

A. Touraine (1968) *Le mouvement de mai ou le communisme utopique*, Le Seuil, París.

— (1973) *Production de la société*, Le Seuil, París.

— (1979) *La prophétie antinucléaire*, Le Seuil, París.

S. Woolgar (1989) «Reconstructing man and machine: A note on sociological critiques of cognitivism», en: W. Bijker, T. P. Hughes y

T. Pinch (comps.), *The Social Construction of Technological Systems*. MIT Press, Cambridge (Mass.).

Domènech, M. y Tirado, F. J. (comps.) (1998): Sociología simétrica. Ensayos sobre ciencia, tecnología y sociedad. Barcelona, Gedisa.

Actores-red y ambivalencia, Los médicos de familia en el programa británico de citología de cribaje

Vicky Singleton y Mike Michael

A partir de una serie de artículos y libros en los que elaboran su teoría del actor-red, Michel Callon, Bruno Latour y sus colegas han desarrollado un conjunto de conceptos, técnicas y principios interrelacionados que les sirven para representar la dinámica que científicos y técnicos llevan a cabo para poder desempeñar un papel central en la tarea de «comprender» el mundo natural y social. En el proceso, estos autores han transgredido muchas de esas dicotomías tan queridas y cuidadas por la sociología: naturaleza/cultura, sujeto/objeto, ciencia natural/ciencia social, causa/significado —todos estos límites conceptuales han sido erosionados por la aproximación del actor-red.¹ Después de todo esto, no resulta fácil la cohabitación de la teoría del actor-red con el socioconstruccionismo, o con el programa fuerte de la sociología del conocimiento científico (SCC). En efecto, del mismo modo que algunos filósofos moralistas han intentado dotar a los animales de derechos morales,² parece asimismo que Callon y Latour pretenden otorgar derechos sociológicos, o más precisamente, narrativos, a los objetos, tanto «naturales» como «tecnológicos». Pero, y ésta es nuestra pregunta general, ¿de qué manera podemos tratar a los actores, al narrar la historia de un actor-red particular, para producir narrativas coherentes? ¿Y qué es lo que resulta de todo ello?

Este texto tiene por objetivo proporcionar una modesta elaboración del enfoque actor-red —concretamente en lo que se refiere a alguno de los temas que surgen cuando conceptos como «indeterminación», ambivalencia y multiplicidad son introducidos en el análisis del actor-red. En particular, plantearemos que las tácticas de problematización —descajanebrizar, desenrolar, desenredar, marginalización, ambivalencia y multiplicación— también contribuyen de manera fundamental a la longevidad de una red.

El Programa de Citología de Cribaje (de ahora en adelante, PCC) en el Reino Unido, objeto de nuestro estudio de caso, ha estado sujeto a debate en los últimos años. La controversia lo ha afectado a diversos niveles, desde la acalorada disputa acerca de la etiología del cáncer cervical hasta el cuestionamiento de los procedimientos analíticos del laboratorio.³ Sin embargo, en términos generales, el PCC ha conseguido mantener su coherencia como programa médico y como procedimiento diagnóstico; es decir, el PCC es un actor-red duradero. Mantendremos aquí que la aceptación prolongada del PCC descansa en una serie de alianzas y asociaciones entre una variedad de actores que incluye el gobierno británico, médicos de familia, investigadores y técnicos del ámbito de la medicina, directores de campañas de salud, activistas feministas, mujeres profanas y células del cuello del útero. No obstante, si hacemos un examen atento, lo que podría parecer una desproblematización orquestada del PCC, o cajanebrización, y de su procedimiento diagnóstico clave, el Test de Papanicolaou, es, en realidad, algo sumamente ambiguo. A partir tanto de documentos del NHS*, en los que se esboza una idea general del PCC, como de entrevistas con doctores involucrados en la administración del programa, mostraremos que la relación entre varios de estos actores no es nada clara, a pesar de que parece haberse dado un enrolamiento fructífero. Además, esta ambigüedad no sólo indica la posibilidad de fracturas en las diferentes asociaciones, sino que incluso puede que esté sosteniendo a la propia red.

* Las siglas NHS corresponden a National Health Service, y son el equivalente británico del Insalud [N. d. T.].

La teoría del Actor-Red: un breve repaso⁴

La perspectiva del actor-red descansa sobre tres principios agnoscísticos generalizados —imparcialidad analítica respecto a qué actores están involucrados en una controversia; simetría generalizada —el uso de un vocabulario abstracto y neutral para comprender los puntos de vista conflictivos de los actores; y libre asociación —el rechazo a distinciones apriorísticas entre lo social y lo natural o lo tecnológico. En este marco metateórico, los científicos no son tratados simplemente como científicos, sino como empresarios multifacéticos que, con habilidad y aplorito, se dedican a actividades políticas, sociológicas y económicas; además de a aquellas prácticas que tradicionalmente reciben la etiqueta de «científicas». Así, los científicos aprovechan multiplicidad de materiales y técnicas para extender su influencia más allá del laboratorio, para lo cual deben enrolar a otros científicos. Como veremos, la teoría del actor-red ha desarrollado diversos términos para conceptualizar este proceso.

A nivel general, tenemos el «interesamiento» —«acciones con las que una entidad intenta imponer y estabilizar, a través de su problematización, la identidad de otros actores a los que define».⁵ Este amplio término abarca una variedad de estrategias y mecanismos por los cuales una entidad —tanto si se trata de un individuo, como Pasteur, o de un pequeño grupo, como los tres investigadores de la Bahía de St Brieuc, o una institución, como Electricité de France— intenta «arriñonar» y enrolar a otras entidades, tales como científicos, públicos, instituciones, veiras o electrones. Esto se consigue interponiéndose entre la entidad objetivo y sus asociaciones pre-existentes con otras entidades que contribuyen a su identidad. Sólo si se tiene éxito en la desconexión de estas otras asociaciones, puede decirse que ha tenido lugar el enrolamiento, aunque sólo sea temporalmente.

Sin embargo, el enrolamiento no es un proceso unilateral de imposición: implica tanto la «captura» del otro como su «so-metimiento». Es un proceso multilateral. Para Latour, el poder no es una posesión, sino una disposición de asentimientos: «El "poder" es siempre la ilusión que la gente obtiene al ser obedecido... descubren de qué está hecho realmente su poder

cuando empiezan a perderlo... “estaba hecho de” las voluntades de todos los demás... el poder [es] una consecuencia y no una causa de la acción colectiva.»⁶ El enrolamiento, en definitiva, ha sido conceptualizado a partir de una serie de nociones distintas que analizan cómo unas entidades llegan a ser esclavas de otras.

El método que utiliza una entidad para dar un papel a las otras, desde lo macrosociológico a lo subatómico, se llama «tracción». En el proceso, el traductor se erige a sí mismo en portavoz de estas otras entidades. Si se quiere que estas entidades tomen cuerpo, entonces es necesario inventar una geografía de «puntos de paso obligado»: para aquellos elementos y entidades que desean continuar existiendo y desarrollándose, y a los cuales la entidad enroladora pretende alistar, estos puntos constituyen conductos inevitables —cuellos de botella narrativos— a través de los cuales deben pasar para articular tanto su identidad como su «raison d'être». Otro modo de tracción es el «desplazamiento»: se refiere a la manera en que las entidades organizan y estructuran el movimiento de materiales, recursos e información. A través de la organización de encuentros, de propiciar y mantener contactos, de llevar a cabo experimentos, una entidad puede acumular aquellos materiales que vuelven más duradero su actor-red.

Ahora bien, los procesos de enrolamiento son particularmente problemáticos cuando se realizan a gran distancia. Una de las primeras modalidades con las que se combate el potencial disruptivo de la distancia es la del «móvil inmutable». Un móvil inmutable es cierta clase de texto —escritos, gráficos, figuras, fórmulas— que puede ser transportado, que permanece estable y que puede combinarse con otros textos. Facilita la capacidad que tienen ciertas entidades de centralizar y monopolizar significados en centros de cálculo tales como los laboratorios, donde estos materiales, rastros y similares, pueden ser entrelazados.

De todas formas, el sistema en su totalidad no es fiable. En términos de Callon, el actor-mundo puede convertirse o revertir en un actor-red.⁷ Es decir, los trazos, los móviles inmutables, los materiales pueden verse problematizados de repente (des-caja-negrizados). Los papeles e identidades que una entidad asigna a otra pueden ser cuestionados, socavados o he-

chos añicos. Donde antes el actor «enrolador» había organizado los puntos de paso obligados para otros, ahora se encuentra forzado a cruzar puntos de paso obligado que han sido dictados por otros. Y no sólo interviene alteridades sociales; la heterogeneidad de las redes implica que en su interior cualquier entidad puede empezar a perder su carácter semiótico —electrones, microbios, vieiras, el Atlántico.

Comentarios: perspectivas, marginalidad y ambigüedad

Las críticas a la Teoría del Actor-Red (ANT en adelante)* se han focalizado, por ejemplo, en el papel ambiguo de los intereses o en la de-priorización de lo social. Así, Shapin plantea que la renuncia de Latour a las explicaciones basadas en intereses no es convincente en absoluto. Para llegar a decir que los «intereses» son las consecuencias de la negociación, Latour tiene que borrar la diferencia que hay entre intereses y explicaciones sobre intereses.⁸ Por el contrario, Callon y Law reconocen que su uso del concepto de interés está más cerca de la escuela de Edinburg que de Woolgar, quién, siguiendo una línea etnometodológica, da prioridad analítica a las explicaciones sobre intereses.⁹

La crítica de Collins y Yearley apunta a la simetría radical de la ANT: el estatus de «actante» que tienen los artefactos técnicos y las entidades naturales en esta teoría es contemplado como algo altamente problemático.¹⁰ La «de-priorización» de lo social, que da una voz autónoma a las «cosas», difriza el hecho de que estas voces en realidad dependen de la mediación de actores humanos: para Collins y Yearley, este papel central que tienen los informes de segunda mano que proporcionan los actores humanos restituye lo social como lugar real para la investigación en la sociología del conocimiento científico. La respuesta de Callon y Latour consiste, en parte, en decir que los artefactos técnicos están implicados en el propio tejido social —son relaciones sociales vistas de forma

* ANT es el acrónimo de Actor-Network Theory, el original inglés de lo que se conoce en castellano por Teoría del Actor-Red [N. d. T.].

duradera y cohesionada: las técnicas por las cuales el significado y la volición son drenados de los artefactos se convierten en objetos de estudio.¹¹

En contraste con estos debates, nosotros nos inspiraremos en aquellos comentarios acerca de la ANT que se han mostrado más afines a dicha teoría. A pesar de que la explicación que sigue resulta disgregadora respecto de las diferentes dimensiones de la teoría, ha de quedar claro que todas ellas están íntimamente relacionadas; en las siguientes secciones se hará evidente hasta qué punto.

(a) Perspectivas - al relatar una historia desde la ANT, ¿dónde se sitúa a sí mismo/a el/la analista? Schwartz Cowan ha planteado que la ANT tiende a tomar una perspectiva desde fuera de la red: estudia las redes de fuera adentro.¹² Mediante el estudio del «consumption junction», que es como Schwartz Cowan llama al punto temporal y espacial en el cual los consumidores realizan elecciones entre tecnologías competidoras, es posible determinar qué aspecto podría tener una red vista de dentro afuera.

(b) Multiplicidad - ¿cómo deberíamos incorporar en una red entidades que poseen toda una gama de atributos e identidades? En cualquier red, los actantes constituyentes tienen «pertenencias múltiples en muchos mundos a la vez».¹³ Según Leigh Star, esto sirve de base para examinar las posiciones potencialmente críticas de los actantes en los márgenes de una red dada. Y, tal y como también dice Star, resulta vital darse cuenta de que

«...la gente habita muchos dominios diferentes a la vez... y la negociación de identidades en y entre los grupos es una tarea extraordinariamente compleja y delicada. Es importante no dar por sentado ni unidad ni pertenencia única, tanto en la mezcla de humanos y no-humanos como entre humanos.»¹⁴

Allí donde la red es multi-dimensional y contiene en su seno asociaciones y papeles oscuros —es decir, donde hay una red dentro de una red— los actantes disponen de muchos recursos de los que aprovecharse, recursos que, al mismo tiempo que problematizan ciertos componentes de la red original, pueden contribuir, en último término, a su durabilidad.

(c) Marginalidad y crítica —¿qué voz se debería atribuir a esos actores que son sistemáticamente excluidos de una red? ¿Cómo es posible dirigir la ANT hacia los fines críticos por los que abogan ciertos actores con los que puede decirse que el analista se identifica? Aquellos que están marginalizados no deberían, dice Star, ser concebidos simplemente como «el exterior». Ocupan una posición «todavía no etiquetada» y que puede actuar sobre la red como influencia subversiva latente.

En resumen, podríamos decir que este texto ilustra la manera en que la red se vuelve duradera gracias a que los actores ocupan a la vez los márgenes y el centro, son los críticos más crudos y los más ardientes e incondicionales partidarios, están simultáneamente dentro y fuera. ¿Pero cómo debemos concebir esta red? ¿Qué metáforas pueden ser aplicables?

