

LA CIS-HETEROSEXUALIZACIÓN DE LA ATENCIÓN BIOMÉDICA AL VIRUS DEL PAPILOMA HUMANO (VPH) Y AL CÁNCER CERVICOUTERINO (CACU) EN MÉXICO

César Torres Cruz

Centro de Investigaciones y Estudios de Género, Universidad Nacional Autónoma
de México, Ciudad de México, México

© cesar_torres@cieg.unam.mx |  <https://orcid.org/0000-0003-3752-1005>

Recibido el 12 de mayo de 2023; aceptado el 17 de agosto de 2023
Disponible en Internet en noviembre de 2023

RESUMEN: El virus del papiloma humano (VPH) es una Infección de Transmisión Sexual (ITS) de alto impacto: la mayoría de las personas sexualmente activas podría adquirirlo en algún momento de su vida. La atención biomédica se ha centrado en la relación causal VPH-cáncer cervicouterino (CACU) para promover alternativas solo para las mujeres cisgénero, lo que conlleva efectos en todas las personas. En este texto, desde los estudios de género y CTS (ciencia, tecnología y sociedad), en diálogo con hallazgos empíricos a partir de la revisión de documentos sanitarios internacionales y locales, y entrevistas con informantes clave, analizo cómo opera la *cis-heterosexualización* de la biomedicina en la atención a estos padecimientos en México: mediante la responsabilización de las mujeres cisgénero heterosexuales, la nula atención a hombres cisgénero hetero y no hetero, y la invisibilización de mujeres cisgénero lesbianas y personas trans.

PALABRAS CLAVE: VPH; Cacu; cis-heterosexualización; biomedicina; sexualidad; México

CÓMO CITAR ESTE ARTÍCULO:

Torres Cruz, César. 2024. "La cis-heterosexualización de la atención biomédica al virus del papiloma humano (VPH) y al cáncer cervicouterino (CACU) en México", *Debate Feminista*, año 34, vol. 67, pp. 95-126, e2448, <https://doi.org/10.22201/cieg.2594066xe.2024.67.2448>

DEBATE FEMINISTA 67 (2024) pp. 95-126

Año 34, vol. 67 / enero-junio de 2024 / ARTÍCULOS

ISSN impreso: 0188-9478 | ISSN electrónico: 2594-066X

e2448 | <https://doi.org/10.22201/cieg.2594066xe.2024.67.2448>

© 2024 Universidad Nacional Autónoma de México, Centro de Investigaciones y Estudios de Género.

Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND

(<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

THE CISHETEROSEXUALIZATION OF BIOMEDICAL CARE FOR HUMAN PAPILLOMA VIRUS (HPV) AND CERVICAL CANCER (CECA) IN MEXICO

ABSTRACT: Human papillomavirus (HPV) is a high-impact Sexually Transmitted Infection (STI), meaning that most sexually active people will get it at some point in their lives. Biomedical care has focused on the causal relationship between HPV and cervical cancer (Ceca) to promote alternatives for cisgender women alone, which affects everyone. In this text, using gender and STS (Science, Technology and Society) studies, in conjunction with empirical findings from a review of international and local health documents, and interviews with key informants, I examine the way the *cisheterosexualization* of biomedicine operates in the care of these conditions in Mexico, by holding heterosexual cisgender women accountable, failing to provide care for heterosexual and non-hetero cisgender men, and invisibilizing lesbian cisgender women and trans people.

KEYWORDS: HPV; Ceca; cisheterosexualization; biomedicine; sexuality; Mexico

A CIS-HETEROSSEXUALIZAÇÃO DA ATENÇÃO BIOMÉDICA DO VÍRUS DO PAPILOMA HUMANO (HPV) E O CÂNCER DO COLO DO ÚTERO (CCU) NO MÉXICO

RESUMO: O vírus do papiloma humano (HPV) é uma Infecção Sexualmente Transmissível (IST) de alto impacto: a maioria das pessoas sexualmente ativas poderia adquiri-lo em algum momento de suas vidas. Os cuidados biomédicos têm-se centrado na relação causal entre HPV e câncer do colo do útero (CCU) para promover alternativas apenas para mulheres cisgênero, o que tem efeitos sobre todas as pessoas. Neste texto, a partir de estudos de gênero e CTS (Ciência, Tecnologia e Sociedade), em diálogo com achados empíricos de revisão de documentos de saúde internacionais e locais, e entrevistas com informantes-chave, analiso como a *cis-heterossexualização* da biomedicina opera na atenção a essas condições no México: através do empoderamento das mulheres cisgênero heterossexuais, da atenção nula aos homens cisgêneros heterossexuais e não heterossexuais e da invisibilidade das mulheres lésbicas cisgênero e das pessoas trans.

