. Otro efecto de la disponibilidad y consumo del sildenafil es el formateo de la respuesta sexual masculina como un evento independiente de los contextos, estímulos, sentimientos que pueden ponerse en juego en las relaciones sexuales.

6). Una última conclusión de este capítulo surge del contraste entre el abordaje de la disfunción eréctil, malestar por el cual consultan con mayor frecuencia los hombres

cis, y deseo sexual hipoactivo, disfunción por la que más se acercan a los consultorios sexológicos las mujeres cis. A diferencia de la simplicidad, asertividad, naturalidad con la que se administran y se asimilan los efectos de las terapias farmacológicas, el deseo sexual hipoactivo conlleva un abordaje terapéutico complejo y situado. La sexología no dispone de una alternativa terapéutica que pueda implementarse en el abordaje de esta disfunción independientemente de sus causas como sí sucede con el sildenafil como tratamiento para la disfunción eréctil. Por sus características, el deseo sexual hipoactivo demanda un abordaje que atienda su etiología multicausal, es decir, el contexto específico en el que tiene lugar y el modo singular en el que se conforma y manifiesta. Así y todo, la efectividad de este tipo de alternativa terapéutica no puede mensurarse como sí se hace con la respuesta eréctil. El deseo sexual y su falta no logran traducirse como una etapa de la respuesta sexual asible por la sexología médica. Por ello conforma lo que he denominado un “hiato” para las estrategias clínicas de esta especialidad.

#### **Capítulo cuatro**

“Univocidades y multiplicidades ontológicas. El sexo y la sexualidad y el quehacer médico”

1). En el campo médico convive la producción de ontologías unívocas y múltiples, es decir, ontologías mecanicistas y esencialistas, con ontologías singulares y parciales. Las ontologías no son exclusivas, de hecho, la medicina realiza mucho trabajo para organizar de manera coherente a las ontologías múltiples en las que suelen apoyarse las unívocas. Un ejemplo de ello es la producción de la diferencia sexual en la medicina. Los quehaceres médicos moldean a la diferencia sexual de maneras disímiles, en distintas escalas y de acuerdo con diversas características. Esa multiplicidad se constituye y organiza en relación con una diferencia encapsulante y globalizante dada por el “hombre” y la “mujer”.

2). En el abordaje semiológico, es decir, durante la primera etapa de la consulta clínica, la medicina asume que el sexo conforma una realidad homogénea en la que genes, valores de análisis clínicos, genitales, expresión de género, hormonas guardan una relación de coherencia en términos cissexuales. La implementación de la historia clínica como instrumento médico-administrativo se yuxtapone con esa

presunción y la sedimenta de manera tal que la no “autoevidencia” del sexo conforma un problema. La paradoja del sexo como dato semiológico es que su “autoevidencia” se sustenta en el supuesto de que la expresión de género sería el corolario de las características genitales, genéticas y hormonales de las personas, es decir, como si el sexo fuese un dato transparente, a través del cual se puede acceder de manera directa a información genial, genética y hormonal que no necesariamente está articulada en términos cissexuales.

3). La ginecología, la urología y la sexología médica componen mapas semióticos-materiales específicos, es decir, definen unidades funcionales, escalas morfológicas y conexiones específicas. La ginecología se conforma como un mapa de la diferencia sexual, es decir, sus singularidades y fronteras se traman en relación con la producción de “la salud de la mujer” como un campo específico, homogéneo y distinto. El mapa de la urología supone conexiones disímiles, por ejemplo, con escalas y definiciones de la anatomía y la cirugía. El mapa de esta especialidad está atravesado por la diferencia sexual. En el caso de los hombres cis, el llamado aparato urinario y el sexual se solapan entre sí, conformando el área y las funciones de injerencia de la urología. No sucede lo mismo con el aparato urinario y sexual de las mujeres cis cuyas características se dividen entre las competencias de la urología (el aparato urinario) y la ginecología (el aparato sexual y reproductivo), división que las mujeres cis, en sus prácticas, recrean. El mapa de la sexología médica guarda relación de afinidad productiva con el campo de la fisiología y con la heterosexualidad. La sexología produce a los procesos de la excitación sexual en los cuerpos de acuerdo con una “fisiología de la heterosexualidad”, es decir, con la organización teleológica de procesos fisiológicos que tendrían como fin el coito vaginal.

4). La hospitalidad refiere a un modo de hacer poroso, a la capacidad de apertura y afectación que tiene lugar en las relaciones entre médicos, médicas y pacientes. La medicina produce al sexo como una realidad unívoca y encapsulante. Esta producción intercede en las posibilidades del ejercicio de prácticas hospitalarias en relación con el abordaje de la salud de personas trans. El sexo como un dato originario e indeleble de los cuerpos trae aparejados cierres prácticos, es decir, dificultades para abrir y reconfigurar las prácticas médicas en relación con las

particularidades de los procesos que se abordan. Además, se relaciona con la violencia epistemológica que supone la producción de “otro” intensificándola: no se trata sólo de un “otro” paciente, que sabe menos y asume un rol pasivo frente al quehacer y el saber médico, sino de otro sexual, construido como tal en relación con los procedimientos y categorías que la medicina ha estipulado *a priori*.

## 2. Generales

### **Sobre la metodología: incertidumbres y potencias del análisis situado**

En la parte inicial de la tesis he presentado las características de la estrategia metodológica puesta en práctica en esta investigación. Sin embargo, considero relevante volver sobre algunos aspectos de la metodología también en las conclusiones. Eso se debe a que el diseño de una estrategia metodológica de carácter situado, como la que aquí se implementó, no antecede completamente a su ejercicio, sino que, por el contrario, se formula y reformula en y con él. Por ello, “cómo” se ha llevado a cabo la investigación forma parte del aprendizaje y de los aportes que esta tesis intenta materializar y compartir.

Una metodología situada refiere al modo de aproximarse a los procesos que se investigan evitando la aplicación mecánica de estrategias metodológicas y marcos teóricos universales sobre una realidad particular. Por el contrario, se trata de producirlos a partir del entrelazamiento entre teoría y práctica, en diálogo con aquello que se investiga. En el caso de esta tesis, tanto la metodología como la elección y confección del marco teórico fueron resultado del diálogo con el campo investigado. Ese diálogo se trazó en un ida y vuelta dinamizado a partir de preguntas, en un acercamiento pausado, especulativo, que intentó ser minucioso y reflexivo. El abordaje de la pregunta que articuló esta tesis, es decir, las relaciones entre los quehaceres de la ginecología, la urología y la sexología médica y las ontologías corporales, requirió que el marco teórico y la metodología tengan un carácter abierto y poroso, que se dispongan de tal manera que abran las posibilidades para conformarse a partir del intercambio con aquello que se investigaba.

Las singularidades prácticas de cada especialidad médica, de los modos en los configuran y tratan sus objetos, de los materiales e instrumentos de los que

disponen, así como las características de las demandas que reciben, me fue llevando por un proceso específico de producción de datos y recolección de materiales provenientes del campo investigado. En esta investigación, lo que se conoce como “muestreo” no era algo sabido de antemano. Por el contrario, la confección del conjunto de materiales analizados conforma un resultado, un hallazgo.

En tanto agentes, los instrumentos, guías de prácticas clínicas, protocolos, programas, artículos académicos, entre otros, fueron dando forma, cada vez más precisa, al objeto de análisis de esta investigación. En el caso de la ginecología, por ejemplo, el análisis comenzó por los programas de residencias en tocoginecología. Esos programas, como vimos, son emitidos por distintas instancias ministeriales. Luego, al analizar las guías de prácticas clínicas compartidas en las páginas web de las organizaciones profesionales, me encontré con que muchas de estas guías fueron emitidas por el ex Ministerio de Salud, particularmente por el Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable. Las singularidades de esos materiales me permitieron entender ciertas características de los quehaceres de ginecólogos y ginecólogas en los consultorios, cómo se hacen los controles, en qué consisten, cuáles son sus métodos. También me permitieron entender la presencia diferencial del Estado en el ejercicio de la ginecología, así como en los procesos que atañen a la llamada salud sexual y reproductiva de las mujeres cis.

Las categorías de análisis también fueron elaboradas en un diálogo permanente con el campo investigado y con la reunión de materiales. El análisis consistió en un proceso de confección de artefactos categoriales específicos, parciales y porosos. Consciente de que las categorías de análisis no son ajenas a los procesos analizados, sino que, por el contrario, también los constituyen como tales, he intentado que la elaboración de esas categorías se realice en proximidad con esos procesos. La descripción y el análisis del objeto investigado en esta tesis se fueron haciendo más precisos y objetivos en la medida en que el acercamiento al campo me fue permitiendo elaborar categorías irrigadas y formateadas en el vínculo con sus protagonistas humanos (médicos, médicas y estudiantes) y no humanos (guías de práctica clínica, instrumentos diagnósticos, protocolos, entre otros). Por ejemplo, las “condensaciones ginecológicas” son un concepto que permitió dar cuenta de los densos entrecruzamientos entre programas estatales, regulaciones cis heterosexuales, características clínicas, prácticas médicas y procesos corporales que afectan principalmente a las mujeres cis y hombres trans en torno a los cuales

se articula el campo ginecológico, campo particularmente vasto. La elaboración de este concepto sólo fue posible en el contacto con las singularidades, la complejidad y la magnitud de agentes que intervienen en el campo ginecológico.

Otro ejemplo es la idea de “composiciones” o “agenciamientos” urológicos. Este concepto fue elaborado en el contacto con el campo urológico. Me refiero principalmente a la relación entre dos dimensiones: los efectos singulares de las normas sexo-genéricas en esta especialidad y sus competencias médicas específicas, es decir, el enfoque resolutivo de sus habilidades clínicas y la centralidad de lo técnico-quirúrgico entre sus alternativas terapéuticas.

A través de la idea de “composiciones” o “agenciamientos” he podido analizar algunos efectos de las disposiciones diferenciales de las dimensiones señaladas en tres tipos quehaceres urológicos. Me refiero a las dolencias prostáticas, la colocación de prótesis penianas o testiculares y la realización de vaginoplastías. La idea de composiciones me permitió destacar, dentro del campo urológico, la convivencia de distintas prácticas médicas, así como de las ontologías corporales que se producen en esas prácticas.

Un último ejemplo de la elaboración situada de categorías refiere al campo clínico de la sexología médica. El proceso de investigación me fue mostrando que el campo sexológico se articula de manera puntual, menos dispersa y densa que el de la urología y más aún que el de la ginecología, en torno al abordaje de las llamadas “disfunciones sexuales”. Los materiales recolectados y analizados intervienen sobre todo en la organización de los procesos clínicos, diagnósticos y terapéuticos de las disfunciones sexuales, dejando de lado temas que no se centran en ese diagnóstico como, por ejemplo, los derechos sexuales y reproductivos, prácticas relacionadas a la prevención, entre otros. Las categorías de análisis elaboradas no son ajenas al perfil concreto y pragmático del campo sexológico. Por ejemplo, la idea de “artilugios onto-epistemológicos” permite analizar las maneras en las que categorías médicas como “respuesta sexual” y “función sexual” organizan y dan forma a los procesos corporales que supuestamente describen. Asimismo, la noción de “desequilibrios prácticos” se vincula con las maneras en las que la sexología médica entiende, diagnostica y trata a los procesos corporales relacionados con la función sexual, así como con las alternativas terapéuticas de las que dispone.

Resumiendo, cómo investigar las relaciones entre las prácticas médicas y las ontologías corporales fue algo que aprendí a medida que los objetos de análisis

fueron tomando forma. Convivir con la incertidumbre que produce no tener de antemano una guía de ruta metodológica que indique qué hacer, sino más bien parámetros generales de cómo hacer, me permitió recorrer un camino metodológico situado, vinculado, conectado y dependiente de los objetos de análisis. Es decir, un camino dialógico que en su acercamiento me permitió describir y analizar determinados aspectos de procesos localizados y parciales como los aquí presentados.

### **La pluralidad de las prácticas y la heterogeneidad del campo médico**

La segunda conclusión refiere al carácter heterogéneo del campo médico, así como de los objetos clínicos y terapéuticos con los que trata. En el inicio de la investigación que dio lugar a esta tesis me proponía analizar los modos en los que la medicina, a secas, se relaciona con el sexo y la sexualidad. Haciéndose eco del retraimiento en torno al análisis de la materialidad de los cuerpos señalado por autoras como, por ejemplo, Fausto-Sterling (2006) y Haraway (1995), esta investigación se proponía el abordaje de esa dimensión. A esa primera decisión le siguió una pregunta: ¿cómo investigar, desde las ciencias sociales, los efectos materiales de la medicina sobre los cuerpos? Una manera de hacerlo, tal como señala Mol (2002), es a través del análisis de las prácticas médicas.

El examen de las prácticas médicas se llevó a cabo a partir del análisis de distintos materiales como entrevistas a médicos, médicas y estudiantes de medicina, guías de prácticas clínicas, programas de formación, instrumentos semiológicos como las historias clínicas y aquellos que se utilizan para la realización de diagnósticos, artículos científicos, entre otros. Con el correr del proceso investigativo se fue haciendo evidente que cada especialidad médica modela sus objetos clínicos y establece sus estrategias de abordaje, técnicas diagnósticas y terapéuticas de maneras distintas. O sea, el análisis de las prácticas médicas enfrentó a esta investigación con el carácter plural y heterogéneo de los quehaceres englobados en el llamado campo médico.

El intento inicial por identificar los modos en los que la medicina, a secas, se relaciona con el sexo y la sexualidad y sus efectos materiales sobre los cuerpos, se basaba en una serie de supuestos que no facilitaban el acercamiento hacia el carácter plural de prácticas médicas recién señalado. Definido de esta manera, el problema de análisis inicial implicaba añadir, no sin esfuerzo, homogeneidad a la

proliferación de diferencias que iban emergiendo en el análisis de los distintos materiales. Esta definición inicial empezó a parecerse más a un obstáculo que a una estrategia que facilitase la producción de conocimiento sobre el campo médico y sus efectos materiales sobre los cuerpos sexo-generizados.

La medicina clínica, lejos de conformar un campo de prácticas homogéneo que produce efectos más o menos unívocos, es resultado de la articulación de especialidades médicas heterogéneas que configuran y organizan estrategias clínicas específicas en relación con los objetos que definen y tratan. Cada especialidad compone un universo complejo, también heterogéneo, que comparte una serie de elementos como definiciones epistemológicas, posibilidades técnicas, estrategias prácticas y efectos ontológicos sobre los procesos que trata, articulados de manera singular y dinámica.

### **El funcionamiento de entramados epistemológicos, prácticos y ontológicos**

Las prácticas médicas se definen y organizan en relación con los objetos clínicos que tratan y las alternativas terapéuticas de las que disponen y, ambas cosas, se articulan con relación a las definiciones disciplinarias de cada especialidad médica. Otra conclusión de la tesis refiere a la necesidad de consignar de modo diferencial la dimensión epistemológica, práctica y ontológica, así como comprender el entramado entre ellas al interior de cada especialidad médica.

El proceso de análisis me permitió distinguir y comprender lo “epistemológico” como las maneras en las que cada especialidad define sus objetos y competencias, así como las categorías específicas con las que los abordan, lo “práctico” como los modos en los que cada especialidad configura, organiza y pone en acto sus quehaceres clínicos y lo “ontológico” como la producción de los cuerpos, sus mecanismos, funciones y procesos de salud y enfermedad. Estas tres dimensiones se entrelazan entre sí de distintas maneras en el ejercicio de la medicina clínica. Muchas veces se yuxtaponen produciendo zonas de coherencia y consistencia entre lo que se define, lo que se hace y lo que las cosas son. Sin embargo, su relacionamiento también produce espacios de inconsistencia que abren posibilidades para la emergencia de ontologías, para la reconfiguración de las prácticas, así como para la redefinición de las categorías médicas y de los objetos clínicos que cada especialidad define y trata. A continuación, voy a reponer brevemente generalidades de los entramados de las tres especialidades analizadas:

- La ginecología se define por el abordaje de “la salud integral de la mujer en sus distintos ciclos vitales”. En tanto objeto clínico, la “salud integral de la mujer” supone campo de atención que no se ciñe al abordaje de malestares y/o cuadros patológicos. Por el contrario, esta definición abre el campo de la ginecología hacia procesos más amplios, especialmente aquellos vinculados con lo reproductivo. En continuidad y coherencia con lo recién señalado, buena parte de las prácticas ginecológicas se organizan en torno a la regularidad de los llamados “controles en salud” de mujeres cis. Estos controles consisten principalmente en la realización de dos estudios, Colposcopías y PAP, y en el control respecto del uso de métodos anticonceptivos. La definición del campo ginecológico y el tipo de prácticas clínicas que se llevan a cabo en el marco de esta especialidad médica se relacionan productivamente con la producción de los cuerpos de las mujeres cis como cuerpos reproductivos, frágiles, que requieren cuidado regular y responsables de su salud.
  
- La urología es una especialidad clínico-quirúrgica que se define por el abordaje y la resolución de “las patologías que atañen al sistema urinario de ambos sexos y al aparato reproductor del varón”. Las consultas más frecuentes en los consultorios de urología general se vinculan a las demandas de hombres cis que llegan por dificultades asociadas a la función urinaria y a veces sexual. Las características generales del campo urológico, así como de los quehaceres que se llevan a cabo en sus consultorios se relacionan productivamente con las características de los cuadros clínicos que atañen a los hombres cis. Éstos suelen consistir en patologías puntuales que finalizan con el accionar exitoso de la urología. En su relación con esta especialidad, los cuerpos de los hombres cis se moldean como autosuficientes, es decir, como cuerpos que prescinden del cuidado y en control médico permanente, salvo que emerja un cuadro patológico.  
El carácter técnico-quirúrgico del campo urológico da lugar a la configuración de otros tipos de entramados que si bien no se ajustan exactamente a las definiciones disciplinarias de la urología general

tampoco son ajenos a ellas. Me refiero a lo que sucede en la colocación de prótesis penianas y testiculares, así como la realización de vaginoplastias. Ambos casos suponen entrelazamientos singulares entre prácticas médicas específicas, definiciones epistemológicas y ontologías corporales que se conectan con la urología general por su carácter técnico-quirúrgico y resolutivo.

- La sexología es una especialidad clínica que se define por el abordaje y la resolución de las llamadas disfunciones sexuales. Su puesta en práctica por parte de médicos y médicas supone el moldeamiento de la función sexual en términos de respuesta sexual, es decir, en términos de mecanismos fisiológicos. El funcionamiento adecuado de los mecanismos de la respuesta sexual permite a hombres y mujeres cis llevar a cabo relaciones sexuales de coito vaginal. El moldeamiento de la función sexual en términos fisiológicos se relaciona con la capacidad de la sexología médica de administrar e indicar el uso de medicamentos como tratamientos para las disfunciones sexuales. Este tipo de prácticas terapéuticas refuerzan tres cuestiones: 1. la reducción de la función sexual a los mecanismos fisiológicos que intervienen en el coito vaginal, 2. la naturalidad de la cisheterosexualidad, 3- el rol de la medicina como disciplina capaz de administrar alternativas terapéuticas efectivas en el abordaje de malestares sexuales.

El análisis del funcionamiento de los entramados de cada especialidad médica me ha permitido aproximarme a las características epistemológicas, prácticas y ontológicas no en tanto definiciones, quehaceres o sustancias estables, sino en tanto procesos dinámicos que, en su relacionamiento, se constituyen y dan forma entre sí. A partir de eso he podido analizar diversos modos en los que se producen y tienen lugar ontologías corporales plurales, pudiendo concluir que aquello que los cuerpos, el sexo y la sexualidad son, su naturaleza, así como sus potencialidades no tienen un carácter unívoco sino múltiple, dinámico y situado.