Las redes de Callon y Latour son limpias y claras. Lo que en un principio parecen ser actores constituidos de forma completa, a menudo emergen como entidades unitarias (a pesar de ser éste siempre un estado provisional): y ello no es sólo producto del estado y configuración de la red estudiada, sino que sucede debido al curso que toma la narración del estudio de caso concreto. En otras palabras, y aún a riesgo de ser «meta-reflexivos»,¹⁵ es el trabajo que el analista realiza con las redes lo que hace aparecer de entre los datos y materiales empíricos la particularidad e identidad de las entidades estudiadas. Sin duda, esto es parte del trabajo del analista: detectar patrones, narrativas, orden. Sin embargo, los problemas surgen cuando la singularidad de las entidades aparecidas en la narrativa analítica amenaza con bloquear la indeterminación y ambivalencia de aquellas entidades y asociaciones a las que están unidas. Quizá esto va parajo a la recurrente metáfora de la guerra que atraviesa la teoría del actor-red: ciertamente a menudo parece que estas explicaciones están estructuradas en magníficas victorias y desastrosas derrotas. Somos transportados a un mundo dramático de meteoricos ascensos y trágicos fracasos.

Una metáfora alternativa podría ser la de la reforma permanente; el mundo que deseamos examinar está caracterizado por una inestabilidad inherente y por incansantes escaramuzas. Así, la multiplicidad de los actores se refleja en los desplazamientos y cambios que se producen en las asociaciones entre ellos: o, lo que es lo mismo, los actores están dotados de una in-

certidumbre intrínseca. Para captar mejor estas facetas, elaboraremos una metáfora. Alrededor de una cámara cinematográfica (llamémosle el/los analista/s) hay un denso andamiaje que se extiende en todas direcciones, en tres dimensiones (llamémosle la red). Este andamiaje está compuesto de ramales más o menos sólidos (llamemos a eso asociaciones) y nodos, más o menos opacos (llamémosles actantes). La cámara está también conectada al andamio: lo que puede hacer está limitado por sus conexiones. A medida que va rodando, enfocando, a base de zooms y giros en su trípode, la cámara detecta cambios más o menos drásticos en el andamiaje, en la calidad de las conexiones y en la opacidad de los nodos (llamemos a esto historia). A través de nuestra cámara vemos otra cámara (llamémosla Callon y Latour) y vemos algunos de sus mecanismos. Nos damos cuenta de que es particularmente buena haciendo fotografías de lapso de tiempo: primero ve cómo un nodo establece nuevas conexiones, crece y se vuelve más opaco (a veces este nodo es llamado Pasteur, o Electricité de France o los tres biólogos); después observa cómo otro nodo conectado forcejea y se libera (a veces este nodo es un microbio, o un electrón o algún pescador); luego ve cómo el nodo original se vuelve más opaco, más denso y más oscuro, o bien cómo se vuelve menos opaco a medida que empieza a deshacerse en un lio de conexiones más o menos dañadas.

Vemos que esta otra cámara privilegia un enfoque y una apertura particulares: lo que capta en el denso andamio de conexiones es, para nosotros, un corte bastante fino a través de la matriz—sólo recoge aquellas conexiones a nodos que caen dentro de su restringida profundidad de campo. A pesar de ello, tiene un zoom excelente y nos permite entrar en los nodos para revelar los más intrincados patrones de conexiones que los constituyen. Por el contrario, nosotros nos felicitamos de que nuestra cámara esté un poco mejor conectada: nuestra mayor profundidad de campo revela muchas conexiones que se quedan desenfocadas en otras cámaras. Vemos un nodo—sus conexiones son variadísimas—, y a medida que jugamos con nuestras lentes estas conexiones entran y salen del enfoque. Efectivamente, incluso cuando dejamos nuestras lentes en una única posición, descubrimos que el andamio está en movimiento constante y que las conexiones entran y salen del

enfoque espontáneamente. (Si hubiéramos sido analistas del discurso, habríamos llamado a este proceso el uso contextual de repertorios lingüísticos.)¹⁶ Algunas de estas conexiones parecen tirar del nodo en distintas direcciones—un nodo puede estar insertado en una submatriz en armonía con el andamio, al mismo tiempo que verse empujado hacia fuera. Es, a la vez, central y periférico, está dentro y fuera, está en el núcleo y en los márgenes. Sin embargo, nos damos cuenta de que estas fuerzas que tiran de él en dirección opuesta no sólo crean tensiones en la submatriz. A medida que investigamos la conexión, vemos que donécta con otros nodos y otras conexiones, algunas de las cuales nos llevan de nuevo a la submatriz. Creemos que esta vibración y este dinamismo contribuyen a sostener lo que, con otra profundidad de campo, en otro período temporal y con diferente campo de visión, parecen estar so-cavando. (Si hubiéramos leído a nuestro Giddens seriamente, podríamos tener una versión doblada de estas consecuencias no intencionales.)¹⁷

A continuación, examinamos la implementación del PCC británico en términos de la teoría del actor-red. Posteriormente haremos una reconsideración bajo el punto de vista de las ambigüedades e indeterminaciones que impregnan la red. De este modo, después de dar una visión general de la red del PCC del gobierno británico, en la cual son enrollados los médicos de familia, examinaremos el papel de estos últimos, tanto cuando aparecen como actores centrales en la red—que enrollan (en nombre del gobierno) recursos, técnicos y mujeres— como cuando ejercen de máximos detractores y problematizan la red del PCC. En el proceso describiremos cómo su ambivalencia y su estatus dual, en tanto que elementos internos y externos, sostiene y subvierte, al mismo tiempo, la red.

Presentación del PCC y de la citología: el trazado de una red gubernamental duradera

La actual estructura del PCC impulsado por el gobierno se desarrolló a partir de ciertos documentos políticos que aquél puso en circulación. A pesar de que hay muchos documentos en los que basarse, nos centraremos en la circular original de

1966 y las últimas circulares relevantes para, así, cartografiar los cambios de política y representación de la red, y, también, para mostrar cómo, a pesar de todo esto, el PCC ha demostrado ser una construcción duradera. El conjunto de procedimientos que constituye el PCC ha permanecido estable, al igual que sus propósitos, sus objetivos y, desgraciadamente, su impacto sobre la mortalidad. Dadas las limitaciones de espacio, no abordaremos la red previa a 1966 —naturalmente somos conscientes de que el documento de 1966 era asimismo el producto de una red, con todo lo que ello implica.

En 1966, el gobierno británico, de acuerdo con el Standing Medical Advisory Committee, realizó un memorándum, bajo los auspicios del National Health Service.¹⁸ El memorándum trataba de la planificación de servicios de cribaje en los centros locales de salud de todo el país. El párrafo que abre el memorándum decía:

«Es política del Ministerio, aconsejado por el Standing Medical Advisory Committee, poner la citología de cribaje a disposición de todas las mujeres.»¹⁹

El gobierno está construyendo un «mundo» que define las características del PCC así como del universo social que lo rodea, y emerge de este mundo a la vez como planificador y como participante del PCC—organizándolo y expandiéndolo como consecuencia de su interés por proporcionar un servicio que fomente la salud de todas las mujeres. El gobierno de marca el programa como parte del National Health Service e idea una historia para el PCC.

El memorándum empieza con tres párrafos encabezados por la palabra «política». Estos tres párrafos definen el contexto histórico que lleva a la implementación del programa de cribaje. El gobierno construye una historia social y tecnológica según la cual el programa de cribaje aparece como respuesta más o menos inevitable.

La historia que se narra presenta una situación en la cual las mujeres están muriendo a causa del cáncer de cervix, a pesar de disponerse ya de una prueba que permite diagnosticar la enfermedad antes de que aparezcan los síntomas; es decir, a pesar de que es posible un tratamiento precoz y, por consi-

guiente, una prevención de la mortalidad. El gobierno expone que la citología se había convertido en un servicio de diagnóstico efectivo en los departamentos hospitalarios y que en muchas regiones hospitalarias se había aplicado en servicios de cribaje puntuales. Más adelante, el gobierno plantea que, desde 1964, los patólogos y técnicos de los laboratorios médicos habían asistido a cursos de citología especialmente diseñados para formarlos en el cribaje poblacional, cursos organizados en cinco centros situados por todo el país. Sin embargo, el gobierno sugiere que, en su mayor parte, toda esta acumulación de conocimientos técnicos sólo había estado disponibles para un pequeño colectivo específico de mujeres, la mayoría de las cuales no fueron exploradas hasta que presentaron síntomas de anormalidad. El programa de cribaje de la población está diseñado para responder a esta historia, organizando y expandiendo los suministros y conocimientos técnicos disponibles para proporcionar un servicio de cribaje de ámbito nacional a todas las mujeres que corran el riesgo de desarrollar un cáncer de cervix.

«Está disponible un servicio de diagnóstico para las pacientes de ginecología en Inglaterra y Gales, y se ha iniciado un cribaje de la población en todas las regiones hospitalarias. El Ministerio considera que ya es hora de dirigir la expansión del cribaje de la población para proporcionar un servicio de ámbito nacional.»²⁰

El memorándum pasa a definir «el papel a representar» por los diversos actores implicados,²¹ incluyendo los laboratorios de patología de los hospitales, los responsables de las áreas de salud, los médicos de familia, las mujeres, los centros de asistencia primaria y dispensarios, así como los auxiliares sanitarios y las comadronas.

*El papel que representan las mujeres:
«consumidoras y beneficiarias»*

Al evaluar la relación de muertes por cáncer de cervix, el gobierno definió a ciertas mujeres como «población de riesgo» y las describió como «de 35 o más años (el grupo prioritario)».²² A continuación, propuso que este grupo prioritario debería ser explorado en intervalos de 5 años, pero con la intención de ex-

tender el servicio a todas las mujeres tan pronto como fuera posible. Así pues, la «mujer» es definida como aquella consumentora que se presenta a su médico de familia o al dispensario local para aceptar el ofrecimiento de una citología.

Sin embargo, las mujeres también son definidas como «beneficiarias» a las que hay que animar a participar en el programa con recursos publicitarios y en el caso de «aquellos grupos sociales en los que el riesgo de cáncer de cervix es más alto y la respuesta de los métodos publicitarios convencionales es menos satisfactoria... con una aproximación personal del médico de familia, el auxiliar sanitario, la enfermera o la comadrona». ²³ En el memorándum no se explicita cuáles son los grupos sociales que se consideraran de mayor riesgo respecto al cáncer de cervix. Lo que emerge son mujeres concretas que precisan tanto de una citología de cribaje como de estímulo y educación para asegurar su participación en el programa. Aquí se encuentra el inicio de una definición del PCC como algo creado «por el propio bien de las mujeres». Hacia 1984 el gobierno aún resaltaba que: «el énfasis principal en la rutina del cribaje debería consistir en animar a esas mujeres con más de 35 años que nunca han sido exploradas a que se hagan una citología, ya que ellas constituyen el grupo de mayor riesgo». ²⁴ Pero ahora también se afirma que «Cualquier mujer que mantiene o ha mantenido relaciones sexuales debería hacerse una citología la primera vez que solicita consejo acerca de métodos anticonceptivos y, a partir de ahí, a las edades de 20, 25 y 30 años, y no a edades intermedias». ²⁵

Así pues, en resumen, actualmente nos encontramos con que el PCC define a la «mujer» como asintomática, de edad comprendida entre 20 y 64 años y expuesta al riesgo de morir por cáncer de cervix. Su papel consiste en ir a su médico de familia o a su ambulatorio y hacerse una citología. Estas definiciones de mujer han sido estabilizadas entre los médicos de familia gracias al sistema, recientemente introducido, de «pago por objetivos» (ver más abajo).

*El papel que representan los laboratorios:
«diagnostica-dores»*

El papel que el laboratorio de patología del hospital ha de interpretar consiste en examinar e informar acerca de las ci-

tologías que recibe de los médicos de familia, los centros de asistencia primaria u otros centros de salud. La tarea del laboratorio consiste en detectar anomalías citológicas que son pre-cancerosas o que tienen el potencial de desarrollar un cáncer. Los laboratorios son definidos como instancias capaces de «ver» los cambios celulares y de evaluar su significado. Con sus resultados completan las fichas con las que trabaja el médico de familia. El laboratorio aparece como un nodo central en el PCC, como «la base de cualquier servicio de cribaje...». ²⁶ A mediados de los ochenta, los laboratorios del PCC fueron sometidos a un serio examen cuando salieron a la luz pública ciertos casos en los que se había cometido algún «error». ²⁷

También era motivo de preocupación que los laboratorios estaban siendo sobrecargados y las muestras de los análisis no eran procesadas con suficiente rapidez. En 1988 el gobierno llegó a declarar:

«Los directores de las zonas de salud deben tener como propósito asegurarse de que los laboratorios puedan satisfacer las demandas y evitar las acumulaciones de citologías en espera de ser examinadas. Cualquier retraso en la devolución de los resultados es insatisfactorio. Los laboratorios deben aspirar a enviar los resultados al doctor que solicitó el análisis al cabo de un mes, como máximo, de haber recibido la muestra.» ²⁸

*La delegación de responsabilidad:
«directivos y monitores localizados»*

En 1966, el gobierno asignó la planificación de servicios de cribaje localizados a un «comité coordinador local donde estaban representados el hospital, el médico de familia y los centros de asistencia primaria de cada una de las áreas cubiertas por un laboratorio hospitalario con servicio de citología. ²⁹ Como parte de su papel, se requería al comité que: fijara las fechas a partir de las cuales los centros de salud y los médicos de familia comenzarían a realizar citologías; que mantuviera el equilibrio entre la expansión del servicio y la sobresaturación de las instalaciones del laboratorio; y que distribuyera la tarea de obtener muestras entre los médicos y los centros de salud. Además, «una vez se ha establecido el servicio a gran escala... para mantener una demanda regular y suficiente de

citologías... el comité debería considerar medidas publicitarias». ³⁰ Las medidas publicitarias consistieron en campañas locales, trato personal por parte del médico de familia, el auxiliar clínico, la enfermera o la comadrona. La publicidad más general, a pesar de seguir siendo responsabilidad de los directores de las áreas de salud, debía inspirarse en el material que el Central Council for Health Education, ahora conocido como el Health Education Authority, tenía disponible.