PALAVRAS-CHAVE: HPV; CCU; cis-heterossexualização; biomedicina; sexualidade; México

INTRODUCCIÓN

El virus del papiloma humano (VPH) es considerado por organismos sanitarios internacionales —como la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Organización Panamericana de la Salud (OPS)— como una de las Infecciones de Transmisión Sexual (ITS) más frecuentes entre las personas sexualmente activas. De acuerdo con la OMS (2020), más de 80% de estas personas adquirirá VPH en algún momento. Existen más de 105 tipos de este virus, divididos en *alto* y *bajo riesgo*: los primeros pueden causar cáncer cervicouterino (Cacu), anal, bucal, faríngeo o de pene, y los segundos que, si bien no son oncogénicos, pueden provocar verrugas en el área corporal afectada, tumores en vías respiratorias o no manifestar síntomas físicos.

Aunque esta ITS puede presentarse en cualquier cuerpo con actividad sexual que involucre a más de una persona —para su transmisión basta con el contacto piel/genitales—, la OMS y la OPS posicionan este padecimiento como uno que genera estragos en la vida de las mujeres cisgénero hetero, pues es probable que tipos virales de VPH como los denominados 16 y 18 deriven en Cacu (OPS 2016, OPS y OMS 2019, OMS 2020). Así, las políticas públicas y los programas de atención biomédica privilegian la atención de este tipo de cáncer por encima de otros efectos del virus.

Hay un énfasis en las mujeres cisgénero de los países del sur global porque se trata de una población que presenta altas tasas de mortalidad.¹ Esto se debe, por una parte, a que los efectos de la pobreza en el sistema inmunológico influyen en la probabilidad de desarrollar Cacu, y por otra, a que en estos contextos el diagnóstico suele llevarse a cabo

¹ En cuanto a las muertes derivadas del Cacu a nivel mundial, se registran cada año al menos 311,000, de las cuales 85% corresponde a casos en países de América Latina (OMS 2020).

en fases muy avanzadas (OMS 2020). En México, en 2022, los decesos por Cacú representaron la primera causa de muerte en el grupo de mujeres de 25 a 34 años, y la segunda, después del cáncer de mama, en los grupos de 35 a 44 y de 45 a 64 años (INEGI 2023).

El objetivo de este artículo es analizar, desde ópticas teóricas de los estudios de género y CTS (ciencia, tecnología y sociedad), cómo opera la atención biomédica al VPH y al Cacú en México. Para ello, me refiero al proceso de la *cis-heterosexualización de la biomedicina* para develar algunas de sus implicaciones: en las mujeres cisgénero hetero, mediante la responsabilización; en hombres cisgénero con prácticas hetero y no hetero, la nula atención (falta de reconocimiento de la causalidad VPH-cáncer); y en mujeres cisgénero lesbianas y personas trans, la invisibilización (falta de reconocimiento de la causalidad VPH-cáncer y anulación de sus identidades, prácticas y necesidades en salud).

Respecto al panorama de investigación sobre el VPH y el Cacú, en México sobresalen los textos publicados desde enfoques de la salud pública. Algunos se centran en la vacuna utilizada para la prevención de este virus (Torres-Poveda *et al.* 2011, Lazcano-Ponce *et al.* 2018, Lazcano-Ponce *et al.* 2019); otros, en estrategias biomédicas para erradicar este tipo de cáncer (Franco 2018, Hurtado-Salgado *et al.* 2019).

En América Latina, varias investigaciones exploran la relevancia de incorporar la perspectiva de género para dar cuenta de las dimensiones sociales del padecimiento. En Colombia, se analizan las barreras sociales existentes para realizarse la prueba diagnóstica del VPH (Ceballos *et al.* 2009). En Brasil, dos investigaciones resaltan cómo el nivel socioeconómico influye en el bajo nivel de información sobre el VPH entre mujeres jóvenes (Costa-Pereira *et al.* 2011) y estudiantes de educación básica (Nascimento *et al.* 2013). En México, un artículo analiza la relevancia de las redes sociales de apoyo para mujeres diagnosticadas con VPH o con Cacú en Sonora (Arellano y Castro 2013), otro aborda las implicaciones subjetivas y de género asociadas a vivir con este virus o con cáncer en mujeres indígenas en Chiapas (Eroza, Carrasco y Freyermuth 2015), y uno más relata la vida de mujeres con este padecimiento en San Luis Potosí (Luna, Fajardo y Sánchez 2013).