## **Intensidades y signos diferenciales en las regulaciones de lo femenino/masculino y lo cis/trans**

Otra conclusión de la tesis refiere al funcionamiento diferencial de las regulaciones normativas respecto de lo femenino y lo masculino, así como de lo cis y lo trans en los campos de las especialidades médicas analizadas. Las regulaciones normativas operan sobre los quehaceres médicos, así como sobre los procesos corporales produciéndolos, moldeándolos, dándoles forma de manera positiva. Sin embargo, también funcionan a través de la exclusión, el maltrato y la invisibilidad. Ambas caras de los procesos regulativos pueden tener lugar con diferente nivel de intensidad.

A lo largo de la tesis he analizado los modos diferenciales en los que se regulan los procesos que atañen a la salud sexual de las mujeres y los hombres cis. Uno de los modos en los que esto se manifiesta es, por ejemplo, en la presencia diferencial del Estado en la regulación de los campos de las especialidades médicas analizadas, especialmente entre la ginecología y la urología. De las tres especialidades analizadas la ginecología es la más intensamente regulada y con ella, los cuerpos de las mujeres cis. A diferencia de la urología y la sexología médica, el campo ginecológico se empalma, por medio de políticas estatales, con procesos biopolíticos de regulación de la población: a través de los cuerpos de las mujeres cis, se controlan variables poblacionales como embarazos, nacimientos e incluso las tasas de mortalidad materna e infantil.

El Estado regula el perfil profesional, así como las prácticas clínicas del campo ginecológico. Eso se presenta, por ejemplo, a través de su intromisión en las residencias en tocoginecología, específicamente, en los programas que definen sus contenidos y la orientación general de sus competencias clínicas. Las regulaciones estatales se orientan hacia el robustecimiento del perfil integral de médicos y médicas tocoginecólogos. Es decir, la formación de profesionales que actúen como médicos y médicas de cabecera de las mujeres cis a lo largo de sus vidas.

La proliferación diferencial de materiales como guías de prácticas clínicas, consensos y protocolos es otro de los modos en los que se manifiesta la intensidad de estas regulaciones. El campo de la ginecología no sólo es el más poblado por este tipo de materiales, sino que buena parte de éstos provienen de las distintas organizaciones profesionales en las que se organiza esta especialidad médica, así como de Estado, especialmente del Programa Nacional de Salud Sexual y

Procreación Responsable. Esos materiales no se limitan a la organización de los quehaceres de ginecólogos y ginecólogas en los consultorios. También avanzan en la conformación de un campo específico como la salud sexual y reproductiva dando forma a diversos procesos de salud, enfermedad y atención que tienen lugar en la vida de esas mujeres en términos reproductivos.

Asimismo, la frecuencia de los llamados controles en salud, es decir, de la asistencia regular a los consultorios médicos por parte de pacientes que no acusan síntomas, es otro de los efectos de la intensidad diferencial de regulaciones normativas en las que los quehaceres de los consultorios ginecológicos y los procesos de salud de las mujeres cis son nuevamente protagonistas.

La intensidad de las regulaciones del campo urológico es menor y su funcionamiento es distinto. A diferencia de la ginecología, el Estado prácticamente no interviene ni sobre la formación ni sobre el ejercicio de esta especialidad. Esta tarea está en manos principalmente de la Sociedad Argentina de Urología, organización profesional que también centraliza la edición de contenidos médico-científicos, la emisión de instrumentos como guías de prácticas y consensos y su divulgación.

La urología tiene a su cargo la atención de los malestares y patologías que atañen al llamado aparato sexual de los hombres cis. A diferencia de la ginecología, y a pesar, por ejemplo, de la alta prevalencia del cáncer de próstata en hombres cis adultos, su abordaje no consiste en controles periódicos en estados asintomáticos, sino principalmente en la atención a partir de la manifestación de síntomas. Asimismo, en esta investigación prácticamente no se han encontrado indicios de que los procesos relacionados a la salud sexual de los hombres cis sean abordados en términos reproductivos. En el caso de las mujeres cis, la asociación de lo sexual con lo reproductivo es uno de los tantos efectos de las regulaciones sexo-genéricas. En el caso de los hombres cis, los efectos tienen que ver con la disociación de lo sexual y lo reproductivo, así como con su identificación con la potencia, el rendimiento y la infalibilidad. Los quehaceres de la sexología médica se orientan en este sentido.

Los campos de la ginecología, urología y sexología médica son regulados de manera diferencial en términos cis heterosexuales por las normas de género. Asimismo, los quehaceres de estas especialidades producen, moldean, dan forma de manera silenciosa a los cuerpos y sus procesos de acuerdo con patrones cis

heterosexuales. Este silencio se vincula con la asimilación de las marcas vinculadas a las prácticas productivas de la medicina con lo natural y lo normal.

Las corporalidades que no se ajustan a los patrones cis heterosexuales también son reguladas por el quehacer médico, pero, generalmente, a través de mecanismos de exclusión, invisibilidad, de su construcción como lo excepcional, raro y/o excesivo. Lo vimos, por ejemplo, en relación con el abordaje ginecológico de hombres trans y en la atención de lesbianas en la consulta ginecológica. En futuras investigaciones se podría analizar cómo operan los efectos normativos de la invisibilidad de hombres gays.

De manera más dispersa y marginal, las corporalidades trans y las sexualidades no heterosexuales son reguladas de manera positiva a través del accionar de los campos clínicos que se abren a partir de, por ejemplo, materiales que están orientados a equipos interdisciplinarios de salud como las guías de prácticas clínicas sobre salud LGTB o Trans, emitidas tanto por el ex Ministerio de Salud de la Nación como por el Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires. También a través del establecimiento de servicios, como los consultorios amigables, que se dedican al abordaje de la “diversidad”. Estos materiales impulsan la organización de servicios capaces de abordar corporalidades y procesos de salud y enfermedad que no se ajustan a los patrones cis normativos. Sin embargo, también refuerzan el lugar de excepcionalidad de estos cuerpos y procesos.

Por último, quisiera mencionar el modo en el que se regulan los cuerpos de las mujeres trans en relación con los servicios especializados en la realización de vaginoplastías. Estos casos también son moldeados como lo excepcional. Pero esta excepcionalidad toma forma de producto personalizado y de “desafío quirúrgico”. Estas aperturas ontológicas junto con la disposición singular de las competencias urológicas son claves para la atención de las mujeres trans.

### **Las estrategias terapéuticas y la producción de lo sano, patológico y disfuncional**

Las estrategias terapéuticas, sus características, los modos en los que se organizan, administran y ponen en práctica, se relacionan tanto con las particularidades de los cuadros clínicos que abordan, así como con las posibilidades y limitaciones que ofrecen las herramientas terapéuticas disponibles. Cada una de

las especialidades médicas analizadas en esta tesis atienden y tratan a un abanico de situaciones clínicas posibles en relación con sus objetos médicos.

Por ejemplo, la salud integral de la mujer, objeto clínico de la ginecología, puede afectarse por irregularidades en el ciclo menstrual, por la manifestación de alguna infección de transmisión sexual, por algún tipo de lesión en el cuello de útero o por la necesidad de cambiar de método anticonceptivo. Las patologías que atañen a la función urinaria y al aparato sexual del varón, objetos clínicos de la urología, pueden incluir, por ejemplo, a la hiperplasia prostática benigna, verrugas genitales, infecciones en el tracto urinario y, también, la colocación de prótesis en genitales dañados a causa de una enfermedad o accidente. El abordaje de las disfunciones sexuales, objeto de la sexología, abarca cuadros específicos como la eyaculación precoz, la falta de deseo sexual, la disfunción eréctil, pero también las consultas motorizadas por el deseo de optimizar el rendimiento sexual.

Estos son algunos ejemplos de los numerosos cuadros que abordan las tres especialidades analizadas en esta tesis. El abanico es mucho más amplio, heterogéneo y dinámico. A grandes rasgos, este abanico puede organizarse en tres tipos de cuadros clínicos: los patológicos, los disfuncionales y los sanos.

Tanto la ginecología, urología y sexología médica abordan situaciones identificadas como patológicas. El abordaje de estos tipos de cuadros, generalmente identificados con la acción de algún tipo de agente etiológico, aunque no solamente, se organizan en torno a la identificación de la causa u origen y su resolución o cura. Frente a estos casos, las tres especialidades médicas organizan sus alternativas terapéuticas en términos pragmáticos, es decir, procurando la mayor efectividad. En el caso específico de los tratamientos que suponen intervenciones quirúrgicas, estos se orientan por un principio de conservación, es decir, por el intento de lograr la cura o resolución extrayendo y/o dañando lo menos posible los órganos y/o tejidos intervenidos. Los modos en los que se organiza la indicación de terapias farmacológicas como, por ejemplo, la indicación “óvulos” para dolencias ginecológicas o antibióticos para infecciones urinarias, entre otros, también se rigen por un principio pragmático. Primero se caracteriza de manera general el llamado agente etiológico y luego se indica el uso de la medicación de modo tal que resulte eficaz en la resolución del malestar. Generalmente, los cuadros que abordan estas tres especialidades médicas y que son identificados como patológicos, suponen un

punto de inicio dado por la manifestación de los síntomas en el consultorio médico y un punto final en su resolución.

Los cuadros disfuncionales se definen por la imposibilidad de llevar a cabo una función en términos “normales”. En esta tesis se ha investigado especialmente el abordaje de las disfunciones sexuales. Al igual que los cuadros patológicos, el tratamiento de las disfunciones sexuales, especialmente en manos de la sexología médica, también se orienta por un principio pragmático. El objetivo es resolver de manera concreta y eficaz aquello que impide el desenvolvimiento normal de los mecanismos que sostienen la función sexual. Para estos casos, las alternativas terapéuticas se organizan en dos grupos, las psicoterapias y las farmacológicas. La implementación de las psicoterapias requiere de esfuerzo por parte del o de la paciente. Implican un conjunto de prácticas, muchas veces de repetición, que se encaminan a la resolución de la disfunción. Aunque circunscriptas al síntoma, las psicoterapias generalmente suponen un proceso de readecuación de la función que el o la paciente lleva adelante consigo misma. La sexología médica indica este tipo de terapias principalmente para el abordaje del deseo sexual hipoactivo, disfunción por la que consultan mayormente mujeres cis. Cuando se trata de cuadros que pueden ser tratados a través de terapias farmacológicas, como las disfunciones eréctiles y eyaculación precoz, este tipo de respuesta terapéutica se configuran como primera opción. Su administración no requiere de mayores esfuerzos, sus efectos tienen poder de mimesis con la función sexual “normal”, incluso pueden optimizarla. Asimismo, la administración de medicamentos es una alternativa que los pacientes no sólo demandan, sino que consumen prescindiendo de la indicación médica. Más que un proceso, la medicación se configura a lo terapéutico como algo puntual. La rapidez de su eficacia y la baja demanda de involucramiento por parte de quien la consume configura a la indicación medicamentosa, respuesta frecuente de la sexología médica, como una respuesta asertiva más que como la puesta en práctica de proceso orientado por su asertividad.

En esta investigación se han detectado dos tipos de las alternativas terapéuticas de atención frente a situaciones en estados de salud. Por lado, se encuentran aquellas relacionadas a la prevención, es decir, las que se ponen en práctica para controlar un potencial riesgo para la salud. Un ejemplo de ello es la realización periódica del PAP principalmente a las mujeres cis, pero también a los hombres trans. Este tipo de prácticas no se encaminan hacia la resolución de algo

sino hacia el control de un estado y de una potencial amenaza. No se organizan con vistas a un final, sino que se suceden periódicamente. Por otro lado, están aquellas intervenciones que se orientan hacia un fin específico como el caso de las vaginoplastias. En este caso, se trata de configuraciones terapéuticas que consisten en el diseño de una respuesta más o menos singular a una demanda relacionada a la transformación corporal. Este tipo de consultas abre una serie de interrogantes respecto a los campos de intervención de la medicina y en torno a las distintas formas que toman las posibilidades terapéuticas, tema que espero poder profundizar en futuras investigaciones.

### **La medicina, el cis heterosexismo y salud trans**

A partir de la investigación que sustenta a esta tesis es posible afirmar que los entramados epistemológicos, prácticos y ontológicos que operan en el marco de cada una de las tres especialidades médicas analizadas se organiza a partir de regulaciones cis heterosexistas. En Estos entramados el cissexismo se pone en evidencia en la construcción del sexo como un dato homogéneo, emergente de la naturaleza, dado en el cuerpo en el nacimiento. Esa construcción implica el accionar permanente y, en general, sincronizado de prácticas médicas cuyos efectos gozan del silencio de lo que se modela como parte de la naturaleza y de la verdad de los cuerpos.

La producción de la heterosexualidad, moldeada por la función sexual, se relaciona con la producción del sexo. Frecuentemente, los quehaceres de las tres especialidades médicas analizadas abordan lo sexual como una dimensión que se ha derivado de procesos fisiológicos. Estos procesos fisiológicos se organizan en términos binarios correspondiendo, por un lado, a los propios de los hombres cis y, por otro, a las mujeres cis. La heterosexualidad se regula y moldea como una función que naturalmente desemboca en la posibilidad corporal de llevar a cabo relaciones sexuales de penetración vaginal y en la capacidad reproductiva.

Las consultas por parte de personas que ponen en práctica una sexualidad no heterosexual, como lesbianas y gays, son abordadas como eventos excepciones, o sea, como demandas de personas cuyos cuerpos, normales, guardan la potencialidad de desplegar su función natural. La presunción de heterosexualidad se entrelaza permanentemente con las definiciones epistemológicas, la organización de las prácticas y las posibilidades ontológicas que tienen lugar en los consultorios

médicos. La manifestación de procesos no heterosexuales requiere del desenvolvimiento de un proceso a contrapelo del flujo en el que se van entramando las dimensiones señaladas.

En relación con la atención de las personas trans, quisiera apuntar dos conclusiones. La primera refiere a la configuración y organización de los servicios relacionados con la salud trans como excepcionales, por fuera de los servicios regulares. Este tipo de servicios parecen garantizar un piso mínimo de respeto, buenos tratos y de conocimiento respecto de las particularidades que atañen a los procesos de salud de esta población. Los servicios regulares, por el contrario, se caracterizan por el desconocimiento y la puesta en práctica de tratos violentos que van desde el no reconocimiento de la identidad, la expulsión y la violencia física.

En general, los campos clínicos, las prácticas médicas y las posibilidades ontológicas de las tres especialidades analizadas están atravesadas por un cis heterosexismo constituyente. Sin embargo, las particularidades de estas especialidades se relacionan también tanto con las posibilidades como con las limitaciones para recombinar ciertos elementos y producir entramados epistemológicos, prácticos y ontológicos que hagan de los servicios de salud un espacio hospitalario para las personas trans, lesbianas y gays. El funcionamiento de posibilidades y limitaciones fue analizado tanto en el ejercicio de la urología como en el de la ginecología.

### **Los efectos de la racialización de los cuerpos**

Salvo contadas excepciones, los materiales médicos omiten menciones a la racialización de los cuerpos e incluso a otros tipos de dimensiones como la clase social. Esas excepciones tienen lugar en algunos materiales del campo ginecológico, en los que se mencionan, por ejemplo, la necesidad de considerar las singularidades “culturales” o “étnicas” de las pacientes durante la realización de la anamnesis. Las omisiones generalizadas me animan a pensar que, en general, las definiciones disciplinarias de la ginecología, urología y sexología médica están racializadas en términos de blanquitud, naturalizando la producción de cuerpos no marcados por la raza y la clase social.

A lo largo de la tesis se han analizado dos fragmentos de entrevistas en las que médicos, médicas y/o estudiantes pusieron de manifiesto la manera en la que se pone en juego la dimensión racializada de los cuerpos. En ambos casos de trataba

de hombres trans. El primero remitía a un caso de una persona “muy peluda”, “de familia árabe”. La marca racial enfatiza la sensación de asco que transmite el relato del o de la profesional. El segundo, remitía al caso de un hombre trans internado, inconsciente que, al ser “asiático” tenía un aspecto andrógino que impedía “deducir” el sexo de la persona. En ambos casos, las marcas raciales intensificaron la transfobia y las marcas de otredad, es decir, la distancia ontológica y epistémica que obstaculizan el ejercicio de prácticas más hospitalarias.

### **Prácticas médicas, ontologías y hospitalidad**

A lo largo de la tesis he analizado las maneras en las que las diferentes prácticas semiológicas, diagnósticas y terapéuticas que tienen lugar en el ejercicio de la ginecología, urología y ginecología médica se vinculan con la producción de ontologías corporales múltiples. He examinado también los procesos productivos que van en sentido contrario, es decir, las maneras en las que los campos médicos moldean a las corporalidades y a sus diferentes eventos clínicos en términos unívocos, como si su naturaleza fuese algo originario, una unidad homogénea dada y estable.

Las prácticas médicas no son ajenas a las ontologías corporales. Por el contrario, guardan una relación de consustancialidad. Los esfuerzos de los diferentes quehaceres médicos en pos de homogeneizar las existencias corporales también son múltiples, intensos y con efectos tangibles en el ejercicio clínico de las tres especialidades examinadas. Esos efectos han sido analizados, entre otras formas, en términos de hospitalidad. El proceso de análisis me permitió comprender que la producción de ontologías unívocas tiende a cerrar las posibilidades de un ejercicio médico hospitalario, es decir, de prácticas clínicas capaces de dejarse permear, adecuar, dar forma por aquello con lo que tratan. La producción médica de naturalezas biológicas monolíticas, regulares y mecánicas desfavorecen el surgimiento de alternativas prácticas en las que el quehacer médico se relacione con las singularidades de los procesos que aborda. Dicho en otras palabras, la producción de ontologías unívocas tiende a cerrar las posibilidades de que médicos y médicas conozcan y aprehendan a los cuadros clínicos con los que tratan a partir del aprendizaje que los y las pacientes pueden suministrarles sobre estos.

El ejercicio de prácticas clínicas que no impongan a los cuerpos y sus procesos lo que éstos son requeriría de quehaceres abiertos a la duda, a la observación, al

aprendizaje, a la especulación. Una medicina hospitalaria, capaz de dar lugar a las singularidades con las que trata, debe conformarse como una gimnasia porosa y situada, permeable a las particularidades materiales, requerimientos, necesidades y demandas de las personas con las que trata.

Las prácticas médicas no se moldean solamente en relación con las ontologías corporales. También se relacionan productivamente con definiciones epistemológicas. La posibilidades de que las prácticas clínicas de carácter hospitalario tengan lugar dentro de la ginecología, urología y sexología médica dependen también de la puesta en crisis y del abandono de las pretensiones universalistas con las que estas disciplinas definen lo que son los cuerpos y el sexo, la salud y la enfermedad, el hombre y la mujer.

### **3. Líneas de análisis para profundizar en futuras investigaciones**

El proceso de investigación que sustenta a esta tesis ha desembarcado en numerosas líneas de investigación que podrían ser recuperadas en futuros trabajos. A continuación, voy a enlistar las principales:

- La conformación de lo ginecológico en el ámbito de la Atención Primera de la Salud (APS). Este tema podría ser profundizado por lo menos de dos formas: 1)- Comparando el ejercicio clínico de la ginecología, el abordaje de las consultas más frecuentes, los tipos de respuestas terapéuticas que se brindan en consultorios privados y hospitales en relación con las consultas en APS. 2)- Analizando las formas en las que “lo ginecológico”, como campo de la salud, se articula en el marco de las estrategias de APS, ya sea como parte del ejercicio clínico de la ginecología, como parte de los quehaceres de médicos y médicas generalistas, y/o como parte de la implementación de otro tipo de estrategias de salud como la llamada “auto-toma” de PAP.

- La producción de la menopausia y andropausia como eventos médicos. Los roles de la demanda de las y los pacientes. Cómo definen la ginecología, la urología y la endocrinología las nociones de “bienestar” y

“satisfacción”. Las maneras en las que estas nociones se articulan con los quehaceres médicos. Cómo se organiza el abordaje clínico de este tipo de consultas, cómo se indican los llamados tratamientos de “reemplazo hormonal” y los modos en que médicos y médicas explicitan los riesgos que conllevan.