Al definir el PCC como servicio de salud comunitario, su supervisión debía ser llevada a cabo por médicos de salud pública (conocidos como médicos de salud comunitaria durante los setenta y los ochenta, y que ahora recuperaban su título original). En 1988, los médicos de salud comunitaria fueron expresamente señalados como las personas responsables, a nivel local, del PCC: «Los directores de las zonas de salud deben asegurarse de que aquél, habitualmente el médico comunitario, bajo cuya responsabilidad se ha dejado la organización y efectividad de la citología de cribaje, tenga tiempo y respaldo suficiente para su trabajo.» ³¹

El importante desarrollo ulterior que ha experimentado el PCC ha dado lugar a la formación de una «Red de Coordinación Nacional». La Red justificó su creación como respuesta a la definición que en 1988 hizo el gobierno del papel de los médicos comunitarios en el PCC, según la cual «se les adjudicó responsabilidad (en el PCC) sin autoridad». ³² Como tal, el papel de la red consistía en coordinar las actividades relacionadas con el PCC —llevadas a cabo por organizaciones de mujeres, investigadores, diseñadores de políticas, asociaciones y colegios profesionales y proveedores de servicios a nivel de zona, de área o nacional— con la finalidad de dotarle de una «identidad corporativa». ³³

*El papel que representaban los médicos de familia:
«persuasores y proveedores»*

Por lo que respecta a este texto, el papel del médico de familia es el más importante. Un papel que fue priorizado en el memorándum de 1966, donde se hacía referencia al médico de familia en términos de «elemento esencial en cualquier sistema de cribaje de la población». Dos párrafos del memo-

rándum se refieren «específicamente al papel del médico de familia». ³⁴

Los médicos de familia son presentados como los «embajadores» de la ciencia médica. Por un lado, tienen «un importante papel en tanto que deben realizar citologías a sus pacientes», mientras que, por el otro, «gracias al conocimiento de sus pacientes... están particularmente bien situados para animar a las mujeres de los grupos de alto riesgo a que se examinen». El deber de los médicos de familia es asegurarse de que las mujeres que cumplen los requisitos se hacen una citología. «Cuando el médico de familia no desee o no disponga de instalaciones para tomar las muestras precisas, deberá dirigir a sus pacientes al centro de asistencia primaria o dispensario más cercano de su área». ³⁵ Es una práctica extendida hoy en día entre los médicos de familia contar con la asistencia de una «enfermera» que realiza citologías como parte de sus tareas.

Además, en 1966, los médicos de familia pasaron a ser responsables del seguimiento de aquellas pacientes con resultados positivos o dudosos y que eran remitidas a un departamento ginecológico. Al realizar una citología, los médicos de familia completan una ficha que identifica la muestra y da detalles de la paciente. Esta ficha acompaña la muestra al laboratorio. El laboratorio devuelve una copia de esta ficha en la que se incorporan los resultados del análisis y las recomendaciones para su seguimiento. El laboratorio aún hace otras copias que envía a un cuerpo de registro central/local y al ambulatorio local o a otros profesionales médicos implicados.

De acuerdo con la definición de elegibilidad que hizo el gobierno en 1966, los médicos de familia recibían «honorarios especiales» por las muestras tomadas a mujeres de 35 o más años. ³⁶ Esta política fue actualizada en 1973, cuando el gobierno modificó el criterio de elegibilidad, hecho que quedó confirmado en una circular de 1984: «Los pagos por los servicios continuarán efectuándose con respecto a los análisis realizados en intervalos de cinco años a las mujeres con 35 o más años y a aquellas que han estado embarazadas en 3 o más ocasiones.» ³⁷

El cambio principal en el pago a los médicos de familia aconteció en abril de 1990, con la introducción de objetivos de cribaje fijados por el gobierno. Los médicos de familia son a partir de entonces remunerados por los análisis sólo si alcan-

zan un cierto número de éstos —su objetivo— entre sus pacientes susceptibles de ser elegidas. Si en 1988 el gobierno consideraba que la elegibilidad estaba influenciada por las decisiones del médico de familia respecto de la exclusión o inclusión de determinadas pacientes en el programa de cribaje, ahora, con los objetivos, el papel del médico de familia en el PCC se redefinía parcialmente. Anteriormente, su papel incluía decisiones sobre la elegibilidad de las pacientes que debían hacerse una citología; ahora, los médicos de familia debían adherirse a las definiciones de elegibilidad trazadas por el gobierno, si es que querían recibir una mayor remuneración.

Entre el gobierno, los responsables de salud, los médicos de familia y las activistas feministas, la idea que progresivamente se ha ido consensuando es que, a pesar de los 20 años de existencia del PCC, unas 2000 mujeres mueren al año de cáncer de cervix.³⁸ A la luz de estos hechos, el programa ha tomado un giro cada vez más directivo y globalizador. A lo largo de los últimos años, en un intento de centralizar e incrementar la eficiencia del programa, muchas áreas han implementado sistemas informatizados de visitas y seguimientos. Uno de los objetivos de este sistema es prevenir que las mujeres «no se cuelen a través de la red». Pero aún más directivo que la informatización resulta ser el sistema de pago por objetivos mencionado anteriormente. El órgano responsable de implementar el sistema informatizado de visitas y seguimiento fue el Family Health Service Authority (FHSA, anteriormente Family Practitioner Committee) que también controla el pago a los médicos de familia en relación a las citologías llevadas a cabo. El FHSA elabora una lista de mujeres elegibles a partir de los registros del servicio de medicina de familia, dejando para el médico de familia la función de mediar entre el FHSA y las mujeres. El médico de familia recibe una notificación previa de las mujeres a las que se va a citar y elimina de la lista aquellas que ya no son elegibles, según los criterios ahora definidos por el gobierno. Las cartas enviadas por el FHSA son cartas estándar, firmadas por el FHSA en nombre del médico de familia pertinente. Algunos médicos de familia también envían sus propias cartas, que pueden incluir una hora de visita. El FHSA y el médico de familia reciben una notificación de los resultados de la citología por par-

te del laboratorio. Frecuentemente, la mujer recibe los resultados de dicho análisis tanto de parte del médico de familia como del FHSA.

En lo que concierne al proceso de extracción de muestras, éste consiste en que un médico de familia o una enfermera o una especialista deben obtener una muestra de las células del cuello del útero de la mujer —conservándola en un portaobjetivo de microscopio— completar una ficha y enviar la muestra y la ficha al laboratorio. La muestra es posteriormente examinada en el laboratorio, se elabora un informe y se envía el resultado al médico de familia y al FHSA. Cualquier recomendación para el seguimiento es anotada por el patólogo en el informe adjunto.

Descripción del PCC y del Test de Papanicolaou

En los documentos del gobierno y en el material publicitario, la citología es presentada «públicamente» como un procedimiento rápido e indoloro. Éste es el mensaje de la mayoría de panfletos y de las cartas de visita o seguimiento enviadas a los hogares de las mujeres. Por ejemplo, tenemos un panfleto que dice:

«El Test de Papanicolaou es un procedimiento indoloro muy simple. Es una prueba de detección precoz que muestra si hay algún cambio en las células del cuello del útero que PUDIERA evolucionar en un cáncer.»³⁹

Como ejemplo de lo que incluyen las cartas estándar enviadas a las mujeres invitándolas a hacerse la citología tenemos:

«... el análisis es rápido e indoloro, y permite a los doctores diagnosticar una condición que más tarde puede evolucionar hacia un cáncer en el cuello del útero mientras está aún en un estadio en el que el tratamiento puede evitar que esto ocurra.»

Otra carta describe el análisis como: «una simple revisión en el cuello de la matriz [cervix]».

Repetidamente se hace referencia a la prueba usando términos como «rápida», «indolora» y «simple». La detección, diagnós-

tico y tratamiento de anomalías aparecen como algo que no presenta problemas. Y los médicos de familia se adhieren a esta representación como forma de enrolar mujeres en el PCC. En lo que sigue, consideraremos el papel multifacético de los médicos de familia, a veces central, a veces marginal, en la red del PCC.

La práctica de los médicos de familia: marginalidades y ambivalencias

Al explorar lo intrincado de la marginalidad y ambivalencia en los actores-red, podríamos haber examinado el papel de cualquiera de los actantes —los técnicos de laboratorio, las activistas feministas, las mujeres que se beneficiaban del servicio, las autoridades sanitarias.⁴⁰ Sin embargo, nos concentraremos en el papel de los médicos de familia, principalmente por la siguiente razón: los médicos de familia constituyen un conducto fundamental entre numerosos actores —por ejemplo, por un lado, recogen información de las mujeres y, por otro, disseminan la que les llega desde los laboratorios. En tanto que son, a la vez, enrolados (aceptan la primacía de la ciencia, y la versión del PCC que ofrece el NHS) y enroladores (parte de su tarea consiste en promover activamente que las mujeres participen en el PCC), puede decirse que ocupan un lugar central por lo que respecta a la viabilidad de la red. Esta centralidad convierte al médico de familia en un lugar desafiante desde el cual trazar la operación de ambivalencia y marginalidad.

Obtener una muestra idónea

Los médicos de familia hablaron de muestras que eran devueltas por el laboratorio como «inadecuadas», y de la consiguiente necesidad de repetir el proceso de obtención.

«Te vas a encontrar que entre un 5 y un 8 % de las veces es necesario que las mujeres vuelvan a realizar la prueba, y tienes que asegurarte que no se debe a un resultado anormal sino que simplemente la repetición es una necesidad técnica (Dr F 290).»⁴¹

Los médicos de familia hicieron énfasis en una serie de incertidumbres que consideraron inherentes al hecho de obte-

ner una muestra idónea. Hablaron de dificultades potenciales en la localización del cuello del útero, incertidumbres relacionadas con la cantidad y tipo de células obtenidas, con el efecto oscurecedor de la sangre y/o la secreción vaginal, y con las consecuencias derivadas del tiempo empleado en fijar las células. Obtener una muestra idónea es, pues, redefinido como un procedimiento «complejo».

El resultado de esta problematización no es, sin embargo, una complejidad incontrolable ni una deslealtad con el actor-red del PCC. Los médicos de familia mantienen el compromiso con su papel en el PCC, puesto que continúan obteniendo muestras de células de los cuellos uterinos de las mujeres. Lo que resulta paradójico es que esta incertidumbre a la que contribuyen los médicos de familia es la que permite la indeterminación necesaria para que éstos negocien su identidad en el PCC. La incertidumbre se determina mediante la referencia a las múltiples identidades y movimientos de los actores involucrados en el PCC. Los cuellos de útero pueden adoptar diversas posiciones y tener diferentes composiciones celulares. Las células del cervix pueden responder de diferentes maneras a las soluciones para fijarlas. Hay una serie de habilidades que puede que los médicos de familia posean o bien que carezcan de ellas. De este modo, se problematiza la obtención de una muestra idónea. Sin embargo, simultáneamente, se desproblematisa haciendo referencia al desigual reparto de destrezas y habilidades entre los médicos de familia.

Las muestras inadecuadas son tachadas de «malas muestras» y relacionadas directamente con la habilidad personal del médico de familia: «A nadie le gusta que le digan que no hizo una buena citología, pero sucede» (Dr D 376). Otro médico de familia discuta una auditoría llevada a cabo en su clínica para «comparar todos los porcentajes de citologías inadecuadas entre doctores y enfermeras», y determinar quién era «mejor» en la obtención de una muestra idónea. El resultado de la auditoría fue que las enfermeras tenían un porcentaje más bajo de citologías defectuosas. El Dr. F remarcó: «Pensábamos «Oh, ¿Acaso no somos listos?» Pero luego va, y resulta que su porcentaje de errores era más bajo» (Dr. F 300).

Las numerosas referencias a las habilidades de aquel o aquella que toma la muestra, encontradas en los discursos de

los médicos de familia, indican que la «complejización» de este aspecto de su papel no constituye una deslealtad al actor-red del PCC, sino una redefinición de sí mismos como actores importantes del PCC que son capaces de superar las dificultades propias de la obtención de una muestra idónea. Se problematiza la identidad del médico de familia para redefinirla.