Aunque algunos textos de México se enfocan en el nivel de afectación del vph en varones cisgénero con prácticas hetero (Sánchez-Alemán, Uribe-Salas y Conde-González 2002; Aranda-Flores 2015; Posso 2017) y en personas de la diversidad sexual (Lazcano-Ponce *et al.* 2018), todavía son escasos y son investigaciones que no han incidido en la transformación de políticas públicas ni en programas de atención para estas personas. Este texto se divide de la siguiente manera: primero están las directrices conceptuales del documento, en las que presento algunos momentos históricos sobre cómo se ha forjado la cis-heterosexualización de la biomedicina. Posteriormente presento los hallazgos empíricos de la investigación, en los que vinculo este proceso con la atención biomédica al vph y al Cacu. Finalmente, cierro con breves conclusiones.

DIRECTRICES CONCEPTUALES: LA CIS-HETEROSEXUALIZACIÓN DE LA BIOMEDICINA

La crítica feminista de la primera mitad del siglo xx señaló algunas de las maneras en que la medicina ha funcionado como institución de control patriarcal.² Desde el último cuarto del siglo xx, la perspectiva de género en ciencia, tecnología y sociedad (Clarke *et al.* 2003, 2010; Löwy 2011; Preciado 2020a, 2020b) señala un nuevo proceso mediante el cual la biomedicina ha enfatizado la administración de los cuerpos desde dos polos: su comprensión mediante parámetros binarios de sexo/género/deseo y el auge de la industria farmacéutica; ambas dimensiones inciden en la producción del género, la sexualidad y la salud, donde lo saludable se relaciona con “lo normal” (Fausto-Sterling 2006, Spurlin 2019).

² Incluso, la ginecología fue creada por varones para justificar el control de los cuerpos y del placer de las mujeres (López 1998, 2010).

Hacia la década de 1950 emergió una manera binaria-cisgénero-heterosexual para entender los cuerpos.³ Los trabajos de Robert Stoller y de John Money y colaboradores (Money, Hampson y Hampson 1955; Stoller 1968) se relacionan con el disciplinamiento de los cuerpos intersex —o aquellos que muestran variabilidad en alguno(s) de los componentes del sexo: hormonas, gónadas, cromosomas y genitalia—, bajo la denominación de “anomalías sexuales”. Estos médicos impusieron parámetros binarios para que, mediante cirugías y el uso de hormonas, las corporalidades intersex encajaran en los parámetros binarios de hembra o macho biológica/o.⁴

Las feministas retomaron de dichos trabajos la noción de género para resaltar la construcción sociocultural de lo femenino y lo masculino. Empero, como veremos en la siguiente sección de este artículo, en el ámbito médico la perspectiva de género ha llegado tarde y con mucha resistencia, pues prevalecen miradas esencialistas en las que se pone de manifiesto el sostenimiento de supuestas diferencias binarias biológicas universales en el trinomio sexo/género/deseo.⁵

³ El término *cisgénero* utiliza el prefijo “cis”, que proviene del latín, cuyo significado es “de este lado” o “del mismo lado de”, fue utilizado por primera vez por el activismo trans de la década de 1990 en Estados Unidos e Inglaterra (y adoptado en México en los últimos años) para diferenciar a las personas que han transitado de sexo o género, de las que permanecen con alguna de estas dimensiones que les fue impuesta desde el nacimiento (Preciado 2020a, Radi 2020).

⁴ Aunque en el siglo XIX el trabajo de Kraft-Ebbing apuntó a la creación de “patologías sexuales” como la “homosexualidad”, entendida como categoría psiquiátrica en 1870, no fue sino hasta el siglo XX cuando se configuró de manera más robusta la comprensión de los sujetos mediante lógicas binarias marcadas por las biotecnologías.

⁵ Como agregan Blas Radi *et al.* (2022), la investigación biomédica en salud mantiene sesgos heterocentros manifestados en criterios de exclusión de personas que podrían ser beneficiarias de esas investigaciones, lo cual incide en intervenciones biomédicas, políticas públicas y programas de salud. Por ejemplo, mediante la exclusión de mujeres cisgénero embarazadas para la creación de fármacos que alivien las náuseas en este proceso, o de los varones trans para analizar el cáncer de mama.