- Los modos en los que la urología define la noción de “efectividad” y los efectos de esta categoría sobre las prácticas clínicas. Las relaciones entre la llamada “medicina basada en la evidencia” y el quehacer urológico, así como las maneras en las que ese paradigma da forma a los quehaceres que tienen lugar en los consultorios clínicos.

- La producción de los campos de la salud y la enfermedad, especialmente en relación con los quehaceres de la cirugía, urológica y plástica, y de la sexología. Los roles del sistema privado de salud y de las corporaciones biofarmacéuticas. Las fronteras entre lo médico y lo cosmético. Las maneras en las que la conformación de lo patológico y lo sano se relacionan con la producción de jerarquías entre distintos tipos de demanda: ¿cómo se asignan los turnos quirúrgicos en los servicios de urología?, ¿cuáles son y cómo operan los criterios para evaluar la urgencia quirúrgica de una vaginoplastias o una prostatectomía? ¿Qué rol juegan las obras sociales y prepagas?, ¿cómo se financian las llamadas cirugías estéticas? ¿Cómo afecta a las prácticas médicas el hecho de que la demanda de una cirugía o de un tratamiento se configure como respuesta a una enfermedad o a un deseo?

- Los modos en los que se relaciona la racialización de los cuerpos con los quehaceres de la medicina y los efectos diferenciales en el acceso a la salud. Este proceso podría ser abordado de por lo menos dos maneras: 1)- A través de los modos en los que se moldean a los cuerpos como blancos y su relación con los quehaceres de clínicos de la ginecología, urología y sexología médica. 2)- A través de las formas en las que los cuerpos se marcan como no blancos, como negros o de color y su relación con los quehaceres clínicos de las especialidades investigadas.

## **Palabras finales**

El proceso de investigación que dio lugar a esta tesis, incluyendo la etapa de escritura, ha sido sumamente enriquecedor. El análisis, la identificación de hallazgos y la elaboración de conclusiones se convirtieron en una fuente permanente de nuevos interrogantes y matices para investigar más y mejor en un futuro, ojalá, cercano. Esta tesis supone el cierre de una etapa concreta y, simultáneamente, la apertura e inicio de múltiples y nuevos desafíos. Quiero finalizar este trabajo agradeciendo nuevamente a las personas que han hecho posible este proceso.

## Bibliografía consultada

Ahmed, S. (2018). *Vivir una vida feminista*. Barcelona: Bellaterra.

Akahatá, Abogados y abogadas del NOA en Derechos Humanos y Estudios Sociales (ANDHES), Asociación de Lucha por la Identidad Travesti y Transexual (ALITT), Asociación de Travestis Transexuales y Transgéneros de Argentina (ATTTA), Colectiva Lohana Berkins, Comisión de Familiares y Compañerxs de Justicia por Diana Sacayán- Basta de Travesticidios, ... Argentina. (2016). *Situación de los derechos humanos de las personas travestis y trans en la Argentina*. Recuperado de CELS website: [https://tbinternet.ohchr.org/Treaties/CEDAW/Shared%20Documents/ARG/INT\\_CEDAW\\_NGO\\_ARG\\_25486\\_S.pdf](https://tbinternet.ohchr.org/Treaties/CEDAW/Shared%20Documents/ARG/INT_CEDAW_NGO_ARG_25486_S.pdf)

Alaimo, S., y Hekman, S. J. (2008a). Introduction: Emerging Models of Materiality in Feminism Theory. En S. Alaimo y S. J. Hekman (Eds.), *Material Feminisms*. EE.UU.: Indiana University Press.

Alaimo, S., y Hekman, S. J. (Eds.). (2008b). *Material Feminisms*. Indiana University Press.

Alcántara Zavala, E., y Amuchástegui Herrera, A. (2009). Terapia sexual y normalización: Significados del malestar sexual en mujeres y hombres diagnosticados con disfunción sexual. *Physis (Rio J.)*, 19(3), 591-615.

Amthauer, C. (2016). As representações da masculinidade na adesão do toque retal como prevenção contra o câncer prostático Representations of masculinity in adherence of rectal examination as prevention against prostate cancer. *Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental Online*, 8(3), 4733-4737.

Ariza, L. (2012). Gestión poblacional del parentesco y normatividad: La producción de variabilidad biológica en el intercambio de gametas de la reproducción asistida. En S. Barrón López, D. Jones, y C. Fígari (Eds.), *La producción de la sexualidad. Políticas y regulaciones sexuales en Argentina*. Buenos Aires: Biblos.

Ariza, L. (2014). Fotografías, registros médicos y la producción material del parentesco: Acerca de la coordinación fenotípica en la reproducción asistida en Argentina. En A. Cepeda y C. Rustoyburu (Eds.), *De las hormonas sexuadas al viagra: Ciencia, medicina y sexualidad en Argentina y Brasil*. Mar del Plata: EUDEM.

Ariza, L. (2016a). Cuerpos abstractos, riesgos concretos: Dispositivos clínicos

y la salud de las donantes de óvulos en la medicina reproductiva argentina. *Salud colectiva*, 12(3), 361–382. <https://doi.org/10.18294/sc.2016.789>

Ariza, L. (2016b). No pagarás: El Consentimiento Informado como productor de solidaridad en la medicina reproductiva. *Ciencia, docencia y tecnología*, (52), 240–268.

Barad, K. (1998). Getting real technoscientific practices and the materialization of reality. *differences: A Journal of Feminist Cultural Studies*. Duke University, 10(2), 88–128.

Barad, K. (2007). *Meeting the Universe Halfway: Quantum Physics and the Entanglement of Matter and Meaning*. London: Duke University Press.

Barad, K. (2014). Diffracting Diffraction: Cutting Together-Apart. *Parallax*, 20(3), 168–187. <https://doi.org/10.1080/13534645.2014.927623>

Bento, B. (2006). O dispositivo da transexualidade no contexto hospitalar. En C. F. Cáceres, G. Careaga, T. Frasca, y M. Pecheny (Eds.), *Sexualidad, estigma y derechos humanos. Desafíos para el acceso a la salud en América Latina*. Lima: FASPA/UPCH.

Bento, B. (2015). *Homem não tece a dor: Queixas e perplexidades masculinas*. Recuperado de [https://repositorio.ufrn.br/jspui/bitstream/123456789/18985/1/Homem%20nã](https://repositorio.ufrn.br/jspui/bitstream/123456789/18985/1/Homem%20n%C3%A3o%20tece%20a%20dor%20-%20Berenice%20Bento.pdf)

o%20tece%20a%20dor%20-%20Berenice%20Bento.pdf

Berg, M., y Mol, A. (1998). *Differences in Medicine: Unraveling Practices, Techniques, and Bodies*. London: Duke University Press.

Berkins, L. (2015). *Cumbia, copeteo y lágrimas: Informe nacional sobre la situación de las travestis transexuales y transgéneros*. Buenos Aires: Ediciones Madres de Plaza de Mayo.

Bey, H. (1999). T.a.z: La Zona Temporalmente Autónoma. *Nómadas*, (10), 10–23.

Bourdieu, P. (2000). *La dominación masculina*. Barcelona: Anagrama.

Bracke, S., y Paternotte, D. (2017). *¡Habemus género! La Iglesia católica e Ideología de Género. Textos seleccionados*. Brasil: ABIA - Asociación Brasileira Interdisciplinar de SIDA / SPW - Observatorio de Sexualidad y Política.

Brah, A. (2004). Diferencia, diversidad y diferenciación. En bell hooks, A. Brah, C. Sandoval, y G. Anzaldúa (Eds.), *Otras inapropiables. Feminismos desde las fronteras*. Madrid: Traficantes de sueños.

Brown, J. L. (2009). Los derechos (no) reproductivos y sexuales en los bordes entre lo público y lo privado. Algunos nudos del debate en torno a la democratización de la sexualidad. Recuperado 21 de noviembre de 2016, de Sexualidad, Salud y Sociedad" Revista Latinoamericana website: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=293322969002>

Brown, J. L., Pecheny, M. M., Gattoni, S., y Tamburrino, C. (2013). Gender, body and sexuality in gynecological care/Genero, cuerpo y sexualidad en la atención ginecológica/Genero, corpo e sexualidade em atendimento ginecológico. *Revista Artemis*, 15, 135–149.

Brown, J. L., Pecheny, M., Tamburrino, C., y Gattoni, S. (2013). "Cuerpo, sexo y reproducción. La noción de autonomía de las mujeres puesta en cuestión: El aborto y otras situaciones sensibles". *Revista Latinoamericana de Estudios sobre Cuerpos, Emociones y Sociedad*, 2(12), 37–50.

Brown, J. L., Tamburrino, M. C., Pecheny, M., Andia, A. M., Capriati, A., Ibarlucia, I., ... Mario, S. (2014). Atención ginecológica de lesbianas y bisexuales: Notas sobre el estado de situación en Argentina. *Interface comun. saúde educ*, 673–684.

Buikema, R., Griffin, G., y Lykke, N. (2012). *Theories and Methodologies in Postgraduate Feminist Research: Researching Differently*. EE.UU.: Routledge.

Butler, J. (2006). *Deshacer el género*. Buenos Aires: Paidós.

Butler, J. (2007). *El género en disputa: El feminismo y la subversión de la identidad*. Buenos Aires: Paidós.

Butler, J. (2008). *Cuerpos que importan: Sobre los límites materiales y discursivos del "sexo"*. Buenos Aires: Paidós.

Cabral, M. (2009). Salvar las distancias. Apuntes acerca de "Biopolíticas del género". En *Conversaciones Feministas. Biopolítica*. Buenos Aires: Ají de Pollo.

Cabral, M. (2014a, marzo 7). Cuestión de privilegio. Recuperado 26 de enero de 2017, de Página/12, Las12 website: <https://www.pagina12.com.ar/diario/suplementos/las12/13-8688-2014-03-09.html>

Cabral, M. (2014b, diciembre). Derecho a la igualdad. Tercera posición en materia de género. *Revista Derechos Humanos. Ministerio de Justicia y Derechos Humanos de la Nación, Año III-Nº 8*. Recuperado de <http://www.saij.gob.ar/cabral-mauro-derecho-igualdad-tercera-posicion-materia-genero-corte-suprema-australia-nsw-registrar-of-births-deaths-and-marriages-norrie-2-abril-2014->

dacf150277-2014-12/123456789-0abc-defg7720-51fcanirtcod

Cabral, M. (2016). Ojos bien abiertos. *Página 12 - Suplemento Soy*. Recuperado de <https://www.pagina12.com.ar/diario/suplementos/soy/1-4804-2016-10-21.html>

Cabral, M., y Benzur, G. (2005). Cuando digo intersex: Un diálogo introductorio a la intersexualidad. *Cadernos Pagu*, (24), 283–304. <https://doi.org/10.1590/S0104-83332005000100013>

Califia, P. (1993). *El libro de la sexualidad lesbiana*. Madrid: Talasa Ediciones.

Callon, M. (1986). Some Elements of a Sociology of Translation: Domestication of the Scallop and the Fishermen of St Brieuc Bay. En J. Law (Ed.), *Power. Action and Belief: A New Sociology of Knowledge?* London: London, R.K.P.

Canguilhem, G. (2004). *Escritos sobre la medicina*. Buenos Aires: Amorrortu.

Canguilhem, G. (2009). *Estudios de historia y de filosofía de las ciencias*. Buenos Aires: Amorrortu.

Canguilhem, G. (2011). *Lo normal y lo patológico*. Buenos Aires: Siglo XXI.

Capicua. (2013). *Aportes para pensar la salud de personas trans. Actualizando el paradigma de derecho humanos en salud*. Recuperado de Capicua website: <https://produccionhorizontal.noblogs.org/files/2014/05/Capicua-Gu%C3%ADa-sobre-salud-trans.pdf>

Carrara, S., Russo, J. A., y Faro, L. (2009). A política de atenção à saúde do homem no Brasil: Os paradoxos da medicalização do corpo masculino. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, 19(3), 659–678. <https://doi.org/10.1590/S0103-73312009000300006>

Cepeda, A., y Rustoyburu, C. (2014). Medicalizar los cuerpos, la salud y la sexualidad en América Latina. A modo de introducción. En *De las hormonas sexuales al viagra. Ciencia, Medicina y Sexualidad en Argentina y Brasil*. Mar del Plata: EUEM.

Chase, C. (2005). Hermafroditas con actitud. En *El eje del mal es heterosexual. Figuraciones, movimientos y prácticas queer*. Madrid: Traficantes de sueños.

Cisternas, M. (2016). Vaginismo: El cuerpo histórico desde el biopoder. En J. P. Sutherland (Ed.), *Ficciones políticas del cuerpo. Lecturas universitarias del género, sexualidades críticas y estudios queer*. Santiago de Chile: Editorial Universitaria.

Clarke, A. E., Shim, J. K., Mamo, L., Fosket, J. R., y Fishman, J. R. (2003). Biomedicalization: Technoscientific Transformations of Health, Illness, and U.S. Biomedicine. *American Sociological Review*, 68(2), 161–194.

<https://doi.org/10.2307/1519765>

Coccia, E. (2017). *La vida de las plantas. Una metafísica de la mixtura*. Buenos Aires: Miño y Dávila.

Coll-Planas, G. (2010). La policía del género. En G. Coll-Planas y M. Missé (Eds.), *El género desordenado. Críticas en torno a la patologización de la transexualidad*. Madrid: Egales.

Conrad, P. (2008). *The Medicalization of Society: On the Transformation of Human Conditions into Treatable Disorders*. Baltimore, Maryland: JHU Press.

Corrêa, S., y D'Elío, F. (2017). Prólogo. En S. Bracke y D. Paternotte (Eds.), *¡Habemus género! La Iglesia católica e Ideología de Género. Textos seleccionados*. Brasil: ABIA - Asociación Brasileira Interdisciplinar de SIDA / SPW - Observatorio de Sexualidad y Política.

Costa, T., Stotz, E. N., Grynszpan, D., y Souza, M. do C. B. de. (2006). Naturalization and medicalization of the female body: Social control through reproduction. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, 10(20), 363–380. <https://doi.org/10.1590/S1414-32832006000200007>

Cotten, T. T. (2014). Surgery. *TSQ: Transgender Studies Quarterly*, 1(1–2), 205–207. <https://doi.org/10.1215/23289252-2400028>

de Lauretis, T. (1989). La tecnología del género. En *Technologies of Gender. Essays on Theory, Film and Fiction*. Londres: Macmillan Press.

de Lauretis, T., y Mendiola, S. (1990). La esencia del triángulo, o tomarse en serio el riesgo del esencialismo: Teoría feminista en Italia, los E.U.A. y Gran Bretaña. *Debate Feminista*, 2, 77–115.

Deleuze, G., y Guattari, F. (2010). *Mil mesetas: Capitalismo y esquizofrenia*. España: Pre-Textos.

Descola, P. (2012). *Más allá de naturaleza y cultura*. Buenos Aires: Amorrortu Editores España SL.

Descola, P. (2016). *La composición de los mundos*. Buenos Aires: Capital Intelectual.

Devaux. (2012). *Discurso de Drew Devaux en el evento "No más Disculpas"*. Presentado en No más Disculpas, Canadá. Recuperado de <http://akntiendz.com/?p=11841>

Edelman, E. A., y Zimman, L. (2014). Boycunts and bonus holes: Trans men's bodies, neoliberalism, and the sexual productivity of genitals. *Journal of*

*Homosexuality*, 61(5), 673–690. <https://doi.org/10.1080/00918369.2014.870438>

Esposito, R. (2011). *Bíos: Biopolítica y filosofía*. Buenos Aires: Amorrortu.

Farji Neer, A. (2014). Las tecnologías del cuerpo en el debate público. Análisis del debate parlamentario de la Ley de Identidad de Género argentina. *Sexualidad, Salud y Sociedad - Revista Latinoamericana*, 0(16), 50–72. (Debate parlamentario, identidad de género, cuerpo).

Farji Neer, A. (2018a). Entre lo moral y lo clínico. Los primeros profesionales especializados en tratamientos de construcción corporal trans en Argentina (1998-2012). *Revista Latinoamericana de Estudios sobre Cuerpos, Emociones y Sociedad*, 0(26), 11-21–21.

Farji Neer, A. (2018b). Los/as profesionales de la salud frente a la Ley de Identidad de Género argentina. Tensiones entre el saber experto y el cuidado integral. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, 28, e280318. <https://doi.org/10.1590/s0103-73312018280318>

Faro, L., y Russo, J. A. (2017). Testosterona, deseo sexual e conflicto de interesse: Periódicos biomédicos como espaços privilegiados de expansão do mercado de medicamentos. *Horizontes Antropológicos*, 23(47), 61–92. <https://doi.org/10.1590/s0104-71832017000100003>

Fausto-Sterling, A. (2006). *Cuerpos sexuados: La política de género y la construcción de la sexualidad*. Madrid: Melusina.

Foucault, M. (1992). *Microfísica del poder*. Buenos Aires: La Piqueta.

Foucault, M. (2001). *Un diálogo sobre el poder y otras conversaciones*. Barcelona: Alianza.

Foucault, M. (2002). *Historia de la sexualidad. La voluntad de saber*. Buenos Aires: Siglo XXI.

Foucault, M. (2008a). *Genealogía del racismo*. Buenos Aires: Altamira.

Foucault, M. (2008b). *La vida de los hombres infames: Ensayos sobre desviación y dominación*. Buenos Aires: Caronte Ensayos.

Foucault, M. (2009). La vida: La experiencia y la ciencia. En G. Giorgi y F. Rodríguez (Eds.), *Ensayos sobre biopolítica. Excesos de vida*. Buenos Aires: Paidós.

Foucault, M. (2010). *El cuerpo utópico. Las heterotopías*. Buenos Aires: Nueva Visión.

Foucault, M. (2012a). *El poder, una bestia magnífica: Sobre el poder, la prisión y la vida*. Buenos Aires: Siglo XXI.

Foucault, M. (2012b). *Vigilar y castigar: Nacimiento de la prisión*. Bs. As.: Biblioteca Nueva.

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

Freitas, P. de. (2008). "A mulher é seu útero". A criação da moderna medicina feminina no Brasil. *Antíteses*, 1(2), 174–187. <https://doi.org/10.5433/1984-3356.2008v1n2p174>

Fundación Huésped, Ministerio de Salud de la P. de B. A., y IIGG. (2017). *Análisis de la accesibilidad y la calidad de atención de la salud para la población lesbiana, gay, trans, bisexual (LGBT) en cinco regiones sanitarias de la provincia de Bs. As.* Recuperado de <https://www.huesped.org.ar/wp-content/uploads/2017/04/Informe-Salud-LGBT-PciaBsAs-FINAL.pdf>

Garbagnoli, S. (2017). Contra la herejía de la inmanencia: El "género" según el Vaticano como nuevo recurso retórico contra la desnaturalización del orden sexual. En S. Bracke y D. Paternotte (Eds.), *¡Habemus género! La Iglesia católica e Ideología de Género. Textos seleccionados*. Recuperado de <https://sxpolitics.org/GPAL/uploads/ebook-2018-17122018.pdf>

Giami, A. (2005). A medicalização da sexualidade. Foucault e Lantéri-Laura: História da medicina ou história da sexualidade? *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, 15(2), 259–284. <https://doi.org/10.1590/S0103-73312005000200005>

Giami, A. (2007). Permanência das representações do gênero em sexologia: As inovações científica e médica comprometidas pelos estereótipos de gênero. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, 17(2), 301–320. <https://doi.org/10.1590/S0103-73312007000200006>

Giami, A. (2009). Da impotência à disfunção erétil. Destinos da medicalização da sexualidade. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, 19(3), 637–658. <https://doi.org/10.1590/S0103-73312009000300005>

Giami, A., y Russo, J. (2013). The Diversity of Sexologies in Latin America: Emergence, Development, and Diversification. *International Journal of Sexual Health*, 25(1), 1–12. <https://doi.org/10.1080/19317611.2012.760507>

Goldenberg, M. J. (2006). On evidence and evidence-based medicine: Lessons from the philosophy of science. *Social Science y Medicine*, 62(11), 2621–2632. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2005.11.031>

Gomes, R., Nascimento, E. F. do, y Araújo, F. C. de. (2007). Por que os homens

buscam menos os serviços de saúde do que as mulheres? As explicações de homens com baixa escolaridade e homens com ensino superior. *Cadernos de Saúde Pública*, 23(3), 565–574. <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2007000300015>

González-Polledo, E. (2010). “No sé qué otra cosa podría ser”: Medicina entre la elección y el cuidado en la transición FTM. En G. Coll-Planas y M. Missé (Eds.), *El género desordenado. Críticas en torno a la patologización de la transexualidad*. Madrid: Egales.