En términos de nuestra metáfora del andamiaje, los médicos de familia, al centrarse en las diferencias de «habilidad» que se dan entre ellos cuando intentan tomar muestras idóneas, están yendo hacia una problematización de la eficacia del PCC para las mujeres. Sin embargo, simultáneamente, la simple mención de ello sugiere que existe la creencia de que es posible una adecuación del 100 %. En otras palabras, la idea de perfección del cribaje —un dominio universal de la técnica— sirve para que los médicos de familia se atrincheren en el PCC. Los médicos de familia son, al mismo tiempo, enrollados en la red del PCC y capaces de distanciarse de la misma: la incertidumbre acaba siendo manejada en términos de un ideal.⁴² Sin embargo, con sólo mover un poco nuestra cámara, podemos ver que una asociación que liga a los médicos de familia a la red se puede contraponer fácilmente a una que los arrastra fuera de ella.

Dolor y alivio

Los médicos de familia también pueden atribuir incertidumbres a las mujeres y su cervix. Una vez más, la relación ambivalente de los médicos de familia con el PCC se demuestra claramente en su discurso sobre el dolor asociado a la obtención de la muestra. Las múltiples identidades anatómicas del cuello del útero son señaladas como problemáticas:

«Hay diversas variaciones anatómicas en las que, a veces, el cervix no se puede visualizar fácilmente y se puede causar cierta incomodidad al intentar localizarlo (Dr P 288).»

Sin embargo, este mismo médico de familia continúa diciendo que la citología «es un examen muy rápido, totalmente indoloro» e introduce a otro actor, el espéculo: «...la citología misma, no la van a sentir, pero al introducir un espéculo de

metal y hacer visible el cervix, eso puede ser doloroso» (Dr P 299). Los médicos de familia hablaban de la importancia de usar el tamaño correcto de espéculo y de la incomodidad que este instrumento puede causar. No sólo se introduce el espéculo en el actor-red del PCC, sino que la obtención de la muestra se complica todavía más subrayando la variedad de tamaño de los espéculos.

La cuestión del dolor descansa, al igual que las muestras defectuosas, en la destreza de los médicos de familia: «No es doloroso. Si lo es, es debido a la mala técnica y a que la mujer no está relajada. A menudo los doctores no dan tiempo suficiente a las mujeres para que se relajen» (Dr S 102): «Las mujeres no deberían sentir dolor. El dolor es debido a una técnica pobre» (Dr D 160).

Los médicos de familia no sólo problematizan y desproblematican el PCC enfatizando que su papel requiere una considerable destreza técnica, sino que, simultáneamente, mantienen como caja negra la idea de que obtener una muestra es un procedimiento sin dolor. De nuevo surge la cuestión de la perfeitibilidad de la técnica, pero aquí lo hace parcialmente complicada por la variabilidad que presentan los cuellos uterinos. Las asociaciones que ligan a los médicos de familia al actor-red del PCC contrastan con otras asociaciones que inspiran una representación diferente de la naturaleza (la obstinación del cuerpo y el dolor potencial del procedimiento) y que convierten su tarea de enrollar mujeres en algo mucho menos sencillo de lo supuesto.

El análisis de muestras y la detección de anomalías

Los médicos de familia también convierten los análisis y recomendaciones del laboratorio en algo que es, a la vez, digno de crédito y poco fiable. Por ejemplo, un médico de familia reflejó que, al tomar una muestra de células del cuello del útero,

«... puedes ver ciertas anomalías macroscópicas que pueden o no ser relevantes, hay muchas que parecen totalmente normales mientras que lo que coges son células anormales. Por tanto, el diagnóstico se realiza en el informe del laboratorio (pausa)... Aparte de las que tú mismo ves y tienes sospechas. Ahora bien,

aquí es donde alguna gente puede caer, porque en ciertos muy floridos puedes no obtener un resultado positivo. Hay algunos que se pasan por alto y que estaban mirándote directamente a la cara, porque la citología, que no era fiable bajo este conjunto de circunstancias técnicas, era negativa. Así pues, la apariencia a simple vista es importante (Dr F 146).»

La complejidad que exponen los médicos de familia se gestiona a través de la redefinición de su propia «observación a simple vista» del cervix, sin ayuda de ningún instrumento óptico, y de su conocimiento de la historia de la mujer, aspectos que toman ahora valor. Los médicos de familia se convierten en un punto de paso obligado: se autodefinen como mecanismo esencial de seguridad que contrarresta la indeterminación del laboratorio. Ambos, el médico de familia y el laboratorio, mantienen sus identidades cajanegrizadas, así como sus asociaciones estables, a pesar de esta revelación de su complejidad e indeterminación. Consideremos la ambivalencia del siguiente ejemplo de discurso de un médico de familia:

«No tendría ningún sentido hacer citologías si pudieses saber qué pasa sólo con mirar (pausa)... Bueno, puedes saber algo mirando, pero necesitas una citología, te da información que no puedes obtener sólo mirando. Esto es lo realmente importante» (Dr P 299).

Este médico de familia continúa diciendo que los diagnósticos de los laboratorios «tienen sentido en sí mismos», pero lo matiza con «... la historia de las pacientes y el aspecto del cuello del útero pueden afectar hasta cierto punto lo que haces con el informe de la citología, pero sólo en aras de actuar más rápido que lo que recomienda el citólogo» (Dr P 299).

La identidad cajanegrizada de los médicos de familia en el PCC —incapaces de detectar visualmente anomalías en el útero y totalmente dependientes de los diagnósticos de los laboratorios, de los que siguen sus recomendaciones— es, a la vez, mantenida y traicionada. Los móviles inmutables del laboratorio —los informes— resultan ser, a la vez, mutables e inmutables. Los médicos de familia, por un lado, interpretan su papel asignado y, por otro, lo «complejizan» y lo redefinen, siempre prestos a conservar cualquier pedazo de autonomía y discreción médica que puedan tener.

Hacerse pequeño estratégicamente

Al problematizar y redefinir su identidad, los médicos de familia son constructores internos de la red. En esta sección veremos cómo su trabajo de construcción de la red implica una construcción de límites entre conocimientos y, por lo tanto, entre actores. El resultado es un proceso de traducción y una simplificación de entidades: los médicos de familia, mediante la afirmación de su ignorancia y su definición como pequeños y no expertos, simplifican la complejidad que construyen.

Los médicos de familia subrayan que los análisis de laboratorio informan sobre diversos cambios en las células del cervix y que existe controversia acerca de qué es lo que debe considerarse anormal. Se informa de la presencia de diversos microorganismos así como de cambios en las células cervicales. Existe incertidumbre acerca de qué es lo que constituye un cambio precanceroso y, además, sobre si ciertas anomalías des designadas como precancerosas pueden volver a la normalidad sin necesidad de tratamiento. Los médicos de familia resaltaron como informes más problemáticos aquellos que clasificaban el cervix como «inflamado»: «Inflamación, es difícil saber qué significa y qué consecuencias tiene, puede ser irrelevante» (Dr F 169). Otro médico de familia explica los múltiples posibles significados de «inflamación» en relación a las múltiples identidades del Test de Papanicolaou:

«... es complicado por el hecho de que «inflamación» se usa de manera muy vaga. A veces, un análisis detecta una infección, ya sabes, una infección real que necesita tratamiento porque hay un microorganismo allí que debe ser eliminado y tienes una inflamación que está asociada a eso. Para lo que las citologías cervicales están realmente diseñadas es para detectar la diskariosis o anomalías en el epitelio cervical, que tiene una variedad de términos técnicos, y diferentes doctores, diferentes patólogos, hablarán en términos de células atípicas, de células diskarióticas o de grados de neoplasia intraepitelial cervical» (Dr P 338).

Los médicos de familia «complejizan» los procesos por los que se elaboran y siguen las recomendaciones de los laboratorios. Las identidades de la citología y sus resultados son múltiples e indeterminadas. Este médico de familia gestiona

esta complejidad a través de la definición de los límites de su propio conocimiento y del de los otros. El médico de familia define su propia ignorancia. Define lo que no es parte de su papel:

«Nosotros, los médicos, tendemos a traducir todos estos términos como inflamación cuando estamos hablando a los pacientes y no es inflamación, es una anomalía citológica específica, pero es un concepto demasiado difícil de hacer entender con claridad. El término «inflamación» puede usarse conjuntamente con el de infección, pero también se usa por parte de muchos médicos como una especie de término lego para referirse a las anomalías de las citológicas que son, de hecho, el motivo de la realización de la prueba, anomalías menores que se resuelven a menudo por sí mismas» (Dr P 355).

El actor-red del PCC es problematizado a medida que son reconstruidas las incertidumbres en las recomendaciones del laboratorio. Sin embargo, esta problematización permite a los médicos de familia definir su propio papel en términos de comunicadores de información a las pacientes, y los papeles de los otros —patólogos y especialistas, en términos de definidos y categorizadores de cambios celulares. Los médicos de familia son, al mismo tiempo, expertos entendidos y médicos ignorantes. Se autodefinen como no expertos en relación a los especialistas y patólogos, pero como más entendidos que «el público»: «Ninguno de estos términos tendrá ningún significado para la persona de la calle, ¿no? Quiero decir que también un médico normal y corriente está un poco confuso sobre lo que significan» (Dr P 378).

Tal y como respondieron a nuestras preguntas, los médicos de familia también describieron sutilmente límites de conocimiento. Una respuesta común a la pregunta sobre el significado de los «cambios inflamatorios» consistiría en explicarle a la entrevistadora lo que le diría a una paciente: «Inflamación, bueno, le diría a la paciente que simplemente necesitamos echarle una ojeada, no es nada de lo que haya que preocuparse, en todo caso podemos hablar de acciones posteriores si es necesario» (Dr Y 107). Tal respuesta disimuladamente define el trato a las pacientes como su preocupación principal: «La inflamación es difícil de definir, pero ellas [las pacientes] que-

ren un tratamiento inmediato, pero no hay ninguna necesidad, puede volver a la normalidad. Así que debes continuar haciendo citologías» (Dr S 123).

Los médicos de familia recorren a las múltiples identidades de los actores involucrados y definen, así, sus propios intereses e identidades. Se subrayan las incertidumbres, pero se definen como ajenas a sus marcos de referencia para la supervisión práctica y la comunicación con los pacientes. Así, el cajaneigrizado actor-red del PCC es traicionado y apoyado de forma ambivalente a medida que los médicos de familia construyen su propia red simplificada de asociaciones.

Respuestas similares de los médicos de familia abundan en otras partes de su discurso. En relación a las diversas incertidumbres que construyeron, las desproblematizaron al definir las como situadas dentro de los límites del conocimiento de los otros. Por ejemplo, tales respuestas incluían: «pero esto es una pregunta para los expertos» (Dr F 163); «esto es una pregunta de ámbito filosófico» (Dr Y 120); «aún no ha sido explicado» (Dr F 378); «sus opiniones están divididas» (Dr P 450). Estas respuestas definen aspectos específicos del PCC de manera que quedan fuera de la responsabilidad del médico de familia. El médico de familia es, a la vez, una caja negra con una identidad singular identificable y una red con una multiplicidad de identidades, está dentro y fuera, es central y marginal.

Para seguir con nuestra metáfora del andamio, el actor-red del PCC gubernamental describe un circuito no problemático de asociaciones: mujeres-médicos de familia-laboratorios-médicos de familia-mujeres. Las mujeres se presentan a los médicos para hacerse una citología; los médicos de familia toman muestras y las envían a los laboratorios donde son analizadas para detectar anomalías citológicas. En base al informe del laboratorio, los médicos de familia pueden recomendar tratamiento u otra cosa. Como hemos visto, los médicos de familia se ven envueltos en esta red: se representan a sí mismos como el conducto entre el cervix y los científicos. Aunque también problematizan este papel a medida que desembarazan la, en apariencia, simple asociación que existe entre ellos y el laboratorio; al modificar la abertura para aumentar la profundidad de campo, ponen de manifiesto, rodando en paralelo, otro conjunto de conexiones menos evidente. La asociación entre el mé-

dico de familia y el laboratorio, en contraste con la versión del NHS se «complejiza» a medida que los médicos de familia admiten sus esfuerzos para interpretar los informes del laboratorio y para clarificar el significado de una «inflamación». En el proceso recurren a otra asociación —la que hay entre ellos y sus pacientes. Es esta faceta de su papel, la de estar orientados a las pacientes, lo que les permite «leer» los informes del laboratorio y la que, sin embargo, también les pone en confrontación con los conocimientos científicos. Volvemos al tema de la ambivalencia hacia la ciencia más abajo.