De acuerdo con Paul B. Preciado, desde las investigaciones de Stoller y colegas, se hizo factible “producir técnicamente la diferencia sexual” (Preciado 2020a: 88). Para enmarcar estos cuerpos como femeninos o masculinos mediante cirugías y otros procesos invasivos, “el género aparece ahora como sintético, maleable, variable, susceptible de ser transferido, imitado, producido y reproducido técnicamente” (Preciado 2020b: 82).⁶

Para la década de 1980, además de la comprensión binaria del sexo/género/deseo en la medicina, emergió una incesante inversión en investigación biomédica sobre sexo, género y sexualidad en Estados Unidos que derivó en una mayor intromisión de la industria farmacéutica y en la configuración de un tecnocapitalismo avanzado (Preciado 2020b).

La vinculación entre ciencia, medicina e industria ha sido prominente: el incremento del conocimiento etiológico de los virus y otros agentes causales de enfermedades, el aumento del presupuesto para investigación clínica en países del norte global, la expansión de la industria farmacéutica y su capacidad para incidir en el manejo de enfermedades pero, sobre todo, el énfasis en la regulación del riesgo mediante la creación de herramientas farmacológicas preventivas (como píldoras y vacunas) dan cuenta de una nueva configuración de la medicina. Por ello, es más preciso referirse a *biomedicina* para indicar los procesos en que hay una extensión de la vida mediante el uso de biotecnologías en que organismos internacionales como la OMS han jugado un papel relevante (Rose 2007; Clarke *et al.* 2003, 2010; Löwy 2011). Además, tales cambios han permitido que la pauta para atención de cierto tipo de enfermedades (sobre todo las infecciosas, como el VPH) sea marcada por estos organismos.

⁶ De ahí la insistencia de Preciado en referirse a *tecnogénero* para enfatizar “el conjunto de técnicas fotográficas, biotecnológicas, quirúrgicas, farmacológicas, cinematográficas o cibernéticas que constituyen performativamente la materialidad de los sexos” (2020b: 87).

En nuestros días habitamos tecnocuerpos, agrega Preciado (2020b), determinados por intervenciones tecnocientíficas donde los medicamentos, las vacunas y las cirugías se convierten en extensiones corporales y forman parte de nuestras vidas cotidianas, no solo para curar enfermedades, sino para prevenirlas. Modelos biomédicos (farmacológicos) explican, sostienen y materializan las enfermedades. En el ámbito de la sexualidad esto se hace más evidente si pensamos en el auge biomédico para generar embarazos, en la administración de hormonas, en el uso de las cirugías de reafirmación de sexo, en el uso del sildenafil (comercializado como Viagra) para generar erecciones, etcétera. La tecnociencia, agrega el autor,

tiene la capacidad de crear, y no simplemente de describir, la realidad [...] su éxito es transformar nuestra depresión en Prozac, nuestra masculinidad en testosterona, nuestra erección en Viagra, nuestra fertilidad/esterilidad en píldora, nuestro sida en triterapia. Sin que sea posible saber quién viene antes, si la depresión o el Prozac, si el Viagra o la erección, si la testosterona o la masculinidad, si la píldora o la maternidad, si la triterapia o el sida (Preciado 2020b: 39).

Así, entiendo a la *cis-heterosexualización* de la atención biomédica al VPH y al Cacú como un proceso que genera estragos en varios tipos de sujetos mediante relaciones de poder-saber al posicionar la relación causal VPH-Cacú en el uso de insumos biomédicos enfocados en mujeres cisgénero heterosexuales: en ellas repercute de manera contradictoria, pues las responsabiliza de un padecimiento adquirido en conjunto, mientras se deja de lado la atención al resto de identidades y prácticas sexogenéricas.

La biomedicina se engrana con la *matriz heterosexual* (noción que propone Judith Butler, inspirada en la idea de *contrato heterosexual* de Monique Wittig y, en menor grado, de la idea de *heterosexualidad obligatoria* de Adrienne Rich), la cual se define como:

la rejilla de inteligibilidad cultural a través de la cual se naturalizan cuerpos, géneros y deseos [...]. [Esta noción describe] un modelo discursivo/epistémico hegemónico de inteligibilidad de género, el cual da por sentado que para que los cuerpos sean coherentes y tengan sentido, debe haber un sexo estable expresado mediante un género estable [masculino expresa hombre, femenino expresa mujer] que se define históricamente y por oposición mediante la práctica obligatoria de la heterosexualidad (Butler 2001: 292).