Grzanka, P. R., DeVore, E., Gonzalez, K. A., Pulice-Farrow, L., y Tierney, D. (2018). The Biopolitics of Passing and the Possibility of Radically Inclusive Transgender Health Care. *American Journal of Bioethics*, 18(12), 17–19. <https://doi.org/10.1080/15265161.2018.1531167>

Hanssmann, C. (2016). Passing Torches? Feminist Inquiries and Trans-Health Politics and Practices. *TSQ: Transgender Studies Quarterly*, 3(1–2), 120–136. <https://doi.org/10.1215/23289252-3334283>

Haraway, D. (1978). Animal Sociology and a Natural Economy of the Body Politic, Part II: The Past Is the Contested Zone: Human Nature and Theories of Production and Reproduction in Primate Behavior Studies. *Signs*, 4(1), 37–60.

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

Haraway, D. (1999). Las promesas de los monstruos: Una política regeneradora para otros inapropiados/bles. *Política y sociedad*, (30), 121–164.

Haraway, D. (2004). *Testigo\_Modesto@Segundo\_Milenio: HombreHembra@\_Conoce\_Oncoratón(R)*. *Feminismo y tecnociencia*. Barcelona: Editorial UOC.

Haraway, D., y Goodeve, T. N. (2000). *How Like a Leaf: An Interview with Thyrsa Nichols Goodeve*. London: Psychology Press.

Harding, S. (1997). *Ciencia y feminismo*. Madrid: Ediciones Morata.

Harris, O. J. T., y Robb, J. (2012). Multiple Ontologies and the Problem of the Body in History. *American Anthropologist*, 114(4), 668–679. <https://doi.org/10.1111/j.1548-1433.2012.01513.x>

Henare, A., Holbraad, M., y Wastell, S. (2007). Introduction. En *Thinking Through Things: Theorising Artefacts Ethnographically*. London: Routledge.

Hird, M. J. (2012). Digesting Difference: Metabolism and the Question of Sexual Difference. *Configurations*, 20(3), 213–237.

<https://doi.org/10.1353/con.2012.0019>

Hocquenghem, G. (2009). *El deseo homosexual*. Madrid: Melusina.

Jones, D., y Gogna, M. (2014). De los médicos pioneros a la explosión del Viagra: Medicalización y sexología en la Argentina. En A. Cepeda y C. Rustoyburu (Eds.), *De las hormonas sexualizadas al Viagra. Ciencia, Medicina y Sexualidad en Argentina y Brasil* (pp. 139–171). Mar del Plata: Eudem.

Kessler, S., y McKenna, W. (2006). Toward a theory of gender. En S. Stryker y S. Whittle (Eds.), *The transgender Studies Reader*. New York: Taylor y Francis.

Korman, G. P., Viotti, N., y Garay, C. (2010). Orígenes y Profesionalización de la Psicoterapia Cognitiva. Algunas Reflexiones sobre la Reconfiguración del Campo PSI en Buenos Aires. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, XIX (2), 141–150.

La Valle, R. (2012). Crisis... ¿Qué crisis? *Revista del Hospital Italiano de Buenos Aires*, 32(4), 158–161.

Lane, R. (2018). “We Are Here to Help” Who Opens the Gate for Surgeries? *TSQ: Transgender Studies Quarterly*, 5(2), 207–227. <https://doi.org/10.1215/23289252-4348648>

Lash, S. (1999). Objetos que juzgan: El Parlamento de las cosas de Latour. En *Another Modernity. A Different Rationalit.* Recuperado de <http://eipcp.net/transversal/0107/lash/es/print>

Lash, S. (2007). *Sociología del posmodernismo*. Buenos Aires: Amorrortu.

Latour, B. (1994). On Technical MediationâPhilosophy, Sociology, Genealogy. *Common Knowledge*, 3(2), 29–64.

Latour, B. (2001). *La esperanza de Pandora: Ensayos sobre la realidad de los estudios de la ciencia*. Barcelona: Gedisa Editorial.

Latour, B. (2004). ¿Por Qué se ha Quedado la Crítica sin Energía? De los Asuntos de Hecho a las Cuestiones de Preocupación. *Convergencia*, 35.

Latour, B. (2007). *Nunca fuimos modernos: Ensayo de antropología simétrica*. Buenos Aires: Siglo XXI de España Editores, S.A.

Latour, B. (2008). *Reensamblar lo social: Una introducción a la teoría del actor-red*. Manantial.

Latour, B. (2009). Perspectivism: ‘Type’ or ‘bomb’? *Anthropology Today*, 25(2), 1–2. <https://doi.org/10.1111/j.1467-8322.2009.00652.x>

Latour, B. (2013). *Políticas de la naturaleza. Por una democracia de las ciencias*. Barcelona: RBA.

Latour, B., y Venn, C. (2002). Morality and Technology. *Theory, Culture y Society*, 19(5-6), 247-260. <https://doi.org/10.1177/026327602761899246>

Latour, B., y Woolgar, S. (1995). *La vida en el laboratorio: La construcción de los hechos científicos*. Alianza Editorial.

Law, J. (2004). *After Method: Mess in Social Science Research*. London: Psychology Press.

Law, J. (2007). *Actor Network Theory and Material Semiotics*. Recuperado de <http://www.heterogeneities.net/publications/Law2007ANTandMaterialSemiotics.pdf>

Law, J. (2015). *STS as Method*. Recuperado de <http://heterogeneities.net/publications/Law2015STSAsMethod.pdf>

Law, J., y Lien, M. E. (2013). Slippery: Field notes in empirical ontology. *Social Studies of Science*, 43(3), 363-378. <https://doi.org/10.1177/0306312712456947>

Le Blanc, G. (2004). *Canguilhem y las normas*. Buenos Aires: Nueva Vision.

Lehner, M. P., Findling, L., Encinas, L., y Champalbert, L. (2017). Cuidados y descuidos Percepciones sobre el auto-cuidado de la salud de dos generaciones de mujeres del gran Buenos Aires. *Symploké Revista Filosófica*, 7(Diciembre). Recuperado de <http://www.revistasymploke.com/revistas/SymplokeN7.pdf>

Loe, M. (2001). Fixing Broken Masculinity: Viagra as a Technology for the Production of Gender and Sexuality. *Sexuality y Culture*, 5(3), 97.

Lykke, N. (2012). This Discipline Which Is Not One: Feminist Studies as a Post-Discipline. En *Theories and Methodologies in Postgraduate Feminist Research: Researching Differently* (Vol. 137-150). Recuperado de <http://libris.kb.se/hitlist?d=librisyq=978-0-415-88881-3yf=simpyspell=trueyhist=trueyp=1>

Macherey, P. (2011). *De Canguilhem a Foucault: La fuerza de las normas*. Buenos Aires: Amorrortu.

Maffía, D. (2003). *Sexualidades migrantes. Género y transgénero*. Buenos Aires: Feminaria.

Maffía, D., y Cabral, M. (2003). Los sexos, ¿son o se hacen? En D. Maffía (Ed.), *Sexualidades migrantes. Género y transgénero*. Bs. As.: Feminaria.

Marshall, B. L. (2010). Science, medicine and virility surveillance: 'Sexy seniors' in the pharmaceutical imagination. *Sociology of Health y Illness*, 32(2), 211-224. <https://doi.org/10.1111/j.1467-9566.2009.01211.x>

Marshall, B. L., y Katz, S. (2002). Forever Functional: Sexual Fitness and the Ageing Male Body. *Body y Society*, 8(4), 43–70. <https://doi.org/10.1177/1357034X02008004003>

Martin, E. (2006). *A mulher no corpo: Uma analise cultural da reproducao*. Río de Janeiro: Editora Garamond.

Martínez, S. J. (2014). *¿Desmontando el Privilegio Cissexual o el Miedo a conocernos?* Recuperado de <http://akntiendz.com/?p=9987>

Mesics, S. (2018). When Building a Better Vulva, Timing Is Everything: A Personal Experience with the Evolution of MTF Genital Surgery. *TSQ: Transgender Studies Quarterly*, 5(2), 245–250. <https://doi.org/10.1215/23289252-4348672>

Mines Cuenya, A. (2015). La percepción de los/as estudiantes de la carrera de Medicina de la Universidad de Buenos Aires sobre el tratamiento del aborto en la formación médica. *Población y Salud En Mesoamérica*, 13(1). Recuperado de <http://revistas.ucr.ac.cr/index.php/psm/article/view/19290>

Mines Cuenya, A., y Rodriguez, P. (2011). Cuando el aborto toca la puerta del consultorio. *Anuario Centro Cultural de la Cooperación Floreal Gorini*.

Mines Cuenya, A., Villa, G. D., Rueda, R., y Marzano, V. (2013). “El aborto lesbiano que se hace con la mano”. Continuidades y rupturas en la militancia por el derecho al aborto en Argentina (2009-2012). *Bagoas - Estudos gays: gêneros e sexualidades*, 7(09). Recuperado de <http://www.periodicos.ufrn.br/bagoas/article/view/4659>

Missé, M., y Coll-Planas, G. (2010). *El género desordenado: Críticas en torno a la patologización de la transexualidad*. Madrid: Egales.

Mol, A. (1999). Ontological politics. A word and some questions. *The Sociological Review*, 47(S1), 74–89. <https://doi.org/10.1111/j.1467-954X.1999.tb03483.x>

Mol, A. (2002). *The Body Multiple: Ontology in Medical Practice*. Durham, Estados Unidos: Duke University Press.

Mol, A. (2010). Actor-Network Theory: Sensitive terms and enduring tensions. *Kölner Zeitschrift für Soziologie und Sozialpsychologie. Sonderheft*, 50. Recuperado de <https://dare.uva.nl/search?identifier=75bbc661-0a89-475a-9eef-8c8c5a2e9904>

Mol, A. (2013a). Mind your plate! The ontonorms of Dutch dieting. *Social Studies of Science*, 43(3), 379–396. <https://doi.org/10.1177/0306312712456948>

Mol, A. (2013b). Other Words: Stories from the Social Studies of Science,

Technology, and Medicine. *Fieldsights*. Recuperado de <https://staging.culanth.org/fieldsights/other-words-stories-from-the-social-studies-of-science-technology-and-medicine>

Mol, A. (2015). Who knows what a woman is... On differences and the relations between the sciences. *Medicine Anthropology Theory*, 2(1), 57-75. <https://doi.org/doi.org/10.17157/mat.2.1.215>

Mol, A., y Law, J. (1993). Notas sobre el materialismo | Política y Sociedad. *Política y sociedad*, 14/15. Recuperado de <https://revistas.ucm.es/index.php/POSO/article/view/POSO9394110047A>

Mol, A., y Law, J. (2004). Embodied Action, Enacted Bodies. The Example of Hypoglycaemia. *Body y Society*, 10(2-3), 43-62.

MSN. (2014). *Análisis estadístico de Examen Único Médico 2013*. Recuperado de [http://www.msal.gov.ar/residencias/index.php?option=com\\_contentyview=articleid=357:analisis-estadistico-de-examen-unico-medico-2013ycatid=6:destacados-slide357](http://www.msal.gov.ar/residencias/index.php?option=com_contentyview=articleid=357:analisis-estadistico-de-examen-unico-medico-2013ycatid=6:destacados-slide357)

MSN. (2018). Consultorios amigables para la atención de las personas de la diversidad sexual. Recuperado 6 de agosto de 2018, de <http://www.msal.gov.ar/sida/index.php/noticias/526-consultorios-amigables-para-la-atencion-de-las-personas-de-la-diversidad-sexual>

Negri, T. (2014). *Biocapitalismo. Entre Spinoza y la constitución política del presente*. Buenos Aires: Editorial Quadrata.

Ortega, J., Morcillo, S., Tiseyra, M. V., y Galvez, M. (2017). (Im)Pacientes trans en hospitales públicos de Buenos Aires. La experiencia de la espera y la accesibilidad en contexto de estigmatización. *Vivência: Revista de Antropologia*, 1(49). Recuperado de <https://periodicos.ufrn.br/vivencia/article/view/12807>

Ortega, J., Tiseyra, M. V., Morcillo, S., y Galvez, M. (2018). Otros cuerpos, otros tiempos. En M. Pecheny y M. Palumbo (Eds.), *Esperar y hacer esperar. Escenas y experiencias en salud, dinero y amor*. Buenos Aires: Teseo.

Ortner, S. (2006). Entonces, ¿Es la mujer al hombre lo que la naturaleza a la cultura? Recuperado 26 de febrero de 2017, de AIBR. Revista de Antropología Iberoamericana website: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=62310103>

Parente, D. (2010). *Del órgano al artefacto. Acerca de la dimensión biocultural de la técnica*. La Plata, Buenos Aires: Edulp.

Pecheny, M. (2014). *Política y derechos sexuales en la Argentina reciente*.

Presentado en UNSAM - IDAES. UNSAM - IDAES.

Pecheny, M., y Dehesa, R. de la. (2012). Sexualidades, Política e Estado na América Latina: Elementos críticos a partir de um debate Sul-Sul. *Revista Polis e Psique*, 1(3), 19.

Pecheny, M., y Manzelli, H. (2003). Notas sobre ciencias sociales y salud: El regreso del cuerpo en tiempos de liberalismo. En C. Cáceres y R. Vargas (Eds.), *La salud como derecho ciudadano, Perspectivas y propuestas desde América Latina*. Lima, Perú: UPCH.

Pecheny, M., Manzelli, H., y Jones, D. (2002). *Vida cotidiana con VIH / SIDA y/o Hepatitis C. Diagnóstico, tratamiento y proceso de expertización*. Recuperado de Centro de Estudios de Estado y Sociedad website: <http://www.cedes.org/publicaciones/documentos/SSPP/2002/SSPP200205.PDF>

Pecheny, M., y Petracci, M. (2006). Derechos humanos y sexualidad en la Argentina. *Horizontes Antropológicos*, 12(26), 43–69. <https://doi.org/10.1590/S0104-71832006000200003>

Pedersen, M. A. (2012). Common Nonsense: A review of certain recent reviews of “the’ontological turn”. *Anthropology of This Century*, 5. Recuperado de [http://aotcpress.com/articles/common\\_nonsense/](http://aotcpress.com/articles/common_nonsense/)

Peralta, M. L. (2010). *Lesbianas madres: Deseo, tecnología y existencia lesbiana*. Mimeo.

Pérez, M. (2019). Violencia epistémica: Reflexiones entre lo invisible y lo ignorable. *El lugar sin límites. Revista de Estudios y Políticas de Género*, 1(1), 81–98.

Petracci, M., y Pecheny, M. (2010). Panorama de derechos sexuales y reproductivos, Argentina 2009. *Argumentos. Revista de Critica Social*, 0(11). Recuperado de <http://publicaciones.sociales.uba.ar/index.php/argumentos/article/view/797>

Phillips, J. (2006). Agencement/Assemblage. *Theory, Culture y Society*, 23(2–3), 108–109. <https://doi.org/10.1177/026327640602300219>

Pinilla, A. E. (2011). Modelos pedagógicos y formación de profesionales en el área de la salud. *Acta Medica Colombiana*, 36(4), 204–218.

Plemons, E., y Straayer, C. (2018). Introduction: Reframing the Surgical. *TSQ: Transgender Studies Quarterly*, 5(2), 164–173. <https://doi.org/10.1215/23289252-4348605>

Preciado, P. B. (2014). *Testo yonqui*. Buenos Aires: Paidós.

Radi, B. (2015). La economía del privilegio. Recuperado 1 de febrero de 2018, de <https://www.pagina12.com.ar/diario/suplementos/las12/subnotas/10062-951-2015-09-25.html>

Radi, B. (2019). Políticas del conocimiento: Hacia una epistemología trans. En *Los mil pequeños sexos. Intervenciones críticas sobre políticas de género y sexualidades*. Buenos Aires: Eduntref.

Reisner, S., Keatley, J., y Baral, S. (2016). Transgender community voices: A participatory population perspective. *The Lancet*, 388(10042), 327–330. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(16\)30709-7](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(16)30709-7)

Reisner, S. L., Poteat, T., Keatley, J., Cabral, M., Mothopeng, T., Dunham, E., ... Baral, S. D. (2016). Global health burden and needs of transgender populations: A review. *The Lancet*, 388(10042), 412–436. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(16\)00684-X](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(16)00684-X)

Rohden, F. (2001). *Uma Ciência da Diferença: Sexo e gênero na medicina da mulher*. Recuperado de <http://static.scielo.org/scielobooks/8m665/pdf/rohden-9788575413999.pdf>

Rohden, F. (2003a). A obsessão da Medicina com a questão da diferença entre sexos. En A. Piscitelli, M. F. Gregori, y S. Carrara (Eds.), *Sexualidade e saberes: Convenções e fronteiras*. Río de Janeiro, Brasil: Garamond Universitaria.

Rohden, F. (2003b). The construction of sexual difference in medicine. *Cadernos de Saúde Pública*, 19, S201–S212. <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2003000800002>

Rohden, F. (2007). *Medicina, Estado y reproducción en el Brasil de inicios del siglo XX (Dossier)*. Recuperado de <http://repositorio.flacsoandes.edu.ec/handle/10469/611>

Rohden, F. (2011). “O homem é mesmo a sua testosterona”: Promoção da andropausa e representações sobre sexualidade e envelhecimento no cenário brasileiro. *Horizontes Antropológicos*, 17(35), 161–196. <https://doi.org/10.1590/S0104-71832011000100006>

Rohden, F. (2012). Histórias e tensões em torno da medicalização da reprodução. *Revista Gênero*, 6(1). Recuperado de <http://www.revistagenero.uff.br/index.php/revistagenero/article/view/206>

Rohden, F. (2014). A centralidade do sexo nas estratégias recentes de promoção da saúde do homem no Brasil. *Revista de Antropologia*, 57(2), 173–214.

Rohden, F., Russo, J., y Giami, A. (Eds.). (2011). *Sexualidade, ciência e profissão no Brasil*. Rio de Janeiro: CLAM, Instituto de Medicina Social Universidade do Estado do Rio de Janeiro.

Rohden, F., Russo, J., y Giami, A. (2014). Novas tecnologias de intervenção na sexualidade: O panorama latino-americano. *Sexualidad, Salud y Sociedad - Revista Latinoamericana*, 0(17), 10–29. (grupo profesional).

Rose, N. (2012). *Políticas de la vida: Biomedicina, poder y subjetividad en el siglo XXI*. Buenos Aires: UNIPE: Editorial Universitaria.

Rovere, M. (2014, diciembre 18). *Nuestro Legado* (H. N. Agostino) [Departamento de Cs. de la Salud - UNLaM]. Recuperado de [http://www.unlam.edu.ar/descargas/1432\\_5.Nuestrolegado.pdf](http://www.unlam.edu.ar/descargas/1432_5.Nuestrolegado.pdf)

Rubin, G. (1989). Reflexionando sobre el sexo: Notas para una teoría radical de la sexualidad. En *Placer y peligro. Explorando la sexualidad femenina*. Madrid: Egales Editorial.

Ruiz Serna, D., y Del Cairo, C. (2016). Los debates del giro ontológico en torno al naturalismo moderno. *Revista de Estudios Sociales*, (55), 193–204.

Russo, J. (2013). A terceira onda sexológica: Medicina Sexual e farmacologização da sexualidade. *Sexualidad, Salud y Sociedad - Revista Latinoamericana*, 0(14), 172–194.

Russo, J. A., Faro, L., Rohden, F., y Torres, I. (2009). O campo da sexologia no Brasil: Constituição e institucionalização. *Physis (Rio J.)*, 19(3), 617–636.