Elegibilidad

En esta sección destacaremos un discurso de los médicos de familia un poco diferente que conecta con la cuestión de la elegibilidad de las mujeres para la citología y las causas de las anomalías de las células del cervix. Además, este discurso tiene que ver con aspectos del papel del médico de familia que concierne al sistema de concertar las visitas y seguimientos, y con el sistema informatizado y las categorías de riesgo. Al tratar estas preocupaciones, los médicos de familia construyen su papel, en relación con la citología, en base a su tarea de animar a las mujeres a hacerse el análisis, especialmente a aquellas mujeres con mayor riesgo de resultados anormales:

«Mi preocupación principal es que todavía no estamos explorando aquellas que están expuestas a mayor riesgo, las de mediana edad y aún mayores que nunca se han hecho una citología y que piensan que no necesitan ninguna» (Dr Y 125).

Además, cribar estas mujeres que los médicos de familia creen que tienen más riesgo es presentado como gratificante y como un logro.

«Si tus mujeres mayores de clases sociales bajas no vienen a hacerse las citologías, entonces incluso si logras un 80% todavía puede que no estés consiguiendo demasiado, porque aún te faltan aquellas que tienen mayor riesgo» (Dr P 80).

«Así que al enfatizar los mejores resultados, la menor mortalidad, no se debe hablar, por el momento, de acortar el intervalo entre

las pruebas, sino de intentar conseguir a aquellas que no van a venir... ir hasta esas señoras a las que nunca se ha realizado una citología e invitarlas, ésta es la población más gratificante para cribar, aquí es donde está la patología que falta» (Dr F 60 y 240).

Así pues, en el discurso de los médicos de familia se evidencia una posición hacia la citología como procedimiento médico válido y efectivo que previene la enfermedad. Los médicos de familia frecuentemente no veían ninguna necesidad de discutir la validez del Test de Papanicolaou, pero hablaban (como en las citas anteriores) del valor de conseguir que las mujeres se lo hicieran, o hacían afirmaciones como «Es importante animar a las mujeres a venir» (Dr S 120). El «fracaso» del programa de citología de cribaje, muy documentado en la literatura médica,⁴³ era frecuentemente interpretado por los médicos de familia como una consecuencia de los incumplimientos de las mujeres, mujeres que no se presentaban al programa. Por ejemplo:

«Creo que se ha demostrado que quienes están muriendo a causa de esto son aquellas que están evitando el sistema de cribaje... La clase social V son las señoras que obtienen citologías positivas o que tienen cánceres terminales y que nunca han estado cerca de algo parecido a un programa de citologías.»

Este médico de familia continuó explicando por qué la enfermedad parece ser más prevalente en las clases sociales bajas:

«Bien, se la ha relacionado con la actividad sexual y el número de compañeros, pero también con la privación social. Podría ser también, no sé si se podría llegar a decir que van juntos..., creo que porque las señoras más privilegiadas han venido antes al programa de citologías. Ya sabes, las otras que nunca se preocupan por nada, fuman y viven de patatas fritas, nunca se acercan para hacerse una citología, desafortunadamente» (Dr F 60).

Sin embargo, otro médico de familia muestra cierta incertidumbre sobre la validez del Test de Papanicolaou y resuelve esta evidente incomodidad al presentar la incertidumbre como una consecuencia de los defectos en el programa de cribaje:

«...pero tú realmente persuades a las mujeres de hacerse la citología y, pero (pausa)... la evidencia de que la citología ha hecho un

gran bien no es muy importante en este país. A pesar de que creo que esto es así, en gran parte, debido a que no hemos tenido un programa de citología decente. Los países que lo han hecho correctamente presentan beneficios obvios, así que creo (pausa)... No tengo ningún problema en animar a las mujeres a hacerse una citología» (Dr P 260).

A la luz de los comentarios anteriores sería interesante examinar las perspectivas de los médicos de familia sobre los sistemas informatizados de visitas y seguimientos mencionados más arriba. Dichos sistemas han sido establecidos para animar a las mujeres a hacerse las citologías, centralizar el programa de cribaje y, con un poco de suerte, dar con esas mujeres, conocidas como las «reincidentes», que persistentemente no atienden al programa.⁴⁴

Un aspecto relacionado con esta representación de la asistencia es el papel de la nueva tecnología. Se esperaba que los médicos de familia recibirían bien el sistema informatizado de visitas y seguimientos, dada su sonora preocupación por conseguir que las mujeres en situación de riesgo fueran atendidas. Sin embargo, las perspectivas sobre el sistema informatizado no son muy claras. Algunos grupos, principalmente la gente del Sistema de Salud Pública y de los laboratorios, sienten que la informatización es un momento crucial para el éxito del programa.⁴⁵ Los médicos de familia, sin embargo, se muestran mucho más cínicos sobre el sistema y han subrayado los errores de un sistema totalmente divorciado de todo contacto con sus beneficiarias. Según los médicos de familia, muchos problemas han surgido al implantar el sistema, muchos desconían del sistema y usan sus propios sistemas como respaldo. Por ejemplo, un médico de familia hacía notar que:

«El ordenador local es nuevo y su gran ventaja es que no se trataba simplemente de un sistema de seguimiento —es un sistema de concertación de visitas. En otras palabras, contactas con aquellas señoras de las que no consta que se les haya realizado nunca una citología y se las invita... así que estamos usando el ordenador local y eso no proporciona una cita definitiva, pero estamos haciendo nuestros propios archivos internos y también enviando nuestras propias cartas, porque tenemos la información en nuestro propio ordenador» (Dr F 235).

Este médico de familia continúa:

«El ordenador de Lancashire les envía un informe por su cuenta, pero a nosotros aún nos gusta el contacto personal entre ellas y uno de nuestros doctores, para darles este informe. Y creo que a ellas también les gusta, y que el ordenador es poco fiable...» (Dr F 255).

Más tarde, este médico de familia plantea los problemas de insensibilidad del sistema informatizado respecto a las necesidades de la paciente individual. Él, como todos los médicos de familia, habla de este punto extensamente, enfatizando lo angustioso que puede ser para una mujer recibir una carta para concertar una visita o un seguimiento cuando no se cuenta con las circunstancias sociales apropiadas:

«... a veces tenemos que anotar: no enviar cartas al domicilio familiar. Este tipo de cosas puede desmontar el sistema. Se trata, principalmente, de chicas solteras que vivían con los padres cuando te preocupabas por cosas así o... si tú notabas que se daba una especie de relación compleja y que podría haber habido algo, ya sabes. Tener el radar puesto, "Bueno, tal matrimonio se rompió y entonces ella se fue con otro y no sabes cómo están las cosas, así que es mejor no escribirle aquí". Cuando se obtiene un resultado anormal, se trata de una cosa definida y concreta, es verdad, ¡pero sólo implica hacer otro análisis!» (Dr F 629).

Otro médico de familia da el siguiente ejemplo:

«Ellos envían las cartas. Tu nombre consta al pie del documento, pero son ellos los que las envían. Antes de enviar las cartas nos envían lo que se llama una lista de notificación previa para que podamos revisarla. Ellos dicen: éstas son las mujeres que proponemos llamar para hacerse una citología; y nosotros podemos revisarla y decir: bueno, no hay necesidad de llamar a tal, es la Madre Superiora del convento local, estas cosas pasan. Así se evita que la Madre Superiora se sienta violenta por recibir esta carta» (Dr P 153).

El problema que se ha planteado con la manera que tiene el gobierno de seleccionar a las mujeres ha sido la erosión del control que tenía el médico de familia. El gobierno toma como blanco a todas las mujeres comprendidas entre los 20 y los 64

años. No se hace ninguna excepción particular para la madre superiora. En un instante discutiremos esto más detalladamente. Por el momento queremos dejar patente que los médicos de familia enfatizan las incertidumbres relacionadas con el Test de Papanicolaou y el sistema informatizado de visitas y seguimiento haciendo referencia explícita a la falta de conocimiento que tiene el sistema respecto de las pacientes individuales, y a la falta de sensibilidad que demuestra hacia el médico de familia que sí conoce y supervisa a las pacientes. Otro médico de familia nos proporciona un último ejemplo que muestra la confusión resultante. Todos los médicos de familia mencionaron este problema causado por el doble envío de cartas a las mujeres; pasaba a menudo cuando se implementaba el sistema del ordenador y causaba mucho desconcierto:

«El nuevo ordenador de Lancashire, que volvía a citar a las mujeres 3 o 4 semanas después que tú. Cuando obtenías un resultado anormal, volvías a citar a las mujeres que entonces venían a verte de nuevo, repetías la citología y las tranquilizabas, y entonces recibían una nueva carta del ordenador que las volvía a citar y les informaba que el primer análisis era anormal y, claro, se asustaban y desconcertaban, era una verdadero lío» (Dr F 1).

Parece que el sistema informatizado es una amenaza a la autoridad del médico de familia y al control sobre sus pacientes.

Estas incertidumbres parecen haber sido agravadas por la implementación del sistema de objetivos del gobierno. Si bien el sistema informatizado estaba, en gran medida, influenciado por los médicos de familia a través de sus percepciones sobre cuáles eran las mujeres susceptibles de ser citadas para una citología, ahora esa influencia se ve amenazada. Como ya se ha mencionado, el FHSA supervisa el sistema informatizado y los pagos a los médicos de familia: los objetivos del gobierno y sus definiciones desautorizan, ahora, las opiniones de los médicos de familia; el FHSA limita su autonomía.

Para resumir esta sección en términos de nuestro modelo modificado de actor-red: los médicos de familia se presentan a sí mismos como aquellos que animan a las mujeres a hacerse una citología. En la medida en que tienen «interés» en establecer asociaciones con mujeres —es decir, en enrostrarlas— son sensibles a las necesidades de ciertas clases de mujeres. Aun-

que aceptan la explicación que da el NHS acerca de su papel en la red de PCC, simultáneamente añaden una nueva dimensión que no tiene tanto que ver con la asociación en abstracto (entre los médicos de familia y las mujeres), sino con casos concretos de asociaciones específicas con mujeres potencialmente cribables. Si sus «intereses» son satisfechos maximizando la cantidad de admisiones (y el sistema informatizado de visitas y seguimientos aquí es potencialmente esencial), también están interesados en la cualidad de esas admisiones —es decir, son las mujeres consideradas del grupo «de riesgo» las que constituyen la población diana correcta. Una vez más vemos que, a medida que ajustamos nuestro foco, aparece otra asociación, una que revela lo contrario de la foto inicial, los médicos de familia son ambivalentes en lo referente a la maximización: la cantidad viene a ser vista, bajo ciertas circunstancias, como algo a matizar por la cualidad.

Causas, objetivos y dinero

Las cuestiones sobre la causa y las categorías de riesgo están obviamente relacionadas con la elegibilidad para la citología. Estas cuestiones no están al margen de la controversia. La mayor parte de la literatura médica enfatiza el vínculo entre las anomalías cervicales y la actividad sexual. Se prioriza la relación entre el cáncer de cervix y haber tenido múltiples compañeros sexuales; más recientemente, el énfasis se ha puesto en el papel del virus humano del Papilloma, con la intención de categorizar el cáncer de cervix como enfermedad de transmisión sexual.⁴⁶ Sin embargo, la incidencia de este cáncer es mayor en las clases sociales bajas y algunos autores, en su mayoría ajenos a la profesión médica, han sugerido que existe una relación entre la enfermedad y variables como la ocupación, las condiciones de vida y la higiene.⁴⁷ Otros investigadores han relacionado la enfermedad con el consumo de tabaco.⁴⁸ La cuestión está en que se da cierta incertidumbre acerca de qué es lo que causa la anomalía en las células del cervix, aunque la representación médica más consolidada sea que la enfermedad es una consecuencia de la actividad sexual. El incremento reciente de la implicación del gobierno en la realización de citologías y en el programa de cribaje complica

la manera en que los médicos de familia tratan, actualmente, con todo este asunto. El nuevo sistema de objetivos del gobierno implica que ahora los médicos de familia deben alcanzar una tasa de asistencia del 80% de sus «pacientes elegibles» para poder recibir una mayor remuneración: alcanzar el objetivo puede significar una diferencia en el sueldo del médico de familia de 2000 libras al año.⁴⁹ No sorprende, pues, que este pago por objetivos se haya convertido en un tema extremadamente controvertido al que se hace mención repetidamente al hablar con los médicos de familia. Justamente porque los objetivos formalizan de forma efectiva la elegibilidad, han minado la autoridad de los médicos de familia para usar su conocimiento informal cuando se trata de juzgar la elegibilidad para la citología. Por ejemplo, un médico de familia empezó una entrevista con la intervención siguiente:

«Todos nosotros hemos estado aquí haciendo citologías durante 20 dichosos años y lo hemos hecho con entusiasmo; de repente, a los políticos se les ocurre hacer algo en medicina preventiva a lo grande, así que todo esto ha perdido la perspectiva. Y quizá ellos ganen votos por eso, y de alguna manera se ha perdido gran parte del sentido común de todo esto al promover a unos fanáticos... así que el programa de cribaje está de moda entre los políticos, de modo que se ha perdido la objetividad profesional en todo este asunto» (Dr F 8).

Hay muchos aspectos interesantes en esta cita que tienen eco en las intervenciones de otros médicos de familia. En primer lugar, nos interesa la descripción del programa de cribaje, y esos que anulan la base racional del programa de cribaje, y que acaban con la objetividad profesional. Con esto, este médico de familia parece estar refiriéndose al uso que los médicos de familia hacen de su propio criterio a la hora de considerar quién es elegible. Continúa diciendo:

«En el pasado se han aprovechado las oportunidades para revalorar citologías y una publicidad sensata para todas las señoras, pero ahora están haciendo presión sobre nosotros, y digo nosotros como colectivo, los profesionales, para reclutar a aquellas que nunca han estado interesadas, y esto ha sido bastante ofensivo para muchas de ellas. Ya sabes, una mujer de mediana edad que nunca ha estado casada, nunca ha tenido relaciones sexuales, a

la que se invita a hacerse una citología puede sentirse bastante molesta. También se ha convocado a retrasadas mentales. Si eres la madre de una chica con un retraso mental severo, en el momento en que recibe una invitación para la citología también puedes enfadarte bastante. Así, pues, algunas mujeres se han sentido molestas por la imposición que supone sobre su libertad el hecho de no poder vivir su vida sin doctores» (Dr F 39).

Otro médico de familia afirmaba:

«...tienes que darles a las mujeres la opción de renunciar. Muchas mujeres no quieren una citología y no quieren que se les recuerde el hecho de que nunca se han hecho ninguna... Para obtener una mayor remuneración por objetivos tenemos que tener al 80 % de las mujeres elegibles con los análisis al día, no se tiene en cuenta si hay mujeres que rechazan hacerse, o si te toca un conuento; y el gobierno dice que ésta es la razón de que se pida el 80 % y no el 100 %. Las únicas mujeres que quedan excluidas son las que han tenido una histerectomía, es decir, las que no tienen cuello del útero» (Dr P 190).

Por tanto, mientras que el sistema de objetivos pone de relieve las incertidumbres en el conocimiento relativo a la elegibilidad de mujeres para la citología, los médicos de familia no parecen esforzarse en quitar importancia a estas incertidumbres. Al contrario, los médicos de familia parecen más bien estar enfatizando las complejidades de la elegibilidad que simplificando la cuestión. Sin embargo, se enfatiza la complejidad en una dirección determinada, en lo que atañe a la preocupación por «no molestar a las señoras», «no imponerse sobre su libertad de poder vivir su vida sin doctores» y a «permitir la libertad de elección». Ésta parece ser una forma de problematización estratégica, abriendo las cajas negras cuando es preciso. Al enfatizar la complejidad que conlleva el tema de la elegibilidad, los médicos de familia demuestran lo inadecuado de la estandarización en que se basa el sistema de objetivos del gobierno. Es más, al hacerlo poniendo el énfasis en las mujeres, los médicos de familia parecen estar afirmando que su motivación está centrada en las pacientes. Las mujeres y las situaciones sociales particulares son problematizadas, pero al mismo tiempo se presentan como no problemáticas a través del conocimiento y comprensión que los médicos de familia tie-

nen de las mujeres y sus situaciones. Se prioriza la autoridad de los médicos de familia, mientras permanece sin problematizar la base científica y tecnológica del Test de Papanicolau.

La ambivalencia del papel del médico en relación a la paciente se pone de relieve cuando comparamos las respuestas anteriores con las que se refieren a la relación doctor/paciente. En secciones previas ya señalamos cómo, en sus apreciaciones sobre el Test de Papanicolau, los médicos de familia recurrían a su papel de personas autorizadas, entendidas, seguras, y comunicadoras de información necesariamente simplificada. La mujer era representada como reincidente, pasiva, ignorante o confusa, y la relación doctor/paciente se presentaba como unidireccional y controlada por el médico de familia. En las citas anteriores, sin embargo, las mujeres son representadas como participantes activas en el Test de Papanicolau, que toman decisiones en base a preocupaciones racionales y justificables. El doctor tiene el papel de alguien que escucha y aconseja a estas mujeres. La relación doctor/paciente es descrita como un intercambio bidireccional en el que la preocupación de las mujeres influye en las acciones del médico de familia, el cual puede influenciar pero no controlar a sus pacientes. Parece que el sistema de objetivos ha llevado a los médicos de familia a construir diferentes representaciones de su papel y del de sus pacientes. Consideremos la cita siguiente:

«Si tienes una minoría razonable de mujeres que ejercen su derecho a negarse a hacerse una citología, entonces no importa cuanto se lo hayas explicado, y si todavía se niegan a hacerlo, entonces podría ser que perdieras la remuneración» (Dr P 201).

Más tarde dice:

«Ésta es la razón por la que la profesión médica está bastante en contra de estos pagos por objetivos, son un poco injustos y arbitrarios. Este sistema no refleja realmente lo duro que trabaja un médico, refleja las actitudes de sus pacientes. Ya sabes, quizás podríamos influir en las actitudes de nuestras pacientes, pero no somos totalmente responsables de como sienten» (Dr P 208).

A la luz de lo arriba mencionado, es importante prestar atención a cómo los médicos de familia se las arreglan para determinar la causa de las anomalías en el cervix. Esto

está relacionado con la cuestión de la elegibilidad, ya que las categorías para definir el grupo de riesgo y las definiciones de elegibilidad están desarrolladas a partir de los datos «científicos» sobre la causa de las anomalías. Se podría plantear que la cuestión de la «causa» es vista como un tema más puramente científico, mientras que la elegibilidad es vista como la política activa que se deriva de la ciencia. En su inmediata respuesta a las preguntas sobre la causa, los médicos de familia parecían traducir la cuestión de la «causa» en la de la «elegibilidad». Es más, hablaban de clases de mujeres que veían como «elegibles» y esto a menudo era diferente de la elegibilidad representada por el sistema de objetivos del gobierno:

«Bueno, cualquier mujer que no haya tenido nunca relaciones sexuales no es elegible, sería doloroso y ofensivo tener que persuadirías de hacerse una citología, y has de darte cuenta de que el riesgo es, de hecho, nulo. Estoy diciendo nulo, quiero decir que sería posible encontrar, quiero decir que los expertos podrían, quizás, estimar un mínimo riesgo, pero no vale la pena» (Dr F 80).

Otro médico de familia afirmaba:

«Cualquiera que no haya estado activa sexualmente [no está en peligro]. Ya sabes, parece bastante claro que si no se ha tenido nunca relaciones sexuales nunca se tendrá cáncer de cervix, y hay muy pocos casos en medicina en los que puedas estar absolutamente seguro de algo, pero este parece ser uno, si eres virgen no agarras cáncer de cervix» (Dr P 128).

Anteriormente hemos hecho notar que las cuestiones sobre «causa» y «elegibilidad» son controvertidas. El hecho que el sistema de objetivos del gobierno represente criterios de elegibilidad diferentes a los de los médicos de familia es un testimonio de ello. Los médicos de familia, efectivamente, desproblematizan la cuestión de la causa, pero, en el contexto del sistema de objetivos, lo hacen de un modo diferente. Ya hemos visto cómo los médicos de familia manejaban las incertidumbres en el Test de Papanicolau al definir las como algo que queda fuera de sus propios marcos de referencia de experto—esto es, como algo que está en el actor-red de grupos de ex-

peritos concretos, o como consecuencia de situaciones concretas «fuera de lo normal». En las citas anteriores, los médicos de familia convierten la cuestión de la «causa» en algo no problemático mediante la adscripción de prioridad causal a la actividad sexual, dejando a un lado, por tanto, a los expertos.

Para ilustrar mejor este punto, podemos considerar los dos siguientes extractos de una entrevista con el Dr P: «si eres virgen no agarras cáncer de cervix»; y: «en algunos aspectos se podría considerar que el cáncer de cervix y la citología se comportan como una enfermedad de transmisión sexual, ya sabes, las vírgenes nunca lo cogen, pero esto es de una simplificación excesiva» (Dr P 440).

La contradicción en el discurso de este médico de familia no sólo sirve como evidencia de la incertidumbre que envuelve al tema de la «causa», sino que también da peso a la observación de que los médicos de familia problematizan y desproblematizan selectivamente aspectos del Test de Papanicolaou en función de determinadas lealtades concretas. La primera afirmación de este médico de familia fue hecha tras la discusión sobre el pago por objetivos al principio de la entrevista. La segunda surgió mucho más tarde, al discutir sobre el papel de los hombres en el desarrollo de anomalías celulares en el cuello del útero.

Para recapitular brevemente: los médicos de familia, ahora confrontados con las cuotas de asistencia del gobierno, empiezan a desengancharse parcialmente de la red del PCC. Mientras que antes de entrar en esta cuestión, o cuando ésta no era preeminente, tendían a presentar el análisis científico de las «causas» como algo que quedaba dentro del dominio de los «expertos», ahora se nos representan capaces de destapar las causas —o más bien de adherirse a una versión simplificada sobre la causalidad del cáncer de cervix. Si bien en un momento determinado eran enrolados por los científicos en sentido general —subordinando sus propios puntos de vista a los conocimientos técnicos de estos últimos— ahora problematizan esta asociación en tanto que también ellos pueden realizar juicios sobre causas (es decir, priorizar la tesis de la transmisión sexual). En otras palabras, se representan a sí mismos como cuasi-expertos. Lo relevante aquí es que este patrón de subordinación y exaltación opera simultáneamente dentro del mismo papel. El fracaso en asistencia de

las mujeres al programa se explicaba al principio como resultado de la intractabilidad de temas (por ejemplo, la clase social y la ignorancia de las mujeres); cuando se trata de cuotas gubernamentales la explicación se basa en la intransigencia de los sujetos (por ejemplo, las mujeres que toman decisiones racionales). En el proceso, los médicos de familia movilizan una representación determinada de la «relación doctor-paciente». Lo que los doctores están haciendo es responder a la nueva presión que suponen las cuotas acentuando una cualidad diferente de sus asociaciones con científicos y mujeres —efectivamente, se podría decir que recogen aquellas asociaciones que antes estaban «desenfocadas». El resultado es que empiezan a marginarse del nuevo PCC. Pero, como ya hemos visto, al mismo tiempo se representan a sí mismos como comprometidos con el PCC—general, y con las representaciones de las mujeres-como-objetos y los científicos-como-expertos. En este momento de problematización, los médicos de familia sacan provecho de asociaciones y recursos que llevan su papel más allá del PCC—esto muestra, efectivamente, que los médicos de familia pueden desbordar los confines de la red del PCC.

Redes más grandes, PCC más pequeño

Hay un aspecto más del discurso de los médicos de familia sobre el que queremos abundar aquí. Los médicos de familia enrolan al PCC como actor a medida que construyen su propia identidad fuera del PCC. Es decir, están implicados en construir su propio actor-red PCC desde dentro del PCC, pero también en trasladarse al exterior del actor-red PCC. Al documentar esto queda patente que los médicos de familia son, simultáneamente, entidades cajanegrizadas y simplificadas dentro del PCC, y complejas identidades múltiples que existen tanto dentro como fuera del PCC. Los médicos de familia no tienen dificultad en poner al PCC en su lugar: «La citología de cribaje... es una parte rutinaria del papel del doctor... el programa de cribaje debe ser visto en su contexto, el de los médicos ocupados y con muchos compromisos» (Dr D 154)

El PCC es presentado como una parte de la identidad de los médicos de familia. Es construido como un actor que forma parte del mundo del médico de familia que se extiende más

allá del actor-red del PCC. Los médicos de familia frecuentemente hablaban del PCC en relación a otros aspectos de su papel, aspectos como llevar a cabo la vacunación de los niños, prescribir y aconsejar en temas de anticoncepción, realizar exploraciones mamarias, animar a participar en los programas nacionales de cribaje de cáncer de mama y aconsejar acerca de los síntomas y tratamiento de la menopausia. En esta red, el PCC era presentado, a menudo, como un actor relativamente poco importante:

«Citología de cribaje, 2000 muertes cada año en el Reino Unido. Esto suena a mucho, pero hay 30.000 médicos de familia en el Reino Unido, esto quiere decir que, estadísticamente, cada quince años tengo la probabilidad de tener una muerte por cáncer de cervix, hay problemas más acuciantes que tratar» (Dr F 60).

El hecho de que los médicos de familia puedan existir simultáneamente como una parte del PCC y como una parte de otro mundo sugiere que los médicos de familia son identidades complejas y descentradas, que pueden ir y venir por la red. Es más, también nos dice algo sobre la transformación del actor-red PCC. A medida que los médicos de familia se trasladan fuera del actor-red PCC, y tratan al PCC como a un actor menor de su propio actor-red mucho mayor, se pueden apreciar las repercusiones de su papel en el PCC. Las siguientes citas demuestran que la manera en que los médicos de familia asocian el PCC con otros actores en su mundo afecta su interacción dentro del PCC. Por ejemplo, un médico de familia que habla sobre la oferta del Test de Papanicolaou a jóvenes mujeres, hace notar:

«Empezamos a hacer citologías cuando se constata que una chica es activa sexualmente y si acaba de empezar a tomar, pongamos por caso, anticonceptivos por vía oral... pero puedes llegar a ser bastante amenazante y llegar a suponer un impedimento al ofrecimiento de anticoncepción si impones la citología como condición» (Dr F 322).