Santoro, E., y Cabral, M. (2019). Oír lo no dicho. *Página 12 - Suplemento "Las 12"*. Recuperado de <https://www.pagina12.com.ar/189779-oir-lo-no-dicho>

Savransky, M., y Rosengarten, M. (2016). What is nature capable of? Evidence, ontology and speculative medical humanities. *Medical Humanities*, 42(3), 166–172. <https://doi.org/10.1136/medhum-2015-010858>

Schwarz, P. (2010). Construcción de la maternidad en el encuentro de la institución médico ginecológica con mujeres de clase media de la ciudad de Buenos Aires. *Sexualidad, Salud y Sociedad - Revista Latinoamericana*, 0(6), 83–104. (género, clase social, generación).

Sedgwick, E. K. (1998). *Epistemología del armario*. Barcelona: De la Tempestad.

Sequeira Rovira, P. (2014). La Viagra nuestra de cada día. Consumo recreacional y angustias masculinas con respecto a su potencia eréctil. *Sexualidad, Salud y Sociedad - Revista Latinoamericana*, 0(18), 140–160. (masculinidad,

Foucault).

Serano, J. (2014). *Cissexism and Cis Privilege Revisited* "Part 1: Who Exactly Does "Cis" Refer To? Recuperado de <http://juliaserano.blogspot.com.ar/2014/10/cissexism-and-cis-privilege-revisited.html>

Serano, J. (2016). *Whipping Girl: A Transsexual Woman on Sexism and the Scapegoating of Femininity*. EE.UU.: Hachette UK.

Serano, J. (2017, septiembre). There Is No Perfect Word: A Transgender Glossary of Sorts. Recuperado 9 de septiembre de 2017, de Julia Serano's trans, gender, sexuality, y activism glossary website: <http://www.juliaserano.com/terminology.html>

Sfez, L. (2008). *La salud perfecta*. Buenos Aires: Prometeo.

Shildrick, M. (2015). "Why Should Our Bodies End at the Skin?": Embodiment, Boundaries, and Somatechnics. *Hypatia*, 30(1), 13–29. <https://doi.org/10.1111/hypa.12114>

Sibilia, P. (2012). *El hombre postorgánico: Cuerpo, subjetividad y tecnologías digitales*. Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica.

Spillers, H. (2000). Interstices: A Small Drama of Words. En L. Burke, T. Crowley, y A. Girvin (Eds.), *The Routledge language and cultural theory reader*. London: Routledge.

Stein, A. (2004). From Gender to Sexuality and Back Again: Notes on the Politics of Sexual Knowledge. *GLQ: A Journal of Lesbian and Gay Studies*, 10(2), 254–257.

Stengers, I. (2017). *En tiempos de catástrofes: Cómo resistir a la barbarie que viene*. Buenos Aires: Ned Ediciones.

Stern, C., Fuentes-Zurita, C., Lozano-Treviño, L. R., y Reysoo, F. (2003). Masculinidad y salud sexual y reproductiva: Un estudio de caso con adolescentes de la Ciudad de México. *Salud Pública de México*, 45, s34–s43.

Stone, S. (2004, noviembre). El Imperio contraataca. Un manifiesto postransexual. *Serías para el debate*, 3, 13–32.

Strathern, M. (1980). No nature, no culture: The Hagen case. En C. P. MacCormack y M. Strathern (Eds.), *Nature, culture and gender* (pp. 174–222). Cambridge: Cambridge University Press.

Stryker, S. (1994). My Words to Victor Frankenstein above the Village of

Chamounix: Performing Transgender Rage. *GLQ: A Journal of Lesbian and Gay Studies*, 1(3), 237–254. <https://doi.org/10.1215/10642684-1-3-237>

Stryker, S. (2006). *Transgender Studies Today: An Interview with Susan Stryker* [B2o, the online community of the boundary 2 editorial collective]. Recuperado de <https://www.boundary2.org/2014/08/transgender-studies-today-an-interview-with-susan-stryker/>

Stryker, S., y Currah, P. (2018). General Editors' Introduction. *TSQ: Transgender Studies Quarterly*, 5(2), 161–163. <https://doi.org/10.1215/23289252-4348593>

Stryker, S., y Whittle, S. (2006). *The Transgender Studies Reader*. New York: Taylor y Francis.

Suess, A. (2014). Cuestionamiento de dinámicas de patologización y exclusión discursiva desde perspectivas trans e intersex. *Revista de Estudios Sociales*, (49), 128–143.

Suess Schwend, A. (2016). *Transitar por los géneros es un derecho. Recorridos por la perspectiva de despatologización*. Recuperado de <http://digibug.ugr.es/handle/10481/42255>

Tabbush, C., Díaz, M. C., Trebisacce, C., y Keller, V. (2016). Matrimonio igualitario, identidad de género y disputas por el derecho al aborto en argentina. La política sexual durante el kirchnerismo (2003-2015). *Sexualidad, Salud y Sociedad - Revista Latinoamericana*, 0(22), 22–55.

Tamburrino, C., Brown, J. L., Gattoni, S., y Pecheny, M. (2007, septiembre 19). *Cuerpo, sexualidad y 'cosas de mujeres'. Un análisis de la atención ginecológica*. Presentado en IV Jornada de Jóvenes Investigadores Instituto Gino Germani, Buenos Aires. Recuperado de <https://www.aacademica.org/000-024/174.pdf>

Tola, F. C. (2012). *Yo no estoy solo en mi cuerpo. Cuerpos y personas múltiples entre los tobas del Chaco argentino*. Buenos Aires: Biblios.

Tola, F. C. (2016). El “giro ontológico” y la relación naturaleza/cultura: Reflexiones desde el Gran Chaco. *Apuntes de investigación del CECYP*, (27), 0–0.

Torres, M. J. P. (2007). Análisis diacrónico de la educación médica como disciplina: Desde el informe Flexner. *Medicina Interna*, 23(2). Recuperado de <http://www.svmi.web.ve/ojs/index.php/medint/article/view/278>

Tuin, R. D. and I. van der, y Barad, K. (2012). *New Materialism: Interviews y Cartographies*. *New Metaphysics*.

<https://doi.org/10.3998/ohp.11515701.0001.001>

Vance, C. S. (1989). El placer y el peligro: Hacia una política de la sexualidad. En *Placer y peligro. Explorando la sexualidad femenina (Selección de textos)*. Madrid: Editorial Revolución.

Vieira, E. M. (2002). *A medicalização do corpo feminino*. Río de Janeiro, Brasil: Fiocruz.

Viveiros de Castro, E. (2010). *Metafísicas canibales. Líneas de antropología postestructural*. Buenos Aires: Katz Editores.

Viveiros de Castro, E. (2014). *La mirada del jaguar: Introducción al perspectivismo amerindio. Entrevistas*. Bs As: Tinta Limón.

Weller, S., Recchi, J., D'Elío, F., Santamaría, C., y Betti, L. (2013). *Consultorios amigables para la diversidad sexual* [Guía de implementación]. Recuperado de Dirección de Sida y Enfermedades de Transmisión Sexual (DSyETS) del Ministerio de Salud de Argentina / Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD) / Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH-sida (ONUSIDA) / Fondo de Población de Naciones Unidas (UNPFA) / la Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS) website: [http://www.msal.gov.ar/images/stories/bes/graficos/0000000323cnt-2014-01\\_guia-implementacion-consultorios-amigables.pdf](http://www.msal.gov.ar/images/stories/bes/graficos/0000000323cnt-2014-01_guia-implementacion-consultorios-amigables.pdf)

Williams, L. (2010). Hakim Bey and Ontological Anarchism. *Journal for the Study of Radicalism*, 4(2), 109–137.

Woolgar, S., y Lezaun, J. (2013). The wrong bin bag: A turn to ontology in science and technology studies? *Social Studies of Science*, 43(3), 321–340. <https://doi.org/10.1177/0306312713488820>

Zimman, L. (2014). The Discursive Construction of Sex. Remaking and reclaiming the gendered body in talk about genitals among trans men. En L. Zimman, J. Davis, y J. Raclaw (Eds.), *Queer excursions: Retheorizing binaries in language, gender, and sexuality* (Oxford University Press). Oxford; New York: Oxford University Press.



# **Anexos**

## Materiales analizados

Programas académicos								
Nº	Institución	Especialidad	Autor/a/es	Título del documento	Link de acceso o ubicación	Fecha	Código Tesis	Otro
1	Facultad de Medicina - UBA	Facultad de Medicina - UBA	Facultad de Medicina - UBA	Plan de estudios de la carrera de Medicina de la Facultad de Medicina UBA	<a href="http://www.fmed.uba.ar/grado/medicina/plan.pdf">http://www.fmed.uba.ar/grado/medicina/plan.pdf</a>	2009	M1. UBA, FMed 2009	
2	Facultad de Medicina - UBA	Anatomía	Departamento de Anatomía	Anatomía Humana Normal - Programa Analítico	<a href="https://www.fmed.uba.ar/sites/default/files/2018-02/2015-prog-analit-depto.pdf">https://www.fmed.uba.ar/sites/default/files/2018-02/2015-prog-analit-depto.pdf</a>	2015	M2. UBA, Fmed, Depto Anatomía, 2015	
3	Facultad de Medicina - UBA	Histología, Biología Celular, Embriología y Genética	Departamento de Histología, Biología Celular, Embriología y Genética de la Facultad de Medicina de la Universidad de Buenos Aires	Programa de Histología, Biología Celular, Embriología y Genética	<a href="https://www.fmed.uba.ar/sites/default/files/2018-12/02-Histologia%2C%20Biologia%20Celular%2C%20Embriologia%20y%20Genetica_0.pdf">https://www.fmed.uba.ar/sites/default/files/2018-12/02-Histologia%2C%20Biologia%20Celular%2C%20Embriologia%20y%20Genetica_0.pdf</a>	2017	M3. UBA, Fmed, Depto Histo, Biol. Celular, Embrio y Genética, 2014	
4	Facultad de Medicina - UBA	Fisiología y Biofísica	Departamento de Ciencias Fisiológicas	Programa de Fisiología y Biofísica	<a href="https://www.fmed.uba.ar/sites/default/files/2018-01/programa2016.pdf">https://www.fmed.uba.ar/sites/default/files/2018-01/programa2016.pdf</a>	2016	M4. UBA, Fmed, Depto de Ciencias Fisiológicas, 2016	
5	Facultad de Medicina - UBA	Medicina A	Departamento de Medicina	Programa de Medicina A	<a href="https://www.fmed.uba.ar/sites/default/files/2018-12/13-Medicina%20A_0.pdf">https://www.fmed.uba.ar/sites/default/files/2018-12/13-Medicina%20A_0.pdf</a>	2017	M5. UBA, Fmed, Depto Medicina A, 2017	
6	Facultad de Medicina - UBA	Tocoginecología	Departamento de Tocoginecología	Programa de Ginecología.	<a href="http://www.fmed.uba.ar/grado/medicina/programas/GINECOLOGIA/ginecologia.pdf">http://www.fmed.uba.ar/grado/medicina/programas/GINECOLOGIA/ginecologia.pdf</a>	2014	M6. UBA, FMed, Dto de Tocoginecología, 2014	
7	Ministerio de Salud CABA	Tocoginecología	Ministerio de Salud CABA	Programa de Residencia de Tocoginecología	<a href="http://www.buenosaires.gob.ar/sites/gcaba/files/programa_de_residencia_de_tocogineco_-_caba.pdf">http://www.buenosaires.gob.ar/sites/gcaba/files/programa_de_residencia_de_tocogineco_-_caba.pdf</a>	2012	M7. Ministerio de Salud CABA, 2012	
8	Ministerio de Salud Prov. Bs As.	Tocoginecología	Ministerio de Salud Prov. Bs As.	Programa de residencias en Tocoginecología	<a href="http://www.ms.gba.gov.ar/ssps/residencias/programas/tocoginecologia.pdf">http://www.ms.gba.gov.ar/ssps/residencias/programas/tocoginecologia.pdf</a>	Sin fecha	M8. Ministerio de Salud Prov. Bs As., s. f.	
9	Hospital Italiano de Buenos Aires	Tocoginecología	Dirección General de Posgrado	Programa de Residencia en Tocoginecología	<a href="http://hiba.hospitalitaliano.org.ar/archivos/noticias_archivos/93/archivos/Residencias/Programas/Dpto.%20Cirugia/Programa%20de%20Residencia%20Tocoginecologia%20Central.pdf">http://hiba.hospitalitaliano.org.ar/archivos/noticias_archivos/93/archivos/Residencias/Programas/Dpto.%20Cirugia/Programa%20de%20Residencia%20Tocoginecologia%20Central.pdf</a>	Sin fecha	M9. HIBA, Residencia tocoginecología, s.f.	Si bien el documento no tiene fecha estuvo disponible en la web del Hospital Italiano por lo menos hasta el 15/1/19.

Ministerio de Salud de la Nación (MSN)	Tocoginecología	Sistema Nacional de Residencia. Equipos de Salud	Marco de Referencia para la Formación en Residencias Médicas. Especialidad Tocoginecología	<a href="http://www.msal.gob.ar/residencias/images/stories/descargas/acreditaciones/adjuntos/tocoginecologia.pdf">http://www.msal.gob.ar/residencias/images/stories/descargas/acreditaciones/adjuntos/tocoginecologia.pdf</a>	2010	M10. MSN, Residencias tocoginecología, 2010	
Facultad de Medicina - UBA	Urología	Dirección General de Posgrado	Carrera de Médico Especialista en Urología	<a href="http://www.uba.ar/posgrados/archivos/ME%20UROLOGIA.pdf">http://www.uba.ar/posgrados/archivos/ME%20UROLOGIA.pdf</a>	Sin fecha	M11. UBA, FMed, Posgrado, s. f.	Si bien el documento no tiene fecha estuvo disponible en la web del Hospital Italiano por lo menos hasta el 15/1/19.
Hospital Italiano de Buenos Aires	Urología	Departamento Cirugía - Servicio Urología	Programa de Residencia en Urología	<a href="http://hiba.hospitalitaliano.org.ar/archivos/noticias_archivos/93/archivos/Residencias/Programas/Dpto.%20Cirugia/Programa%20de%20Residencia%20Urolog%C3%ADa.pdf">http://hiba.hospitalitaliano.org.ar/archivos/noticias_archivos/93/archivos/Residencias/Programas/Dpto.%20Cirugia/Programa%20de%20Residencia%20Urolog%C3%ADa.pdf</a>	2018	M12. HIBA, Residencia urología, 2018	
Hospital Italiano de Buenos Aires	Urología	Programa de Residencias	Residencia en Urología	<a href="https://www1.hospitalitaliano.org.ar/multimedia/archivos/noticias_archivos/48/programas_residencias/48_ResidenciaUrologia.pdf">https://www1.hospitalitaliano.org.ar/multimedia/archivos/noticias_archivos/48/programas_residencias/48_ResidenciaUrologia.pdf</a>	Sin fecha	M13. HIBA, Residencia urología II, s.f.	Si bien el documento no tiene fecha estuvo disponible en la web del Hospital Italiano por lo menos hasta el 12/1/19.
Sociedad Argentina de Urología	Urología	SAU	Programa de residencia en Urología	<a href="http://www.sau-net.org/comites/comite-de-residencias-medicas-en-urologia">http://www.sau-net.org/comites/comite-de-residencias-medicas-en-urologia</a>	2012	M14. SAU, 2012	
Facultad de Medicina - UBA	Urología	Dto. Cirugía - Orientación Urología	Actualización del programa de la asignatura Urología	<a href="http://www.fmed.uba.ar/grado/medicina/programas/UROLOGIA/urologia.pdf">http://www.fmed.uba.ar/grado/medicina/programas/UROLOGIA/urologia.pdf</a>	2015	M15. UBA, Fmed, Dto Cirugía - Orientación Urología, 2015	
Sociedad Argentina de Urología	Urología	SAU	Documento del comité de residencias médicas en Urología	<a href="https://www.sau-net.org/comites/comite-de-residencias-medicas-en-urologia">https://www.sau-net.org/comites/comite-de-residencias-medicas-en-urologia</a>	2018	M16. SAU, Comité de residencias, 2018	
Facultad de Medicina - UBA	Urología	Residencias médicas	Residencias médicas postbásicas	<a href="https://inscripcion.fmed.uba.ar/cgi-bin/residencias/infoPosbasicas.py">https://inscripcion.fmed.uba.ar/cgi-bin/residencias/infoPosbasicas.py</a>	2018	M17. UBA, Fmed, Residencias postbásicas, 2018	
Ministerio de Salud de la Nación	Cirugía General	Sistema Nacional de Residencia. Equipos de Salud	Marco de Referencia para la Formación en Residencias Médicas. Especialidad en Cirugía General.	<a href="http://www.msal.gob.ar/residencias/images/stories/descargas/acreditaciones/adjuntos/cirugia_general_mr_.pdf">http://www.msal.gob.ar/residencias/images/stories/descargas/acreditaciones/adjuntos/cirugia_general_mr_.pdf</a>	2013	M18. MSN, Residencias Cirugía Gral., 2013	

19	Facultad de Medicina - UBA	Sexología	Dirección General de Posgrado	Programa posgrado Sexología clínica	<a href="http://cursosposgradosexologia.blogspot.com.ar/p/programa-del-curso-de-postgrado-de.html">http://cursosposgradosexologia.blogspot.com.ar/p/programa-del-curso-de-postgrado-de.html</a>	2017	M19. Dirección de posgrado, FMed, UBA, 2017	
20	Sociedad Argentina de Sexología Humana	Sexología	Gindín, L; Rajtman, M; Resnicoff, D; y Sapetti, A.	XI Curso de formación en sexología Clínica 2016-2017	<a href="http://www.amada.org.ar/index.php/profesionales/cursos/76-sociedad-argentina-de-sexualidad-humana-xii-curso-de-formacion-en-sexologia-clinica">http://www.amada.org.ar/index.php/profesionales/cursos/76-sociedad-argentina-de-sexualidad-humana-xii-curso-de-formacion-en-sexologia-clinica</a>	2015	M20. Gindin, L; Rajtman, M; Resnicoff, D. y Sapetti, A, 2016	
21	Sociedad Argentina de Sexología Humana	Sexología	Martín Moreira, L.; Valente, S. y Wapñasrsky, Viviana.	Posgrado: Formación en Sexología Clínica	<a href="http://www.sasharg.com.ar/cursos/posgrado-formacion-en-sexologia-clinica/">http://www.sasharg.com.ar/cursos/posgrado-formacion-en-sexologia-clinica/</a>	2018	M21. Martín Moreira, L.; Valente, S. y Wapñasrsky, Viviana, 2018	
22	Hospital de Clínicas	Sexología	Sexóloga Clínica de la Facultad de Medicina en UBA	Programa Curso de Sexología Clínica	<a href="http://cursosposgradosexologia.blogspot.com.ar/p/programa-del-curso-de-postgrado-de.html">http://cursosposgradosexologia.blogspot.com.ar/p/programa-del-curso-de-postgrado-de.html</a>	2017	M22. UBA, FMed, Posgrado, 2017	
23	Aula Ciencia de la Salud	Sexología	Aula Ciencia de la Salud	La nueva sexología clínica	<a href="http://www.auladecienciasdelasalud.com/courses/2">http://www.auladecienciasdelasalud.com/courses/2</a>	2017	M23. Conciencia Humana en Salud, 2017	