A pesar de las directrices del Distric Health Authority inspiradas por el gobierno, según las cuales todas las mujeres con una edad entre los 20 y los 65 años deben hacerse citologías

regularmente, este médico de familia define el uso inicial de anticonceptivos por jóvenes mujeres como algo más importante que la citología de cribaje. De modo parecido, otro médico de familia define las vacunaciones de los niños como una prioridad. Después de la discusión acerca de una mujer que acudió al programa y que tenía muchas dificultades a la hora de decidir entre la vacunación de su hijo o su propia atención en el programa, este médico de familia afirmó: «Bueno, la vacunación es probablemente la mejor y más efectiva parte de la medicina preventiva. Las vacunaciones en la infancia son una prioridad máxima» (Dr P 220).

Conclusión: Ambivalencia, deslealtad y adversarios benevolentes

Este texto ha intentado mostrar cómo los actores-red no se sostienen simplemente a través de la cajanegrización, la simplificación y la generación de identidades unitarias y asociaciones discretas. Más bien, la ambivalencia, la ambigüedad, la problematización, la marginalidad y las identidades múltiples pueden también representar un papel en la reproducción de una red. Hemos conceptualizado esto con la ayuda de una metáfora cinematográfica y lo hemos ilustrado a través de un estudio de caso sobre el papel de los médicos de familia en el actor-red PCC.

El discurso de los médicos de familia sugiere que la practicidad del PCC es confusa, compleja e indeterminada. Sin embargo, el PCC se mantiene y los médicos de familia cumplen sus papeles asignados: el PCC es también algo definido y claro. Nuestra cita final, que a pesar de haberla usado vale la pena repetir, subraya que los médicos de familia mantienen, a veces de manera poco comfortable, relaciones de enrolamiento y traición simultáneos:

«Persuadimos a la mujeres de hacerse la citología y, pero (pausa)... la evidencia de que las citologías hayan hecho un gran bien no es muy importante en este país (pausa)... No tengo ningún problema en animar a las mujeres a hacerse una citología, pero no lo haría, la presión es algo que no me gustaría ejercer sobre las mujeres» (Dr P 270).

Ensanchando nuestra perspectiva de la red, vemos que el médico de familia tiene un abanico de conexiones que van mucho más allá del PCC. Además, estas conexiones pueden organizarse para problematizar a este último. Así, el médico de familia se sitúa a sí mismo en los márgenes del PCC—o, mejor, el PCC es incorporado como una matriz más bien pequeña en el conjunto de la red de los médicos de familia. La propia grandezza de la imponente red del médico de familia permite resistirse a las nuevas condiciones generadas por cuotas impuestas por el gobierno.

En el PCC, la identidad del médico de familia se muestra como «una asociación de elementos heterogéneos cada uno de los cuales se asocia con sus propios elementos». ⁵⁰ Es decir, la identidad del médico de familia muestra su propia cualidad de red. Se introducen elementos que no existían en el actor-red del gobierno donde los médicos de familia están enrolados, —como espéculos, enfermeras, secreciones del cervix y fiáticos celulares. Otros actores a los que el médico de familia está asociado dentro del PCC son mostrados adoptando una multiplicidad de identidades —como redes de propio derecho. Además, la presentación simplificada de la identidad del médico de familia construida a través del actor-red PCC gobierna mental es re-presentada de maneras contrarias. El médico de familia se «complejiza» y se problematiza a sí mismo para re-definirse y transformarse en un hábil e importante actor y en un punto de paso obligado en otras redes coexistentes que también se nutren de la red del PCC.

Así, pues, la interacción del médico de familia dentro del cajanegrizado actor-red PCC se caracteriza por asociaciones ambiguas, identidades múltiples y discurso ambivalente. Y, sin embargo, la incertidumbre e indeterminación resultantes existen en, y son dependientes de, la estabilidad y la estructura del PCC cajanegrizado. La identidad del médico de familia está histórica y textualmente ligada al PCC cajanegrizado. El médico de familia existe, en parte, a través del actor-red del PCC: la identidad del médico de familia es, simultáneamente, dependiente de y negociada a través de las identidades y asociaciones de un conjunto de entidades heterogéneas que constituyen el actor-red del PCC.

En términos de nuestra metáfora cinematográfica, los mé-

dicos de familia como constructores de redes alteran la profundidad de campo para registrar una gama completa de conexiones y asociaciones que estaban previamente fuera del enfoque. Es decir, al igual que el gobierno, los médicos de familia construyen un actor-red que define la identidad y asociaciones de éstos. Sin embargo, este proceso de construcción de redes funciona dentro del PCC cajanegrizado y, paradójicamente, depende de él. El PCC se ha convertido en un adversario benevolente para el médico de familia. Enfatizar demasiado la incertidumbre y la multiplicidad sería poner en peligro al PCC del gobierno y minar el papel del médico de familia; ahora bien, seguir resueltamente el modelo propuesto por el gobierno sobre el papel de los médicos de familia significaría hacer impracticable ese papel, especialmente en el contexto del recompuerto PCC, que pone énfasis en el sistema de objetivos. Complejidad y diversidad, pequeñez y grandezza, expresadas en la ambivalencia de los médicos de familia, hacen al PCC, a la vez, estable e inestable, un actor-red y una red-red.

Al descubrir esta ambivalencia, hemos *concertado* el marco temporal que se encuentra normalmente en los estudios de la teoría actor-red. Al entrar en los intersticios discursivos del actor médico de familia, encontramos una ambivalencia que recurre a muchas asociaciones y descubrimos algunos recursos aparentemente latentes —esas asociaciones que de otra forma hubieran permanecido desenfocadas— que pueden ser movilizadas por los médicos de familia si, o mejor cuando, finalmente y de manera inequívoca, traccionan al actor-red PCC gubernamental. Lo más importante es que la traición y la derrota dejan de ser un suceso dramático y misterioso, tal y como es descrito a menudo en las narrativas de la teoría del actor-red; ⁵¹ más bien pueden ser conceptualizadas como la coagulación de un conjunto dispar de ambivalencias en un patrón focalizado de resistencias. Y a esto se le llamaría «construir un actor-red».

Notas

1. No es sólo en la teoría del actor-red donde ha aparecido la preocupación por tomarse seriamente el papel autónomo de la 'naturalaleza'. Véase por ejemplo: S. Horgan, *Nature and Culture in Western Discourses* (Routledge & Kegan Paul, Londres 1988), y Ted Benton, «Biology and Social Science:

Why the Return of the Repressed Should Be Given a (Cautious) Welcome», en: «*Sociology*», 25, (1991), pp. 1-29.

2. La adscripción de derechos morales, a menudo articulada en términos de «valor intrínseco» a la naturaleza, se ha convertido en un tema fundamental de la ética ambiental. Para consideraciones sobre el estatus filosófico y político de esta perspectiva, ver, por ejemplo, J. Haldane (comp.), *Philosophy, Conservation and the Environment* (en prensa); J. Rodman, «*Pour Forms of Ecological Consciousness Reconsidered*», en: D. Scherer y T. Attig (comps.), *Ethics and the Environment* (Prentice Hall, Englewood Cliffs/N.J. 1983), pp. 82-92; Andrew Dobson, *Green Political Thought* (Unwin Hyman, Londres 1990).

3. Ha habido muchos debates sobre el PCC británico, debates que abarcan desde la preocupación por la sensibilidad del análisis citológico, pasando por la controversia sobre la etiología del cáncer cervical y la supuesta progresión natural que va desde las anomalías citológicas cervicales hasta el cáncer cervical, hasta las afirmaciones sobre la inefectiva gestión del programa, incluyendo debates sobre la falta de participación de las mujeres y el inadecuado seguimiento de las mujeres a las que se detectan anomalías. La literatura es extensa, de modo que aquí haremos referencia a algunas revisiones de estos debates que resultan útiles: J. Chamberlain, «*Faiths of the Cervical Cytology Screening Programme*», *British Medical Journal*, 289, (1984), pp. 853-854; A. Smith, A. Elkind y A. Eardley, «*Making Cervical Screening Work: Better Management of the System is Essential*», *ibid.*, 298 (1989), pp. 1662-1664; A. Singer and A. Szarewski, *Cervical Smear Test: What Every Woman Should Know* (Maddonald, Londres 1988).

4. Los principales textos sobre la teoría del actor-red incluyen: Michel Callon y Bruno Latour, «*Unscrambling the Big Leviathan: How Actors Macrostructure Reality and How Scientists Help Them to Do So*», en: Karin Knorr-Cetina and Aaron Cicourel (comps.), *Advances in Social Theory and Methodology: Toward an Integration of Micro and Macro Sociologies* (Routledge & Kegan Paul, Londres 1981), pp. 275-303; Latour, «*Give Me a Laboratory and I Will Raise the World*», en: Karin Knorr-Cetina and Michel Mulkey (comps.), *Science Observed: Perspectives on the Social Studies of Science* (Sage, Berkeley/CA, 1983); traducción castellana en J. Manuel Franco, J. Rubén Blanco, Teresa González de la Fe, Cristóbal Torres y Alberto Cotillo (comps.) *Sociología de la ciencia y la tecnología*, CSIC, Madrid 1995, pp. 141-170; Latour, «*Visualization and Cognition: Thinking with Eyes and Hands*», *Knowledge and Society: Studies in the Sociology of Culture Past and Present*, 6, (1986), pp. 1-40; Latour, «*The Powers of Association*», en John Law (comp.), *Power, Action and Belief: A new Sociology of Knowledge?*, Sociological Review Monographs, 32 (Routledge & Kegan Paul, Londres 1986), pp. 264-280; Callon, «*Some Elements in a Sociology of Translation: Domestication of the Scallops and Fishermen of St-Brieuc Bay*», en Law (comp.), *op. cit.*, pp. 196-233; traducción castellana en J. Manuel Franco, J. Rubén Blanco, Teresa González de la Fe, Cristóbal Torres y Alberto Cotillo (comps.) *op. cit.*; Callon, «*The Sociology of an Actor-Network: The Case of the Electric Vehicle*», en: Michel Callon, John Law y Arrie Rip (comps.), *Mapping the Dynamics of Science and Technology* (Macmillan, Londres 1986), pp. 19-34; Callon, «*Society in the Making: The Study of Technology as a Tool for Sociological Analysis*», en W.E. Bijker, T.P. Hughes y T. Pinch (comps.), *The Social Construction of Technological Systems* (The MIT Press, Cam-

bridge/Mn. 1987), 83-103; Latour, *Science in Action: How to Follow Engineers in Society* (Open University Press, Milton Keynes, Bucks. 1987); traducción castellana en Labor, Barcelona 1992; Latour, *The Pasteurization of France* (Harvard University Press, Cambridge/Ma. 1988); Law, «*Technology and Heterogeneous Engineering: The Case of Portuguese Expansion*», en: Bijker, Hughes y Pinch (comps.), *op. cit.*, pp. 111-34.

5. Callon, «*Scallops...?*», *op. cit.* nota 4, pp. 207-08.

6. Latour, «*Powers of Association...?*», *op. cit.* nota 4, p. 173.

7. Callon, «*Electric Vehicle...?*», *op. cit.*, nota 4, pp. 28-33.

8. Steven Shapin, «*Following Scientists Around*», «*Social Studies of Science*», vol. 18 (1988), pp. 533-550.

9. Michel Callon y John Law, «*On Interests and their Transformation: Enrolment and Counter-Enrolment*», en: «*Social Studies of Science*», 12 (1982), pp. 615-25; Steve Woolgar, «*Interests and Explanation in the Social Studies of Science*», en: *ibid.*, 11 (1981), pp. 365-394.

10. Harry Collins y Steven Yearley, «*Epistemological Chicken*», en: Andrew Pickering (comp.), *Science as Practice and Culture* (University of Chicago Press, Chicago/Il. 1992), pp. 301-326.

11. Michel Callon y Bruno Latour, «*Don't Throw the Baby out with the Bath School: A Reply to Collins and Yearley*», en: Pickering (comp.), *op. cit.*, pp. 343-68.

12. Ruth Schwartz Cowan, «*The Consumption Junction: A Proposal for Research Strategies in the Sociology of Technology*», en: Bijker, Hughes y Pinch (comps.), *op. cit.*, nota 4, pp. 261-80.

13. Susan Leigh Star, «*Power, Technologies and the Phenomenology of Standards: On being Allergic to Onions*», en: John Law (comp.), *Power, Technology and the Modern World*, Sociological Review Monograph (1991), 14. *Ibid.*, p. 16.

15. Bruno Latour, «*The Politics of Explanation-An Alternative*», en: Steve Woolgar (comp.), *Knowledge and Reflexivity: New Frontiers in the Sociology of Knowledge* (Sage, Londres 1988), pp. 155-76.

16. Dos explicaciones centrales sobre el análisis del discurso que resultan interesantes son: E. N. Gilbert y M. Mulkey, *Opening Pandora's Box: A Sociological Analysis of Scientists' discourse* (Cambridge University Press, Cambridge 1984); J. Potter y M. Wetherell, *Discourse and Social Psychology* (Sage, Londres 1987).

17. El principal resumen del trabajo de Giddens acerca de la estructura-ción es: A. Giddens, *The Constitution of Society* (Polity Press, Cambridge 1984); traducción castellana en Amorrortu, Buenos Aires 1996. Para una crítica véase Karin Knorr-Cetina, «*The Micro-Social Order*», en: N. G. Fielding (comp.), *Action and Structure* (Sage, Londres 1988), pp. 1-47.

18. *National Health Service Population Screening for Cancer of the Cervix*, HM (66)76, ECL 97/8& circular 18/66, HC (66)76 (1966).

19. *Ibid.*, párrafo 1.

20. *Ibid.*, párrafo 3.

21. *Ibid.*

22. *Ibid.*, párrafo 1.

23. *Ibid.*, párrafo 19.

24. *Párrafo 5, Department of Health and Social Security, Health Services Development, Screening for Cervical Cancer*, Circular, HC (84) 17 (1984).

25. *Ibid.*, párrafo 8.

26. Párrafo 4, HC (66)76, *op. cit.*, nota 18.

27. Se informó de muchos «errores» en casos en los que el seguimiento de las mujeres con resultados positivos en la citología no se había hecho de forma adecuada; ver *National Co-ordinating Network for the National Health Service Cervical Screening Programme, First Annual Report* (NHSPCC, 1991). Hubo casos, también, como el incidente en Liverpool en 1987, en que se descubrió que más de 900 citologías realizadas en un periodo de 4 años se habían resuelto incorrectamente como negativas. Hay una referencia en: J. Chomet & J. Chomet, *Cervical Cancer: All You and Your Partner Need to Know about its Prevention, Detection and Treatment* (Thorsons, Wellington-rough, Northants, 1989), p. 52. Hubo una «investigación interna» sobre este incidente, que concluyó que cierto patólogo había cometido errores masivos de juicio profesional para los cuales no había explicación lógica. En todo el país se implementaron procesos de control de calidad en los laboratorios. Hubo una campaña, liderada por una de las mujeres de Liverpool involucrada (LH), para conseguir una investigación pública. A pesar de que no hubo dicha investigación, LH declaró en la investigación interna. Uno de los autores (VS) ha hablado con ella en varias ocasiones y ha explorado con cierta profundidad el error de Liverpool y sus consecuencias.

Hay una muy interesante explicación, del tamaño de un libro, acerca de la investigación realizada en 1987 sobre el tratamiento de mujeres con resultados positivos en las citologías en el Auckland's National Women's Hospital en Nueva Zelanda. Esta amplia investigación supo acerca de un programa de investigación en el que las mujeres con resultados positivos no recibían tratamiento convencional, sino que se les hacía creer que ciertas anomalías podían revertir hacia la normalidad sin tratamiento. Muchas de estas mujeres murieron o sufrieron frecuentes operaciones quirúrgicas. Algunos profesionales médicos británicos fueron llamados para testificar en la investigación. La «Investigación de Nueva Zelanda» y el informe de la juez Silvia Cartwright han sido considerados por algunos como una «caza de brujas feministas» —en el sentido de que las feministas fueron presentadas como las que montaron el problema— y permanecen como fuente de comentarios en las revistas médicas británicas; véase S. Coney, *The Unfortunate Experiment: The Full Story Behind the Inquiry into Cervical Cancer Treatment* (Penguin, Auckland 1988). Respeto a los comentarios de los médicos británicos, un buen punto para empezar es la sección «Round the World», en: *The Lancet*, Véase, por ejemplo, las ediciones de octubre a diciembre, 336 (1990).

28. Párrafo 14, Department of Health and Social Security, Health Services Management: Cervical Cancer Screening, *Health Circular*, HC (88) 1 (1988).

29. HC(66)76, *op. cit.*, nota 18, párrafo 6.

30. *Ibid.*, párrafo 7.

31. HC(88)1, *op. cit.*, nota 28, párrafo 20.

32. National Co-ordinating Network, *op. cit.*, nota 27, 6.

33. En algunos aspectos puede pensarse que el NCN ha «problematizado» al PCC para obtener apoyo en beneficio de su propia existencia. El NCN construye la aparente incapacidad del PCC para reducir la mortalidad como algo debido a una gestión inadecuada; véase NCN, *op. cit.*, nota 27, p. 5. Entonces se propone a sí mismo como respuesta a este problema. Según la construcción que hacemos de su historia, el PCC emerge, en cierto sentido,

como serie de problematizaciones. Podemos ver que el PCC ha sido el objeto de considerable controversia. También podemos ver que el PCC ha sido moldeado por varios conflictos y escaramuzas. El papel representado por los participantes ha sido redefinido, al igual que lo han sido las maneras en que los participantes interactuaban. Pero el concepto del PCC, sus propósitos y objetivos, y sus procedimientos y participantes, han permanecido igual.

34. Párrafo 3, ECL 97/66, carta que acompaña HC(88)76, *op. cit.*, nota 18.

35. HC(66)76, *op. cit.*, nota 18, párrafo 9.

36. Párrafo 3, ECL 97/66 que acompaña HC(66)76, *op. cit.*, nota 18.

37. HC(84)17, *op. cit.*, nota 24, párrafo 14.

38. En una influyente revisión del PCC británico, Roberts afirmó que en Inglaterra y Gales hubo 2434 muertes por cáncer de cervix en 1968. La cifra en 1980 era de 2068; véase A. Roberts, «Cervical Cytology in England and Wales, 1965-80», en: *Health Trends*, 14 (1982), 441-443. A partir de la comparación de las estadísticas de mortalidad de otros países con las del PCC, un grupo de trabajo fundado por el DHSS Committee on Gynaecological Cytology en 1980 informó de que «el servicio de cribaje británico parece ser un fracaso relativo»: G. J. Draper, «Screening for Cervical Cancer: Revised Policy. The Recommendations of the DHSS Committee on Gynaecological Cytology», en: *Health Trends*, 14 (1982), pp. 37-40, en p. 37. Una reciente revisión de la literatura, y un indicador del consenso sobre el fracaso del PCC en la reducción de la mortalidad por cáncer de cervix, puede encontrarse en K. Johnston, «Screening for Cervical Cancer: A Review of the Literature», Health and Economics Research Unit Discussion Paper, University of Aberdeen, abril 1989).

39. *Contraception Information Service*, en colaboración con el Women's National Cancer Campaign (Londres 1989). Este folleto fue obtenido en un consultorio del CSO en diciembre de 1990.

40. Este texto representa sólo una pequeña parte del trabajo llevado a cabo por la primera autora (VS), que está contenido en su tesis doctoral. Uno de los temas centrales de su tesis, del que se hace eco este texto, es el intento de capturar, en la medida de lo posible, en una narrativa «académica», la ambivalencia, la estabilidad y el movimiento que coexisten en el actor-red PCC. La ambivalencia inherente al discurso de los médicos de familia, tal y como aquí se plantea, se refleja en el discurso de muchos de los actores del PCC que fueron entrevistados por VS. Las entrevistas se realizaron entre 1989 y 1991 e incluyen mujeres beneficiarias, activistas sobre temas de salud, patólogos y técnicos de laboratorio, médicos de la red pública de salud y enfermeras. El trabajo también implicó una revisión de la extensa literatura sobre el PCC, incluyendo documentos médicos, gubernamentales y feministas, así como información de dominio público, tales como artículos de periódico, literatura de educación sanitaria, programas de televisión y libros.

41. Las referencias citadas documentan la identidad de los médicos de familia y el número en el contador de la cinta de cassette.

42. Esto no es diferente al «Dispositivo de Verdad Emergente» identificado por Gilbert y Mulkey en el que se aceptan la incertidumbre y contingencia a condición de alguna revelación futura: Gilbert y Mulkey, *op. cit.*, nota 16, capítulo 5.

43. Las referencias al fracaso del PCC a menudo van acompañadas de referencias a la mortalidad continuada por cáncer de cervix, a pesar de los

más de 20 años de existencia del programa. En la nota 38, que documenta las estadísticas de mortalidad, se referencian algunos textos relevantes. Además, hay un interesante debate recientemente aparecido en la literatura médica y que ha sido iniciado por un artículo que sugiere no sólo que el PCC ha fracasado, sino que puede hacer más daño que bien; véase J.S. McCormick, «Cervical Smears: A Questionable Practice?», en: «*The Lancet*» (22 de julio, 1989), 207-209. Véase también las réplicas a este artículo en *ibid.* (9 de septiembre, 1989), pp. 627-629.

44. Las reincidentes fueron definidas por un médico de familia como «las pobres circunstancias sociales, ocho niños, sin canchuros, no pueden venir» (Dr F 228). El *Concise Oxford Dictionary*, 7ª ed., define reincidente como «alguien que reincide en el crimen». Quizá esto nos dice algo sobre la manera en que la profesión médica representa a aquellas que no se ajustan a sus puestas.

45. La mayoría de los médicos de la salud pública y los trabajadores de laboratorio entrevistados eran extremadamente entusiastas con el sistema informatizado de citas y seguimientos. Por ejemplo, se referían al mismo como «un avance muy importante que ha revolucionado el programa» (médico de salud pública Dr D 52), y como el desarrollo más importante y positivo del programa en los últimos años (cito-patólogo consultor Dr Y 187).

46. Una útil revisión de los discursos sobre las causas del cáncer de cervix y la priorización médica de las «múltiples parejas sexuales» como causa se encuentra en W. Savage y A. McPherson (comps.), *Women's Problems in General Practice* (Oxford University Press, Oxford 1986), pp. 179-202. El *Influyente Report of the Intercollegiate Working Party on Cervical Cytology Screening* (Royal College of Obstetricians and Gynaecologists, Londres 1987) también define el consenso médico respecto a la relación entre el cáncer de cervix y la actividad sexual. Esta definición parece haberse establecido en la afirmación de que el cáncer de cervix es causado por un virus de transmisión venérea. El virus humano del papilloma (VHP) es actualmente el más citado. Las mujeres que presentan dicho virus la citología se consideran que pertenecen a la categoría de alto riesgo; véase D. J. McAnner, «Human Papilloma Virus and Cervical Cancer», en: «*The Lancet*» (25 de abril, 1987), p. 986; y Singer y Szarowski, *op. cit.*, nota 3. Sin embargo, la relación entre el cáncer de cervix y el VHP sigue siendo objeto de controversia; véase Savage y McPherson, citado anteriormente, y el editorial de «*The Lancet*» (28 de marzo, 1987). A pesar de esta incertidumbre, recientemente han aparecido informes «públicos» acerca del desarrollo de una vacuna para el cáncer de cervix basada en el presunto vínculo entre el VHP y la enfermedad: el programa de televisión de la BBC-TV, *Tomorrow's World*, ha difundido reportajes sobre los desarrollos científicos (15 de marzo, 1990); «*The Independent*» (1 de enero, 1991).

47. Savage y McPherson, *op. cit.*, nota 46, han revisado parte de la literatura sobre la relación entre las condiciones de vida y el cáncer de cervix. Diversos investigadores han sugerido un vínculo entre el cáncer de cervix y la pobreza, particularmente aquellos que investigan las estadísticas internacionales de mortalidad; véase, por ejemplo, A. R. Walker, B. F. Walker, D. Siweid, C. Isaacson, C. J. Van Gelderen, A. Andronikou y I. Segal, «Low Survival of South African Urban Black Women with Cervical Cancer», en: «*British Journal of Obstetrics and Gynaecology*», 92 (1985), pp. 1272-1278. Muchas feministas que han trabajado sobre el PCC remarcan que los factores

potencialmente influyentes, como las condiciones de vida y la dieta, no han recibido la atención médica que merecían. Por ejemplo, véase L. Saffron, «Cervical Cancer: The Politics of Prevention», *Spare Rib*, cuaderno 129 (1983), pp. 24-27.

48. Diversos investigadores han relacionado el consumo de tabaco con el cáncer de cervix, llegando a afirmar que fumar incrementa el riesgo de desarrollar la enfermedad. Ver, por ejemplo, E. R. Greenberg, M. Vessey, K. McPherson y D. Yeates, «Cigarette Smoking and Cancer of the Uterine Cervix», en: «*British Journal of Cancer*», 51(1985), pp. 139-141. Sin embargo, también se ha sugerido que el consumo de tabaco no es una causa del cáncer de cervix, sino que más bien «es un reflejo de algún otro aspecto de la conducta sexual, o está relacionado indirectamente, vía otros factores de clase social»; Savage y McPherson, *op. cit.*, nota 46, p. 188.

49. Otro tema que los médicos de familia subrayaron, en relación al sistema de pagos por objetivos, fue su preocupación por evitar que las mujeres fueran «presionadas» para que se hicieran las citologías y así aquellos alcanzaran los niveles establecidos. Como dijo un médico de familia, «Muchos médicos estarían muy cerca, si el nivel de análisis es del 79% y consiguen elevarlo al 80%, pueden venir muy bien £2000 extra simplemente por conseguir que 2 ó 3 mujeres se hagan la citología. Piensa en la presión a la que puedes someter a estas mujeres» (Dr P 255).

50. Callon, «Electric Vehicle...», *op. cit.*, nota 4, p. 33.

51. Callon, «Scallops...» y «Electric Vehicle...», *op. cit.*, nota 4; Latour, «Pasteurization», en: *op. cit.*, nota 4.