## Materiales analizados

### Entrevistas

Nº	Rol	Nivel de formación o especialidad clínica	Institución en la que se desempeña	Donde se realizó la entrevista	Fecha de realización	Código Tesis	Otros
1	Estudiante de medicina	3er año	Facultad de Medicina	Facultad	20/5/13	M24. Entrevista a estudiante nº1	
2	Estudiante de medicina	3er año	Facultad de Medicina	Facultad	15/12/12	M25. Entrevista a estudiante nº2	
3	Estudiante de medicina	4to año	Facultad de Medicina y hospital público	Bar	29/11/14	M26. Entrevista a estudiante nº 3	
4	Estudiante de medicina	4to año	Facultad de Medicina y hospital público	Facultad	16/9/14	M27. Entrevista a estudiante nº4	
5	Estudiante de medicina	4to año	Facultad de Medicina y hospital universitario	Facultad	15/11/12	M28. Entrevista a estudiante nº5	
6	Estudiante de medicina	4to año	Facultad de Medicina y hospital público	Facultad	8/9/14	M29. Entrevista a estudiante nº6	
7	Estudiante de medicina	5to año	Facultad de Medicina y hospital universitario	Facultad	28/8/14	M30. Entrevista a estudiante nº7	
8	Estudiante de medicina	5to año	Facultad de Medicina y hospital privado	Facultad	30/10/14	M31. Entrevista a estudiante nº8	
9	Estudiantes de medicina	5to año	Facultad de Medicina y hospital público	Facultad	7/12/12	M32. Entrevista a estudiante nº9	
10	Estudiante de medicina	5to año	Facultad de Medicina y hospital universitario	Facultad	7/8/13	M33. Entrevista a estudiante nº10	
11	Estudiante de medicina	5to año	Facultad de Medicina y hospital universitario	Plaza	1/12/12	M34. Entrevista a estudiante nº11	
12	Estudiante de medicina	6to año	Facultad de Medicina y hospital público	Facultad	27/11/14	M35. Entrevista a estudiante nº12	
13	Estudiante de medicina	6to año	Facultad de Medicina y hospital privado	Bar	16/2/15	M36. Entrevista a estudiante nº13	
14	Estudiante de medicina	6to año	Facultad de Medicina y hospital universitario	Facultad	5/5/13	M37. Entrevista a estudiante nº14	
15	Estudiante de medicina	6to año	Facultad de Medicina y hospital militar	En su domicilio	26/2/15	M38. Entrevista a estudiante nº15	
16	Médico/a	Ginecología	Hospital público y consultorio privado	Bar	21/4/15	M39. Entrevista a médico/a nº1 - ginecólogo/a	
17	Médico/a	Ginecología/Sexología	Hospital público, Organización de la Soc. Civil y consultorio privado	En su domicilio	3/12/14	M40. Entrevista a médico/a nº2 - ginecólogo/a y sexólogo/a	
18	Médico/a	Ginecología	Hospital público, consultorio privado y Programa Nacional	Bar	14/11/14	M41. Entrevista a médico/a nº 3 - ginecólogo/a	
19	Médico/a	Ginecología	Hospital público y consultorio privado	En su consultorio del hospital	11/8/16	M42. Entrevista a médico/a nº4 - ginecólogo/a	
20	Médico/a	Ginecología	Hospital público y centro de atención primaria	Bar	3/11/15	M43. Entrevista a médico/a nº5 - ginecólogo/a y sexólogo/a	

21	Médico/a	Ginecología/sexología	Hospital público y consultorio privado	En una sala del hospital	12/12/14	M44. Entrevista a médico/a nº6 - ginecólogo/a y sexólogo/a	
22	Médico/a	Urología	Hospital público y consultorio privado	En su consultorio en una clínica privada	26/11/16	M45. Entrevista a médico/a nº8 - urólogo/a	
23	Médico/a	Urología / Sexología	Hospital público	En su consultorio en el hospital	7/4/15	M46. Entrevista a médico/a nº9 - urólogo/a y sexólogo/a	
24	Médico/a	Urología	Hospital público y consultorio privado	Bar	2/12/14	M47. Entrevista a médico/a nº10 - urólogo/a	
25	Médico/a	Urología	Hospital público y consultorio privado	En su consultorio en el hospital	26/5/16	M48. Entrevista a médico/a nº11 - urólogo/a	
26	Médico/a	Urología	Hospital militar y consultorio privado	En su consultorio en el hospital	13/9/16	M49. Entrevista a médico/a nº 12 - urólogo/a	
27	Médico/a	Urología	Hospital público y consultorio privado	Bar	19/9/16	M50. Entrevista a médico/a nº13 - urólogo/a	
28	Médico/a	Sexología / Ginecología	Consultorio privado	En su consultorio privado	25/02/15 y 9/3/15	M51. Entrevista a médico/a nº14 - sexólogo/a y ginecóloga/o	Entrevistado/a en dos ocasiones
29	Médico/a	Sexólogo / Endocrinólogo	Hospital público y consultorio privado	En su consultorio en el hospital	9/4/15	M52. Entrevista a médico/a 15 - sexólogo/a	
30	Médico/a	Sexología / Psiquiatría	Hospital público y consultorio privado	En su consultorio privado	27/08/14 y 10/11/14	M53. Entrevista a médico/a 16 - sexólogo/a	Entrevistado/a en dos ocasiones
31	Médico/a	Sexología / Pediatría	Hospital público y consultorio privado	En su consultorio privado	4/8/15	M54. Entrevista a médico/a nº17 - sexólogo/a	
32	Médico/a	Sexología / Psiquiatría	Hospital público y consultorio privado	En su consultorio privado	14/9/16	M55. Entrevista a médico/a nº18 - sexólogo/a	
33	Médico/a	Sexología / Ginecología	Hospital militar y consultorio privado	En el consultorio de la institución donde trabaja	21/9/16	M56. Entrevista a médico/a nº19 - sexólogo/a	
34	Médico/a	Cirugía plástica	Hospital público y consultorio privado	En su consultorio en una clínica privada	6/5/15	M57. Entrevista a médico/a nº20 - especialidad complementaria	
35	Médico/a	Psiquiatría	Hospital público y consultorio privado	Bar	7/7/15	M58. Entrevista a médico/a nº21 - especialidad complementaria	
36	Médico/a	Endocrinología	Hospital público y consultorio privado	Bar	6/3/16	M59. Entrevista a médico/a nº22 - especialidad complementaria	
37	Médico/a	Endocrinología	Hospital público y consultorio privado	En un sala del hospital	8/9/16	M60. Entrevista a médico/a nº23 - especialidad complementaria	

## Materiales analizados

### Conferencias y jornadas

N°	Rol	Tipo de actividad	Nombre de la actividad	Donde se realizó	Fecha	Código Tesis	Otros
1	Médico/a sexólogo/a	Jornadas médicas	Jornada Interdisciplinaria de Sexualidad	Hospital privado	9/8/13	M61. Médico/a sexólogo/a en conferencia médica	
2	Médico/a ginecólogo/a	Jornadas médicas	Jornada Interdisciplinaria de Sexualidad	Hospital privado	9/8/13	M62. Médico/a ginecólogo/a en jornada médica	
3	Médico/a especialidad complementaria	Jornadas médicas	Jornada Interdisciplinaria de Sexualidad	Hospital privado	9/8/13	M63. Médico/a especialidad complementaria en jornada médica	
4	Médico/a urólogo/a	Jornadas médicas	Jornada Interdisciplinaria de Sexualidad	Hospital privado	9/8/13	M64. Médico/a urólogo/a en jornada médica	
5	Médico/a especialidad complementaria	Jornadas médicas	Jornada Interdisciplinaria de Salud transgénero	Hospital público	20/11/14	M65. Médico/a especialidad complementaria en jornada médica	
6	Médico/a especialidad complementaria	Jornadas médicas	Jornada Interdisciplinaria de Salud transgénero	Hospital público	20/11/14	M66. Médico/a especialidad complementaria en jornada médica	
7	Médico/a urólogo/a	Jornadas médicas	Jornada Interdisciplinaria de Salud transgénero	Hospital público	20/11/14	M67. Médico/a urólogo/a en jornada médica	
8	Médico/a ginecólogo/a	Jornadas médicas	Jornada Interdisciplinaria de Salud transgénero	Hospital público	20/11/14	M68. Médico/a ginecóloga en jornada médica	
9	Médico/a especialidad complementaria	Jornadas médicas	Jornada Interdisciplinaria de Salud transgénero	Hospital público	20/11/14	M69. Médico/a especialidad complementaria en jornada médica	
10	Médico/a especialidad complementaria	Jornadas médicas	Jornada Interdisciplinaria de Salud transgénero	Hospital público	20/11/14	M70. Médico/a especialidad complementaria en jornada médica	
11	Médico/a ginecólogo/a	Jornadas médicas	Jornada Interdisciplinaria de Salud transgénero	Hospital público	20/11/14	M71. Médico/a especialidad complementaria en jornada médica	
12	Médico/a urólogo/a	Jornadas médicas	I Jornada de Cirugía de Reasignación Sexual	Hospital público	26/9/14	M72. Médico/a urólogo/a en jornada médica	Esta actividad se llevó a cabo en la Ciudad de Rosario

## Materiales analizados

### Documentos para pacientes

Nº	Institución	Especialidad	Autor/a/es	Título del documento	Link de acceso o ubicación	Fecha	Código Tesis	Otro
1	Sociedad de Obstetricia y Ginecología de Buenos Aires (SOGIBA)	Tocoginecología	Cuman, Graciela	Anticoncepción	<a href="http://www.sogiba.org.ar/lacomunidades/e2_antico.htm">http://www.sogiba.org.ar/lacomunidades/e2_antico.htm</a>	Sin fecha	M73.Cuman, s.f.	Si bien el documento no tiene fecha estuvo disponible en la web de SOGIBA por lo menos hasta el 31/01/19.
2	Ministerio de Salud de la Nación (MSN) y Red de Intersexuales, Transgénero y Transexuales de la Argentina (RITTA)	Tocoginecología	MSN y RITTA	Los Varones trans Necesitan prevenir el cáncer de cuello de útero	<a href="http://www.msal.gov.ar/inc/recursos-de-comunicacion/los-varones-trans-necesitan-prevenir-el-cancer-de-cuello-de-utero/">http://www.msal.gov.ar/inc/recursos-de-comunicacion/los-varones-trans-necesitan-prevenir-el-cancer-de-cuello-de-utero/</a>	Sin fecha	M74. MSN y RITTA, s.f.	Si bien el documento no tiene fecha estuvo disponible en la web del MSN por lo menos hasta el 31/01/19.
3	Ministerio de Salud de la Nación (MSN), INADI, Federación Argentina LGTB	Ginecología	MSN, INADI y FALGTB	Lesbianas y mujeres bisexuales tienen derecho a una atención ginecológica completa, amigable y sin discriminación	<a href="http://www.msal.gov.ar/images/stories/ryc/graficos/0000000184cnt-folleto_lesb_bisex.pdf">http://www.msal.gov.ar/images/stories/ryc/graficos/0000000184cnt-folleto_lesb_bisex.pdf</a>	Sin fecha	M75. MSN, INADI y FALGTB, s.f.	Si bien el documento no tiene fecha estuvo disponible en la web del MSN por lo menos hasta el 31/01/19.
4	Sociedad de Obstetricia y Ginecología de Buenos Aires (SOGIBA)	Ginecología	Giurgiovich, Alejandra J.	Sexualidad: ¿Qué debo saber sobre el abuso sexual?	<a href="http://www.sogiba.org.ar/lacomunidades/e2_sexuali.htm">http://www.sogiba.org.ar/lacomunidades/e2_sexuali.htm</a>	Sin fecha	M76.Giurgiovich, s.f.	Si bien el documento no tiene fecha estuvo disponible en la web de SOGIBA por lo menos hasta el 31/01/19.
5	Sociedad de Obstetricia y Ginecología de Buenos Aires (SOGIBA)	Tocoginecología	Guetmonovich, Oscar	¿Cómo será mi primera consulta gineco-ostétrica?	<a href="http://www.sogiba.org.ar/lacomunidades/e3_emba4.htm">http://www.sogiba.org.ar/lacomunidades/e3_emba4.htm</a>	Sin fecha	M77. SOGIBA, Consulta Obstétrica, s.f.	Si bien el documento no tiene fecha estuvo disponible en la web de SOGIBA por lo menos hasta el 31/01/19.
6	Sociedad de Obstetricia y Ginecología de Buenos Aires (SOGIBA)	Ginecología	SOGIBA	Adolescencia: ¿Cuándo debo llevar a mi hija al ginecólogo infanto juvenil?	<a href="http://www.sogiba.org.ar/lacomunidades/e1_adole2.htm">http://www.sogiba.org.ar/lacomunidades/e1_adole2.htm</a>	Sin fecha	M78.SOGIBA, Adolescencia, s.f.	Si bien el documento no tiene fecha estuvo disponible en la web de SOGIBA por lo menos hasta el 31/01/19.
7	POLYTECH Health & Aesthetics GmbH	Urología	POLYTECH	Implantes testiculares	<a href="https://polytech-health-aesthetics.com/fileadmin/user_upload/Downloads_S/About_Products/Contorno_Corporal/Testiculares_span_2015-06.pdf">https://polytech-health-aesthetics.com/fileadmin/user_upload/Downloads_S/About_Products/Contorno_Corporal/Testiculares_span_2015-06.pdf</a>	Sin fecha	M79. Polytech, s.f.	Su utilización fue aprobada por la ANMAT en abril de 2018. Expediente No 1-47-3110-7892-17-0. <a href="http://www.anmat.gov.ar/boletin_anmat/abril_2018/Dispo_3777-18.pdf">http://www.anmat.gov.ar/boletin_anmat/abril_2018/Dispo_3777-18.pdf</a>
8	American Medical Systems	Urología	American Medical Systems	Información e instrucciones para aquellos pacientes que contemplen la posibilidad de usar una Prótesis de pene inflable de la serie AMS 700® con Bomba MS	<a href="http://www.amslabeling.com/assets/files/09-230006-05.E_PatMan_700-MSP_es.pdf">http://www.amslabeling.com/assets/files/09-230006-05.E_PatMan_700-MSP_es.pdf</a>	Sin fecha	M80. American Medical Systems, s. f.	Su utilización fue aprobada por la ANMAT en mayo de 2018. Expediente No 1-47-3110-948-17-0. <a href="http://www.anmat.gov.ar/boletin_anmat/mayo_2018/Dispo_4587-18.pdf">http://www.anmat.gov.ar/boletin_anmat/mayo_2018/Dispo_4587-18.pdf</a>
9	Hospital Durand	Urología	División de Urología	Cirugía de reasignación de sexo (CRS). Guía para el cuidado post quirúrgico de la neovagina	No disponible online	Sin fecha	M81. División de Urología, s. f.	Esta guía me fue facilitada por un/a integrante del GAPET, Hospital Durand

## Materiales analizados

### Capítulos de libros, artículos científicos y presentaciones escritas en congresos

Nº	Institución	Especialidad	Autor/ales	Título del documento	Link de acceso o ubicación	Fecha	Código Tesis	Otro
1	Asociación Argentina para el Estudio de Infecciones en Ginecología y Obstetricia y Control de Infecciones de Transmisión Sexual (ASAIGO)	Ginecología	Tilli, Miguel	Educación para las pacientes en infecciones vaginales: vaginosis bacteriana	<a href="https://asaigoits.org.ar/comunidad">https://asaigoits.org.ar/comunidad</a>		M82. Tilli, Infecciones, 2015	
2	Asociación Argentina para el Estudio de Infecciones en Ginecología y Obstetricia y Control de Infecciones de Transmisión Sexual (ASAIGO)	Ginecología	Tilli, Miguel	¿Qué debemos saber sobre el HPV?	<a href="https://asaigoits.org.ar/comunidad">https://asaigoits.org.ar/comunidad</a>	2015	M83. Tilli, HPV, 2015	
3	Revista de la Asociación médica Argentina de Anticoncepción (AMADA)	Ginecología	Peña, María Teresa	Boletín práctico sobre métodos anticonceptivos reversibles de larga duración: implantes y anticoncepción intrauterina	<a href="http://www.amada.org.ar/index.php/revista/numero-actual/238-boletin-practico-sobre-metodos-anticonceptivos-reversibles-de-larga-duracion-implantes-y-anticoncepcion-intrauterina">http://www.amada.org.ar/index.php/revista/numero-actual/238-boletin-practico-sobre-metodos-anticonceptivos-reversibles-de-larga-duracion-implantes-y-anticoncepcion-intrauterina</a>	2018	M84. Peña, 2018	
4	Revista de la Asociación médica Argentina de Anticoncepción (AMADA)	Ginecología	Rall, P.; Dejean, L.; Luna, M.; Lafranconi, M.; Parera, C.; Crudo, D.	Aceptabilidad del implante subdérmico y el perfil sociodemográfico de sus usuarias durante el primer año de uso	<a href="http://www.amada.org.ar/index.php/revista/numero-actual/30-revista/revista-n2-2017/202-aceptabilidad-del-implante-subdermico-y-el-perfil-sociodemografico-de-sus-usuarias-durante-el-primer-ano-de-uso">http://www.amada.org.ar/index.php/revista/numero-actual/30-revista/revista-n2-2017/202-aceptabilidad-del-implante-subdermico-y-el-perfil-sociodemografico-de-sus-usuarias-durante-el-primer-ano-de-uso</a>	2018	M85. Rall et al, 2018	
5	Revista Federación Argentina de Sociedades de Ginecología y Obstetricia	Ginecología	Nölting, Manuel	Estado actual del tratamiento en Climaterio	<a href="http://www.fasgo.org.ar/images/1-2017.pdf">http://www.fasgo.org.ar/images/1-2017.pdf</a>	2017	M86. Nölting, 2017	
6	Revista Federación Argentina de Sociedades de Ginecología y Obstetricia	Ginecología	Katabian, L. y Oizerovich, S.	Trastornos del ciclo menstrual. Prevención del embarazo en la adolescencia. Infección por VPH	<a href="http://www.fasgo.org.ar/images/1-2017.pdf">http://www.fasgo.org.ar/images/1-2017.pdf</a>	2017	M87. Katabian y Oizerovich, 2017	
7	Revista de la Sociedad de Obstetricia y Ginecología de la Provincia de Buenos Aires (SOGBA)	Ginecología	Ladino, M. Y Ciochi, C.	Sangrado menstrual abundante en adolescentes, ¿se trata de una variante normal o de un trastorno hemorrágico?	<a href="http://www.sogba.org.ar/Revista_SOGBA2018_1/mobile/index.html#p=33">http://www.sogba.org.ar/Revista_SOGBA2018_1/mobile/index.html#p=33</a>	2018	M88. Ladino y Ciochi, 2018	
8	Revista de la Sociedad de Obstetricia y Ginecología de la Provincia de Buenos Aires (SOGBA)	Ginecología	Giurgiovich, Alejandra Julia	Adolescencia. ¿una consulta distinta?	<a href="http://www.sogba.org.ar/Revista_SOGBA2017_1/index.html#p=17">http://www.sogba.org.ar/Revista_SOGBA2017_1/index.html#p=17</a>	2017	M89. Giurgiovich, 2017	
9	Population Services International, Washington, DC, USA. - FHI 360, Durham, NC, USA.	Ginecología	Rademacher, K.; Sergison, J.; Glish, L.; Maldonado, L.; Mackenzie, A.; Nanda, G.; Yacobson, I.	Los cambios en el sangrado menstrual son NORMALES: Herramienta de asesoramiento propuesta para abordar las razones comunes de la falta de uso y la interrupción de la anticoncepción	<a href="http://www.amada.org.ar/index.php/revista/numeros-antiores/volumen-14-n-2-2018/260">http://www.amada.org.ar/index.php/revista/numeros-antiores/volumen-14-n-2-2018/260</a>	2018	M90. Rademacher et al, 2018	Traducción: Dra. María Laura Lovisolo Médica Ginecóloga, Sección Ginecología Infante Juvenil CEMIC. Publicado en las Webs de AMADA y FASGO.

10	Facultad de Medicina Virtual. Facultad de medicina - Universidad de Buenos Aires	Ginecología y sexología	Bertolino Depratti, Victoria	Disfunción sexual femenina	<a href="http://www.fmv-uba.org.ar/comunidad/sexualidad/dia3/disfuncionsexualfemenina.htm">http://www.fmv-uba.org.ar/comunidad/sexualidad/dia3/disfuncionsexualfemenina.htm</a>	Sin fecha	M91. Bertolino Depratti, s.f.	Si bien el documento no tiene fecha estuvo disponible en la web "Facultad de Medicina Virtual" de la Facultad de Medicina de la UBA por lo menos hasta el 26/12/18.
11	Sociedad Argentina de Urología.	Gineco y Sexología	Terradas, C., & Bertolino, M. V. (Eds.).	Medicina sexual humana. Un enfoque integrador. II Encuentro Argentino Multidisciplinario. Buenos Aires	No disponible online	2010	M92. Terradas y Bertolino, 2010	
12	Sociedad Argentina de Urología.	Ginecología y sexología	Bertolino, M. V., Pietruszka de Lebel, D., & Rodolico, M. del carmen	Mejorando la sexualidad en el climaterio femenino. En C. Terradas & M. V. Bertolino (Eds.), Medicina sexual humana. Un enfoque integrador	No disponible online	2010	M93. Bertolino, Pietruszka de Lebel, y Rodolico, 2010	
13	Sociedad Argentina de Urología.	Urología	Bechara, A., Pijoán, M., De Andre, C., & Rivero, M.	Correlación entre los síntomas urinarios y la disfunción eréctil. En C. Terradas & M. V. Bertolino (Eds.), Medicina sexual humana. Un enfoque integrador. Segundo Encuentro Argentino Multidisciplinario	No disponible online	2010	M94. Amado Bechara, Pijoán, De Andre, & Rivero, 2010	
14	Sociedad Argentina de Urología	Urología	Bechara, A., Casabé, A., Bonis, W. D., Hurcade, P., & Rey, H.	Evaluación a largo plazo de los resultados, complicaciones y satisfacción de 191 pacientes con implante de prótesis peneana	Revista Argentina de Urología, 75(4), 186-202.	2010	M95. A. Bechara, Casabé, Bonis, Hurcade, y Rey, 2010	
15	Archivos españoles de Urología	Urología	García Navas, R., Sanz Mayayo, E., Arias Fúnez, F., Rodríguez-Patrón, R., & Mayayo Dehesa, T.	Diagnóstico y seguimiento de la hipertrofia prostática benigna mediante ecografía	Archivos Españoles de Urología (Ed. impresa), 59(4), 353-360.	2006	M96. García Navas, Sanz Mayayo, Arias Fúnez, Rodríguez-Patrón, y Mayayo Dehesa, 2006	
16	Revista de la Sociedad de Urología Argentina	Urología	Vitagliano, G.; Blas, L.; Ríos Pita, H.; Contreras, P.; Mazza, O.; Ameri, C.	Informe sobre la encuesta de la SAU: Utilización de PSA por parte de la población urológica argentina	<a href="https://www.revistasau.org/index.php/revista/article/view/4027">https://www.revistasau.org/index.php/revista/article/view/4027</a>	2016	M97. Vitagliano et al, 2016	
17	Revista de la Sociedad de Urología Argentina	Urología	Montes de Oca, L.; Chernobilsky, V.; Savignano, S.; Borghi, M. Y Becher, E.	Evaluación de pacientes con cáncer de próstata en control o vigilancia activa: resultados preliminares	<a href="https://www.revistasau.org/index.php/revista/article/view/44">https://www.revistasau.org/index.php/revista/article/view/44</a>	2010	M98. Montes de Oca et al, 2010	
18	Sociedad Argentina de Urología	Urología	Paesano, N.	Lesiones verrugosas	<a href="https://www.sau-net.org/capitulos/infecciones/ets_2017.pdf">https://www.sau-net.org/capitulos/infecciones/ets_2017.pdf</a>	2017	M99. Paesano, N., 2017	
19	Sociedad Argentina de Urología	Urología	Silva, E.	Patologías Secretoras: uretritis	<a href="https://www.sau-net.org/capitulos/infecciones/uretritis_2017.pdf">https://www.sau-net.org/capitulos/infecciones/uretritis_2017.pdf</a>	2017	M100. Silva, E., 2017	

20	Ministerio de Salud de la Nación	Urología	MSN	Cáncer de Próstata: Diagnóstico y tratamiento	<a href="http://www.msal.gov.ar/inc/acerca-del-cancer/cancer-de-prostata/">http://www.msal.gov.ar/inc/acerca-del-cancer/cancer-de-prostata/</a>	Sin fecha	M101.MSN, Cáncer de próstata, s. f.	Si bien el documento no tiene fecha estuvo disponible en la web ministerial por lo menos hasta el 1/2/19.
21	Sociedad Argentina de Urología	Urología	Palma, P; Dambros, M; Riccetto, C; Thiel, M y Olivares, J. M.	Utilización de submucosa de intestino delgado porcino (SIS) para la reconstrucción de túnica albugínea posterior al reimplante de las prótesis de pene	<a href="https://www.revistasau.org/index.php/revista/article/view/3771/3325">https://www.revistasau.org/index.php/revista/article/view/3771/3325</a>	2008	M102. Palma et al, 2008	
22	The Journal of Urology	Urología	Belinky, J.; Cheliz, G.; Rey, H.; Bozzolo, J.; Bechara, A.	Gender Reassignment surgery. Male to female. Technique	<a href="http://www.jurology.com/article/S0022-5347(12)02694-8/fulltext">http://www.jurology.com/article/S0022-5347(12)02694-8/fulltext</a>	2012	M103. Belinky et al, 2012	
23	Hospital Durand y Sanatorio Güemes	Urología	Belinky, J.; Bozzolo, J.; Gutierrez, C.; Kaplan, A.; Sarotto, N.; Dangelo, D.; Bechara, A.; Rey, H.	Cirugía de readecuación genital femenina. Experiencia inicia	<a href="http://www.sau-net.org/congreso2016/sau2016-resumenes.pdf">http://www.sau-net.org/congreso2016/sau2016-resumenes.pdf</a>	2016	M104. Belinky et al, 2016a	Página 78
24	Unidad de Sexología Clínica y Quirúrgica. Área de Identidad de género. Hospital de Clínicas. Facultad de Ciencias Médicas Universidad Nacional de Córdoba	Urología	Belén, R.; García Salord, J.; Wayar, V.	Cirugía de reasignación sexual hombre/mujer	<a href="http://www.sau-net.org/congreso2016/sau2016-resumenes.pdf">http://www.sau-net.org/congreso2016/sau2016-resumenes.pdf</a>	2016	M105. Belén et al, 2016	Página 13
25	Hospital Durand y Universidad maimónides: CIDME	Urología	Belinky, J.; Fraunhofer, N.; Rey, H.; Ferraris, S.; Barrios, M.	Desarrollo de un andamiaje acelular a partir de tejido uretral proveniente de pacientes sometidos a cirugía de cambio de sexo	<a href="http://www.sau-net.org/congreso2016/sau2016-resumenes.pdf">http://www.sau-net.org/congreso2016/sau2016-resumenes.pdf</a>	2016	M106. Belinky et al, 2016b	Página 52
26	Hospital Durand	Urología	Belinky, J.; Bozzolo, J.; Villar, M.; Gómez Sicilia, P.; Kichic, G.; Behara, A.; Rey, H.	Cirugía de reasignación de género femenina con técnica cutánea. Presentación de 61 casos	<a href="http://www.sau-net.org/congreso2014/sau2014-libro-resumenes.pdf">http://www.sau-net.org/congreso2014/sau2014-libro-resumenes.pdf</a>	2014	M107. Belinky et al, 2014	Página 168
27	Sociedad Argentina de Urología	Urología	Puscinski, S; Puscinski, A; Amorone, J y Smolje, L	Prótesis testiculares: 30 años de experiencia	<a href="https://www.revistasau.org/index.php/revista/article/view/30/25">https://www.revistasau.org/index.php/revista/article/view/30/25</a>	2010	M108. Puscinski, 2010	
28	Centre of Expertise for Sex Reassignment Surgery, Department of Plastic & Transsexual Surgery, Burn Surgery, Hand Surgery, CHU University of Bordeaux, Centre François-Xavier-Michelet, Groupe Hospitalier Pellegrin, , Bordeaux, France	Urología	Leclère, F.; Casoli, V.; Weigert, R.	Vaginoplasty in Male-to-Female Transsexual Surgery: A Training Concept Incorporating Dissection Room Experience to Optimize Functional and Cosmetic Results	<a href="https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/jsm.12996">https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/jsm.12996</a>	2015	M109. Leclère et al, 2015	

29	University of Sheffield and Porterbrook Clinic, Sheffield, UK; Department of Psychiatry, University of British Columbia, Canada; Program for HIV and AIDS, Infectious Diseases Division, Bangladesh; Department of Epidemiology, Johns Hopkins School of Public Health, Baltimore, USA; Gender Dysphoria and Sexology Department, University Hospital La Conception, Marseille, France; and Suporn Clinic, Division of Plastic Surgery, Aikchol Hospital, Chonburi, Thailand	Urología	Wylie, K.; Knudson, G.; Islam Khan; Bonierbale, M.; Watanyusakul, S.; Baral, S.	Serving transgender people: clinical care considerations and service delivery models in transgender health	<a href="https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(16)00682-6/fulltext">https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(16)00682-6/fulltext</a>	2016	M110. Wylie et al., 2016	
30	Sociedad Argentina de Urología	Sexología y urología	Bertolino, M. V., Cenice, F., Helien, A., Nagelberg, A., Terradas, C., y Vázquez, J.	Medicina sexual basada en la evidencia	No disponible online	2007	M111. Bertolino et al., 2007	
31	Sociedad Argentina de Urología	Sexología	Bechara, A., Casabé, A., Bertolino, V.	Disfunción Sexual femenina	<a href="https://www.revistasau.org/index.php/revista/article/download/3059/3008">https://www.revistasau.org/index.php/revista/article/download/3059/3008</a>	2002	M112. Bechara et. al., 2002	
32	Sociedad Argentina de Urología	Sexología	Grasso, E; Sapetti, A.; Lebel, D.; Báez, L. y Rodolico, M. C.	Eficacia de los tratamientos psicosexológicos en la eyaculación precoz	No disponible online	2007	M113. Grasso, et. al., 2007	
33	Sociedad Argentina de Urología	Sexología	Belén, Sapetti, Esteban, y Ares	El abordaje de las disfunciones eyaculatorias. En M. V. Bertolino & C. Terradas (Eds.), Medicina sexual humana. Un enfoque integrador.	No disponible online	2010	M114. Belén, Sapetti, Esteban, y Ares, 2010	
34	Sociedad Argentina de Urología	Sexología	Bertolino y Helien	El coito doloroso. En C. Terradas & M. V. Bertolino (Eds.), Medicina sexual humana. Un enfoque integrador	No disponible online	2010	M115. Bertolino y Helien, 2010	
35	Sociedad Argentina de Urología	Sexología	Kusnetzoff, Gindin, & Baez	Matrimonio no consumado. En M. V. Bertolino Depratti & C. Terradas (Eds.), La medicina sexual humana. Un enfoque integrador. II Encuentro Argentino multidisciplinario	No disponible online	2010	M116. Kusnetzoff, Gindin, y Baez, 2010	
36	Sociedad Argentina de Urología	Sexología	Nagelberg, Vaamonde, y Nolasco	Mejorando la calidad del climaterio masculino. En C. Terradas & M. V. Bertolino (Eds.), Medicina Sexual Humana. Un enfoque integrador. II Encuentro Argentino Multidisciplinario	No disponible online	2010	M117. Nagelberg, Vaamonde, y Nolasco, 2010	

37	Sociedad Argentina de Urología	Sexología	Mazza, O.; Rodríguez Baigorri, G., y Rege, E.G.	Feromonas y órgano vomeronasal humano. En C. Terradas & M. V. Bertolino (Eds.), Medicina Sexual Humana. Un enfoque integrador. II Encuentro Argentino Multidisciplinario	No disponible online	2010	M118. Mazza, Rodríguez Baigorri y Rege, 2010.	
38	Sociedad Argentina de Urología	Sexología	Rajman, M., Finger, L., Kusnetzoff, J. C., Lance, J., & Rodríguez Baigorri, G.	Eficacia del tratamiento psicosexual de la disfunción erectil. En M. V. Bertolino (Ed.), Medicina sexual basada en la evidencia. Encuentro argentino multidisciplinario.	No disponible online	2007	M119. Rajman, Finger, Kusnetzoff, Lance, y Rodríguez Baigorri, 2007	

## Materiales analizados

### Instrumentos de exploración y diagnósticos

Nº	Institución	Especialidad	Autor/a/es	Título del documento	Link de acceso o ubicación	Fecha	Código Tesis	Otro
1	Organización Panamericana de la Salud	Medicina general	Belamendia, M.; Penzo, M.; Bazzano, M.; Hortonolla, Y.; Grunbaum, S.; Durán, P.; Martínez, G.; Maddaleno, M.; De Mucio, B.; Fescina, R.	Historia Clínica del Adolescente y Formularios Complementarios	<a href="https://www.paho.org/clap/index.php?option=com_docman&amp;view=download&amp;category_slug=salud-de-mujer-reproductiva-materna-y-perinatal&amp;alias=193-sistema-informatico-del-adolescente-sia-2&amp;Itemid=219&amp;lang=es">https://www.paho.org/clap/index.php?option=com_docman&amp;view=download&amp;category_slug=salud-de-mujer-reproductiva-materna-y-perinatal&amp;alias=193-sistema-informatico-del-adolescente-sia-2&amp;Itemid=219&amp;lang=es</a>	2010	M120. PAHO, Historia Clínica, 2010	Obtuve la referencia a este documento a partir de su cita en el Documento Marco de Referencia para las residencias en Medicina General elaborado por el Ministerio de Salud de la Nación. Pueden consultarse: <a href="http://www.msal.gov.ar/residencias/images/stories/descargas/acreditaciones/adjuntos/medicina%20general%20y%20familiar%20ok.pdf">http://www.msal.gov.ar/residencias/images/stories/descargas/acreditaciones/adjuntos/medicina%20general%20y%20familiar%20ok.pdf</a>
2	The Measurement Committee of the American Urological Association	Urología	Barry, M. J.; Fowler, F. J.; O'Leary, M. P.; Bruskewitz, R. C.; Holtgrewe, H. L.; Mebust, W. K., et al.	Puntuación internacional de los síntomas prostáticos (IPSS)	<a href="https://www.aeu.es/PDF/IPSS.pdf">https://www.aeu.es/PDF/IPSS.pdf</a>	1992	M121. Barry et al., 1992	Si bien el índice tiene varios años de antigüedad su uso está recomendado en el programa de la residencia de urología del Hospital Italiano del año 2018
3		Urología y Sexología	Rosen RC, Riley A, Wagner G, Osterloh IH, Kirkpatrick J and Mishra A.	Índice Internacional de Función Eréctil [The International Index of Erectile Function (IIEF): a multidimensional scale for assesment of erectile dysfunction].	<a href="https://www.aeu.es/PDF/IIEF.pdf">https://www.aeu.es/PDF/IIEF.pdf</a>	1999	M122. Rosen et al., 1999	También disponible la ficha técnica del cuestionario editada y publicada por el Área de Evaluación Clínica Psicológica de la Universidad Complutense.
4		Sexología	O'Leary, M. P.; Fowler, F. J.; Lenderking, W. R.; et al.	Inventario breve del funcionamiento Sexual (BSFI)	<a href="https://webs.ucm.es/info/psclinic/evaluacion/Proyecto%20Apoyo%20EPC%202006/INSTRUMENTOS%20EVALUACION/DISFUNCIONES%20SEXUALES%20Y%20PROBLEMAS%20DE%20PAREJA/INVENTARIO%20BREVE%20DE%20FUNCIONAMIENTO%20SEXUAL/BSFI_P.pdf">https://webs.ucm.es/info/psclinic/evaluacion/Proyecto%20Apoyo%20EPC%202006/INSTRUMENTOS%20EVALUACION/DISFUNCIONES%20SEXUALES%20Y%20PROBLEMAS%20DE%20PAREJA/INVENTARIO%20BREVE%20DE%20FUNCIONAMIENTO%20SEXUAL/BSFI_P.pdf</a>	1995	M123. O'Leary, et al. 1995	
5		Sexología	Symonds, T et al.	Cuestionario diagnóstico de la eyaculación precoz	<a href="http://servicios.laverdad.es/servicios/textos/diagnostico-eyaculacion-precoz.doc">servicios.laverdad.es/servicios/textos/diagnostico-eyaculacion-precoz.doc</a>	2007	M124. Symonds, et al. 2007	
6	International Consensus Development Conference on Female Sexual Dysfunctions	Sexología	Rosen, R.; Brown, C.; Heiman, J.; Leiblum, S.; Meston, C; Shabsigh, R.; Ferguson, D; D'Agostino, R Jr.	Índice de función sexual femenina	<a href="http://www.intermedicina.com/Avances/Ginecologia/AGO37.pdf">http://www.intermedicina.com/Avances/Ginecologia/AGO37.pdf</a>	2000	M125. Rosen et al., 2000	También disponible la ficha técnica del cuestionario editada y publicada por el Área de Evaluación Clínica Psicológica de la Universidad Complutense

**Materiales analizados**

**Consensos, guías de prácticas clínicas y algoritmos**

Nº	Institución	Especialidad	Autor/a/es	Título del documento	Link de acceso o ubicación	Fecha	Código Tesis	Otro
1	Ministerio de Salud de la Nación (MSN), Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable (PNSSyPR)	Toco ginecología	MSN	Atención de la salud integral de personas trans. Guía para equipos de salud	<a href="http://www.msal.gov.ar/images/stories/bes/graficos/000000696cnt-guia-equipos-atencion-Salud%20integral-personas-trans.pdf">http://www.msal.gov.ar/images/stories/bes/graficos/000000696cnt-guia-equipos-atencion-Salud%20integral-personas-trans.pdf</a>	2015	M126. MSN, Salud trans, 2015	
2	Ministerio de Salud de la Nación	Toco ginecología	MSN	Guía para la atención del parto normal en maternidades centradas en la familia	<a href="http://www.msal.gov.ar/images/stories/bes/graficos/000000239cnt-g09.guia-atencion-parto-normal.pdf">http://www.msal.gov.ar/images/stories/bes/graficos/000000239cnt-g09.guia-atencion-parto-normal.pdf</a>	2010	M127. MSN, Parto Normal, 2010	
3	Ministerio de Salud de la Nación, Dirección Nacional de Maternidad e Infancia	Toco ginecología	MSN	Guía para el mejoramiento de la atención post-aborto	<a href="http://www.msal.gov.ar/plan-reduccion-mortalidad/grafica/post-aborto/guia-post-aborto.pdf">http://www.msal.gov.ar/plan-reduccion-mortalidad/grafica/post-aborto/guia-post-aborto.pdf</a>	2005	M128. MSN, post aborto, 2005	
4	Ministerio de Salud de la Nación (MSN), Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable (PNSSyPR)	Toco ginecología	MSN	Protocolo para la atención integral de víctimas de violaciones sexuales. Instructivo para equipos de salud	<a href="http://www.msal.gov.ar/images/stories/bes/graficos/000000691cnt-protocolo_vvs.pdf">http://www.msal.gov.ar/images/stories/bes/graficos/000000691cnt-protocolo_vvs.pdf</a>	2011	M129. MSN, Violaciones, 2011	
5	Ministerio de Salud de la Nación (MSN), Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable (PNSSyPR)	Toco ginecología	MSN	Protocolo para la atención integral de las personas con derecho a la interrupción legal del embarazo	<a href="http://www.msal.gov.ar/images/stories/bes/graficos/000000875cnt-protocolo_ile_octubre%202016.pdf">http://www.msal.gov.ar/images/stories/bes/graficos/000000875cnt-protocolo_ile_octubre%202016.pdf</a>	2010	M130. MSN, ILE, 2010	
6	Ministerio de Salud de la Nación (MSN), Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable (PNSSyPR)	Toco ginecología	MSN	Guía para la atención integral de mujeres que cursan un aborto	<a href="http://www.msal.gov.ar/images/stories/bes/graficos/000000695cnt-000000587cnt-Guia-para-la-atencion-integral-de-mujeres-que-cursan-un-aborto.pdf">http://www.msal.gov.ar/images/stories/bes/graficos/000000695cnt-000000587cnt-Guia-para-la-atencion-integral-de-mujeres-que-cursan-un-aborto.pdf</a>	2015	M131. MSN, Aborto en curso, 2015	
7	Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires Área Políticas de Género Programa para la Prevención de la Violencia Familiar y Sexual y la Asistencia a las Víctimas Programa Provincial de Salud Reproductiva y Procreación Responsable	Toco ginecología	Gemetro, F. y Bacín, G.	Guía para Personal de Salud sobre Salud Sexual y Reproductiva y Prevención de la Violencia hacia Población LGTB	<a href="http://www.ms.gba.gov.ar/sitios/tocoginecologia/files/2014/02/Guia-para-el-Personal-de-Salud-sobre-Salud-Sexual-y-Reproductiva-y-Prevencion-de-la-Violencia-hacia-poblacion-LGTB.pdf">http://www.ms.gba.gov.ar/sitios/tocoginecologia/files/2014/02/Guia-para-el-Personal-de-Salud-sobre-Salud-Sexual-y-Reproductiva-y-Prevencion-de-la-Violencia-hacia-poblacion-LGTB.pdf</a>	2012	M132. Gemetro y Bacín, 2012	
8	Ministerio de Salud de la Nación y Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo	Toco ginecología	Dirección de Sida y ETS	Consultorios amigables para la diversidad sexual. Guía de implementación	<a href="http://www.msal.gov.ar/images/stories/bes/graficos/000000323cnt-2014-01_guia-implementacion-consultorios-amigables.pdf">http://www.msal.gov.ar/images/stories/bes/graficos/000000323cnt-2014-01_guia-implementacion-consultorios-amigables.pdf</a>	2013	M133. Dirección de Sida y ETS, Consultorios Amigables, 2013	

9	Ministerio de Salud de la Nación (MSN), Programa Nacional de Prevención del Cáncer Cérvico-uterino	Toco ginecología	MSN	Guía Programática Abreviada para el tamizaje de Cáncer Cervicouterino	<a href="http://www.msal.gov.ar/images/stories/bes/graficos/000000433cnt-Guia_Programatica_Abreviada_BAJA.pdf">http://www.msal.gov.ar/images/stories/bes/graficos/000000433cnt-Guia_Programatica_Abreviada_BAJA.pdf</a>	2014	M134. MSN, Cáncer Cervicouterino, 2014	
10	Ministerio de Salud de la Nación (MSN), Programa Nacional de Prevención del Cáncer Cérvico-uterino	Ginecología	MSN	Estrategia "un buen momento para hablar del PAP": cartilla para profesionales de la salud	<a href="http://www.msal.gov.ar/plan-reduccion-mortalidad/grafica/pap/cartilla_un-momento.pdf">http://www.msal.gov.ar/plan-reduccion-mortalidad/grafica/pap/cartilla_un-momento.pdf</a>	Sin fecha	M135. MSN, PAP, s.f.	Si bien no tiene fecha estuvo disponible en la web del (ex) Ministerio de Salud de la Nación hasta por lo menos el día 31/1/19
11	Federación Argentina de Sociedades en Ginecología y Obstetricia (FASGO)	Ginecología	FASGO	Consenso de Ginecología Infanto Juvenil: Trastornos del ciclo menstrual, prevención del embarazo en la adolescencia, infección por VPH	<a href="http://www.fasgo.org.ar/archivos/consensos/Consenso_de_Ginecologia_infantojuvenil_Actualizacion.pdf">http://www.fasgo.org.ar/archivos/consensos/Consenso_de_Ginecologia_infantojuvenil_Actualizacion.pdf</a>	2016	M136. FASGO, Infanto-Juvenil, 2016	
12	Federación Argentina de Sociedades en Ginecología y Obstetricia (FASGO)	Ginecología	FASGO	Manejo Terapéutico del Carcinoma de cuello uterino	<a href="http://www.fasgo.org.ar/archivos/consensos/Consenso_MANEJO_TERAPEUTICO_DEL_CARCINOMA_DE_CUELLO_UTERINO.pdf">http://www.fasgo.org.ar/archivos/consensos/Consenso_MANEJO_TERAPEUTICO_DEL_CARCINOMA_DE_CUELLO_UTERINO.pdf</a>	2017	M137. FASGO, Carcinoma cuello uterino, 2017	
13	Federación Argentina de Sociedades en Ginecología y Obstetricia (FASGO)	Ginecología	FASGO	Vacunas contra Virus del Papiloma Humano	<a href="http://www.fasgo.org.ar/archivos/consensos/Actualizacion_Consenso_Vacunas_HPV_FASGO_2017.pdf">http://www.fasgo.org.ar/archivos/consensos/Actualizacion_Consenso_Vacunas_HPV_FASGO_2017.pdf</a>	2017	M138. FASGO, HPV, 2017	
14	Asociación Médica Argentina de Anticonceptivos (AMADA) y Programa Nacional e Salud Sexual y Procreación Responsable (PNSSyPR) del Ministerio de Salud de la Nación	Ginecología	AMADA y PNSSyPR	Métodos anticonceptivos - Guía para profesionales de la salud	<a href="http://www.ms.gba.gov.ar/sitios/tocoginecologia/files/2014/02/Métodos-Anticonceptivos.-Guia-Practica-para-Profesionales-de-la-Salud.pdf">http://www.ms.gba.gov.ar/sitios/tocoginecologia/files/2014/02/Métodos-Anticonceptivos.-Guia-Practica-para-Profesionales-de-la-Salud.pdf</a>	2014	M139. AMADA y PNSSyPR, 2014	Disponible en la web de FASGO
15	Federación Argentina de Sociedades en Ginecología y Obstetricia (FASGO)	Ginecología	FASGO	Guía Práctica Integral (Clínica-Laboratorio) de diagnóstico de vaginosis-vaginitis en la atención primaria de la mujer en edad fértil y menopausia	<a href="http://www.fasgo.org.ar/images/GUIA_PRACTICA_INTEGRAL_2012.pdf">http://www.fasgo.org.ar/images/GUIA_PRACTICA_INTEGRAL_2012.pdf</a>	2012	M140. FASGO, Vaginosis, 2012	
16	Federación Argentina de Sociedades en Ginecología y Obstetricia (FASGO)	Ginecología	FASGO	Estado actual del tratamiento en climaterio	<a href="http://www.fasgo.org.ar/archivos/consensos/Consenso_Ginecologia_TRAMIENTO_EN_CLIMATERIO.pdf">http://www.fasgo.org.ar/archivos/consensos/Consenso_Ginecologia_TRAMIENTO_EN_CLIMATERIO.pdf</a>	2016	M141. FASGO, Climaterio, 2016	
17	Federación Argentina de Sociedades en Ginecología y Obstetricia (FASGO)	Ginecología	FASGO	Preservación de la fertilidad	<a href="http://www.fasgo.org.ar/archivos/consensos/Actualizacion_Consenso_FASGO_2018_Preservacion_de_la_fertilidad.pdf">http://www.fasgo.org.ar/archivos/consensos/Actualizacion_Consenso_FASGO_2018_Preservacion_de_la_fertilidad.pdf</a>	2018	M142. FASGO, Fertilidad, 2018	
18	Sociedad Argentina de Urología (SAU)	Urología	SAU	Lineamientos básicos en la prevención y tratamiento de las infecciones del aparato urinario en el adulto (OAU)	<a href="https://www.sau-net.org/publicaciones/lineamientos-diagnostico-tratamiento">https://www.sau-net.org/publicaciones/lineamientos-diagnostico-tratamiento</a>	Sin fecha	M143. SAU, Infecciones, s.f	Disponible en la web de la SAU por lo menos hasta el día 7/1/2018

19	Sociedad Argentina de Urología (SAU)	Urología	SAU	Lineamientos básicos en el diagnóstico y tratamiento de la enfermedad de La Peyronie	<a href="https://www.sau-net.org/publicaciones/lineamientos-diagnostico-tratamiento">https://www.sau-net.org/publicaciones/lineamientos-diagnostico-tratamiento</a>	Sin fecha	M144. SAU, La Peyronie, s.f.	Disponible en la web de la SAU por lo menos hasta el día 7/1/2018
20	Asociación Europea de Urología	Urología	Grabe, M; Bjerklund, T.; Botto, H. ; Çek, M.; Naber, K.; Tenke, P.; Wagenlehner, F.	Guía clínica sobre las infecciones urológicas	<a href="http://fau.org.ar/pdf/GUIA-CLINICA-SOBRE-LAS-INFECCIONES-UROLOGICAS_espanol.pdf">http://fau.org.ar/pdf/GUIA-CLINICA-SOBRE-LAS-INFECCIONES-UROLOGICAS_espanol.pdf</a>	2010	M14. Grabe et al., 2010	Este documento forma parte del acervo de guías clínicas recomendado por la Federación Argentina de Urología, por lo menos hasta el mes de enero de 2019
21	Ministerio de Salud de la Nación	Urología	Cesaroni, Silvana Patricia	Cáncer de Próstata. Tratamientos de alto costo en enfermedades localizadas y avanzadas. Guía de práctica clínica	<a href="http://www.msal.gob.ar/.../0000000789cnt-66-guia-practica-clinica-cancer-de-prostata.pdf">www.msal.gob.ar/.../0000000789cnt-66-guia-practica-clinica-cancer-de-prostata.pdf</a>	2015	M146. Cesaroni, 2015	
22	Academia Nacional de Medicina	Urología	Asociación Argentina de Oncología Clínica Asociación Médica; Argentina Federación Argentina de Urología; Instituto de Oncología Angel H. Roffo; Sociedad Argentina de Cancerología; Sociedad Argentina de Patología; Sociedad Argentina de Radiología; Sociedad Argentina de Terapia Radiante Oncológica; Sociedad Argentina de Urología	Consenso Nacional Inter-Sociedades para el Diagnóstico y Tratamiento del Cáncer de Próstata	<a href="https://www.sau-net.org/...diagnostico-tratamiento/consenso_ca_prostata_2016.pdf">https://www.sau-net.org/...diagnostico-tratamiento/consenso_ca_prostata_2016.pdf</a>	2016	M147. Consenso cáncer de próstata, 2016	
23	Sociedad Argentina de Urología (SAU)	Urología	SAU	Lineamientos básicos en el diagnóstico de insuficiencia venosa esperamática en la pubertad	<a href="https://www.sau-net.org/publicaciones/lineamientos-diagnostico-tratamiento">https://www.sau-net.org/publicaciones/lineamientos-diagnostico-tratamiento</a>	Sin fecha	M148. SAU, Varicocele, s.f.	Disponible en la web de la SAU por lo menos hasta el día 7/1/2018

24	Sociedad Argentina de Infectología (SADI), Sociedad Argentina de Urología (SAU), Sociedad Argentina de Medicina (SAM), Sociedad Argentina de Bacteriología Clínica (SADEBAC), Sociedad Argentina de Ginecología y Obstetricia Bs As (SOGIBA)	Urología	SADI, SAU, SAM, SADEBAC, SOGIBA	Consenso Intersociedades para el Manejo de la Infección del tracto urinario	<a href="https://www.sau-net.org/publicaciones/lineamientos-diagnostico-tratamiento">https://www.sau-net.org/publicaciones/lineamientos-diagnostico-tratamiento</a>	2006	M149. SADI, SAU, SAM, SADEBAC, SOGIBA, 2006	
25	Asociación Americana de Urología	Urología	Barry, M; Fowler, J.; O'Leary, M.; Bruskewitz, R.; Holtgrewe, H.; Mebust, W. et al.	El índice de síntomas de la Asociación Americana de Urología para la hiperplasia prostática benigna. El Comité de Medición de la Asociación Americana de Urología.	<a href="https://www.exchangecme.com/resourcePDF/bph/resource1.pdf">https://www.exchangecme.com/resourcePDF/bph/resource1.pdf</a>	1992	M150. Barry et al, 1992	El uso de este instrumento de recomendando en artículos publicados en la revista de la SAU en el año 2017.
26	Sociedad Argentina de Urología (SAU)	Urología	SAU	Lineamientos básicos en la utilización de la ecografía prostática transrectal	<a href="https://www.sau-net.org/publicaciones/lineamientos-diagnostico-tratamiento">https://www.sau-net.org/publicaciones/lineamientos-diagnostico-tratamiento</a>	Sin fecha	M151. SAU, ecografía transrectal, s.f.	Disponible en la web de la SAU por lo menos hasta el día 7/1/2018
27	Sociedad Argentina de Urología	Urología	Tejerizo, J. y Grossi, O.	Algoritmo Urológico Nacional. Diagnóstico y tratamiento de la incontinencia de orina femenina.	<a href="https://www.sau-net.org/publicaciones/lineamientos-diagnostico-tratamiento/consenso_incontinencia.pdf">https://www.sau-net.org/publicaciones/lineamientos-diagnostico-tratamiento/consenso_incontinencia.pdf</a>	2004	M152. Tejerizo, J. y Grossi, O, 2004	Disponible en la web de la SAU por lo menos hasta el día 16/1/2018
28	Sociedad Argentina de Urología (SAU)	Urología y sexología	SAU	Lineamientos básicos en el diagnóstico de la disfunción sexual eréctil	<a href="https://www.sau-net.org/publicaciones/lineamientos-diagnostico.../lineamientosdsde.doc">https://www.sau-net.org/publicaciones/lineamientos-diagnostico.../lineamientosdsde.doc</a>	Sin fecha	M153. SAU, DE, s.f.	Disponible en la web de la SAU por lo menos hasta el día 16/1/2018
29	Federación Argentina de Urología	Sexología	Wespes, E; Amar, E; Eardley, I; Giuliano, F; Hatzichristou, D; et al	Disfunción sexual masculina: Disfunción eréctil y eyaculación precoz	<a href="http://fau.org.ar/pdf/Male-Sexual-Dysfunction-2010-espanol.pdf">http://fau.org.ar/pdf/Male-Sexual-Dysfunction-2010-espanol.pdf</a>	2009	M154. Wespes, E; et al, 2009	Disponible hasta por lo menos el 27/12/18 como guía de orientación clínica para el abordaje de "la disfunción sexual masculina" en la página web de la FAU

## Materiales analizados

### Artículos de divulgación y entradas en páginas web de profesionales

Nº	Sitio web	Especialidad	Autor/a/es	Título del documento	Link de acceso o ubicación	Fecha	Código Tesis	Otro
1	Aula Ciencia de la Salud	Ginecología	Maginera, S	Coherencia cardíaca para el manejo del estrés	<a href="http://www.sandramagirena.com.ar/2016/07/coherencia-cardiaca-para-el-manejo-del.html">http://www.sandramagirena.com.ar/2016/07/coherencia-cardiaca-para-el-manejo-del.html</a>	Sin fecha	M155. Maginera, s. f.	
2	Sitio web Grupo Médico Prof. Dr. Sergio L. Provenzano	Ginecología	Provenzano, S.	Ginecología y Obstetricia	<a href="http://gmprovenzano.com/">http://gmprovenzano.com/</a>	Sin fecha	M156. Provenzano, s.f.	
3	Sitio web del Dr. Belinky	Urología	Javier Belinky	Reasignación femenina	<a href="http://www.drbelinky.com/reasignacion-femenina.php#reasignacion_femenina">http://www.drbelinky.com/reasignacion-femenina.php#reasignacion_femenina</a>	Sin fecha	M157. Belinky, s.f.	Disponible en la web por lo menos hasta el 21/01/19
4	Sitio Web Sexo Vida	Sexología	Sapetti	Deseo sexual disminuido I y II	<a href="http://www.sexovida.com/detalle.php?id=166">http://www.sexovida.com/detalle.php?id=166</a>	Sin fecha	M158. Sapetti, s.f.	
5	Sitio web e-sexología	Sexología	Kusnetzoff, J. C.	La respuesta sexual humana	<a href="http://www.e-sexologia.com/disfunciones/disf10.htm">http://www.e-sexologia.com/disfunciones/disf10.htm</a>	Sin fecha	M159. Kusnetzoff, s.f.	Disponible en la web hasta por lo menos hasta el 20/6/2019

Notas de campo					
Nº	Título	Especialidad observada	Fecha	Código Tesis	Otro
1	Nota de campo nº 1	Ginecología	22/4/15	M160. Nota de campo nº1	
2	Nota de campo nº 2	Ginecología	5/12/14	M172. Nota de campo nº2	
3	Nota de campo nº 3	Ginecología	15/9/16	M161. Nota de campo nº3	
4	Nota de campo nº 4	Ginecología	13/11/15	M162. Nota de campo nº4	
5	Nota de campo nº 5	Ginecología	11/8/16	M163. Nota de campo nº5	
6	Nota de campo nº 6	Urología	7/4/15	M164. Nota de campo nº6	
7	Nota de campo nº 7	Urología	3/12/14	M165. Nota de campo nº7	
8	Nota de campo nº 8	Urología	27/5/16	M166. Nota de campo nº8	
9	Nota de campo nº 9	Urología	29/9/16	M167. Nota de campo nº9	
10	Nota de campo nº 10	Sexología médica	27/2/15	M168. Nota de campo nº10	
11	Nota de campo nº 11	Sexología médica	6/8/15	M169. Nota de campo nº11	
12	Nota de campo nº 12	Varias	8/7/15	M170. Nota de campo nº12	Referidas a las jornadas en Salud Transgénero Htal. Durand
13	Nota de campo nº 13	Sexología médica	10/9/16	M171. Nota de campo nº13	Notas tomadas durante el curso en "Sexología educativa" , Htal. De Clínicas

## Materiales analizados

Otros								
Nº	Institución	Especialidad	Autor/a/es	Título del documento	Link de acceso o ubicación	Fecha	Código Tesis	Otro
1	Congreso y Ministerio de Salud de la Nación	Ginecología	Congreso y Ministerio de Salud de la Nación	Ley Nacional 25.673, Creación del Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable	<a href="http://feim.org.ar/wp-content/uploads/2017/05/Ley_Programa_de_Salud_Sexual_Procreacion-Responsable_Doc.pdf">http://feim.org.ar/wp-content/uploads/2017/05/Ley_Programa_de_Salud_Sexual_Procreacion-Responsable_Doc.pdf</a>	2003	M173. Programa SSyPR, 2003	
2	Ministerio de Salud de la Nación (MSN), Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable (PNSSyPR)	Tocoginecología	MSN	Derechos Sexuales y Reproductivos	<a href="http://www.msal.gov.ar/images/stories/bes/graficos/0000000673cnt-derechos_sexuales_y_reproductivos.pdf">http://www.msal.gov.ar/images/stories/bes/graficos/0000000673cnt-derechos_sexuales_y_reproductivos.pdf</a>	2012	M174. MSN, DDSSyRR, 2012	
3	ANMAT	Sexología y Urología	ANMAT	Expediente en el que se aprueba la solicitud del laboratorio PFIZER S.R.L. para modificar el prospecto del VIAGRA / SILDENAFIL	<a href="http://www.anmat.gov.ar/boletin_anmat/enero_2015/Dispo_0824-15.pdf">http://www.anmat.gov.ar/boletin_anmat/enero_2015/Dispo_0824-15.pdf</a>	2015	M175. ANMAT, 2015	
4	Ministerio de Salud de la Nación	Especialidades médicas en general	Navarro Pérez, P.; Contreras Sánchez, A.; Junco Gómez, M. De C.; Sánchez Villegas, P.; Sánchez-Cantalejo Garrido, C.; Luque Martín, N.	Análisis de la distribución geográfica de médicos especialistas en la república Argentina	<a href="http://www.msal.gov.ar/observatorio/images/stories/documentos_fuerza_trabajo/Adjuntos%20Fuerza%20de%20Trabajo%20FT/NavarroP-y-otros-demografia-medica-argentina-2015.pdf">http://www.msal.gov.ar/observatorio/images/stories/documentos_fuerza_trabajo/Adjuntos%20Fuerza%20de%20Trabajo%20FT/NavarroP-y-otros-demografia-medica-argentina-2015.pdf</a>	2015	M176. Navarro Pérez, et. al., 2015	