Daré cuenta de cómo se implanta esta rejilla de inteligibilidad de manera violenta, lo cual produce de manera performativa a los sujetos que escapan a los parámetros binarios cis-heterocentrados como ininteligibles.⁷ Al mismo tiempo, haré visible cómo la biomedicina también afecta a las personas cisgénero hetero pues, como indica Rodrigo Parrini, la matriz heterosexual “atravesada todos los deseos, el heterosexual también” (2013: 51).

METODOLOGÍA

Entre 2020 y 2023, realicé una etnografía que involucró el acercamiento a diversos materiales. He mantenido contacto con colectivas feministas que han creado redes de apoyo para mujeres diagnósticas con VPH, con funcionariado a nivel local y federal a cargo de programas de atención y prevención sanitaria, así como con personal de epidemiología, medicina general, ginecología y enfermería. Seguí el criterio de la *triangulación* de la información cualitativa de Norman K.

⁷ Como agregan Lauren Berlant y Michael Warner cuando definen lo que denominan *heteronormatividad*: con la institucionalización de la heterosexualidad, “todo un campo de relaciones sociales se vuelve inteligible como heterosexualidad, y esta cultura sexual privatizada otorga en sus prácticas sexuales un sentido tácito de pertinencia y normalidad” (1998: 554-555).

Denzin (2012), para quien mezclar distintas fuentes de información nutre el análisis social. Para este texto retomo lo siguiente:

- a) 29 entrevistas en profundidad con personajes clave en procesos de creación de políticas públicas preventivas del VPH (nueve personas entre epidemiólogos/os, médicas/os y funcionarias/os), funcionariado público de la Secretaría de Salud federal encargado de administrar programas de atención a este virus y al Cacú (cinco personas), así como a personal de ginecología (seis personas) que atiende a mujeres cisgénero con alguno de estos padecimientos en hospitales públicos de amplia relevancia en la Ciudad de México. Todas las personas poseen copia de la carta de consentimiento firmada por ellas y por mí. Las entrevistas fueron grabadas, transcritas y codificadas en el programa Atlas.ti.
- b) Documentos internacionales y locales que fueron señalados en las entrevistas como cruciales para generar políticas públicas y campañas de atención al VPH y al Cacú: *i*) el Plan de Acción sobre la Prevención y el Control del Cáncer Cervicouterino 2018-2030, de la OPS/OMS (2019); *ii*) el Control Integral de Cáncer Cervicouterino. Guía de prácticas esenciales de la OPS (2016); *iii*) la Norma Oficial Mexicana NOM-014-SSA2-1994 para la Atención y Vigilancia Epidemiológica del Cáncer Cervicouterino (Ssa 1994); y *iv*) el Protocolo para el Acceso sin Discriminación a la Prestación de Servicios de Atención Médica de las Personas Lésbico, Gay, Bisexual, Transexual, Travesti, Transgénero e Intersexual y Guías de Atención Específicas (Ssa 2020). Descarté la Norma Oficial Mexicana NOM-039-SSA2-2014 para la Prevención y Control de las Infecciones de Transmisión Sexual debido a que este documento solo brinda sugerencias para diagnosticar VPH.⁸

⁸ Incorporo estos textos porque contienen una vida social en la que “se sostienen determinadas representaciones de la realidad y enfatizan unos aspectos a expensas de

La codificación de la información fue realizada a partir del enfoque de Kathy Charmaz (2017), quien sugiere elaborar códigos para categorías que permitan dar cuenta de la realidad social estudiada a partir de la búsqueda de conexiones entre temáticas afines.

El criterio temático sirvió para delimitar los temas centrales. Después de la lectura de los textos y las entrevistas, el género, la sexualidad, la biomedicina, la salud sexual, las políticas públicas y la atención biomédica fueron los temas más repetidos, por lo que fueron utilizados como primeras categorías. Después, fueron agrupados códigos que se relacionan con dichas categorías, entre los que sobresalieron sexo, género, biología, sexualidad, salud, útero, cáncer, virus, VPH, mujeres, hombres, percepciones sobre el género y la sexualidad, biomedicina, heterosexualidad, diversidad, presupuesto, medicina, pobreza, ciencia y gobierno.

Finalmente, se delimitaron las temáticas que integran todos los códigos. Estas se presentan a detalle a continuación a partir de los procesos que genera la cis-heterosexualización de la biomedicina por división de género y orientación sexual.

IMPLICACIONES DE LA CIS-HETEROSEXUALIZACIÓN DE LA ATENCIÓN BIOMÉDICA AL VPH

El proceso de cis-heterosexualización que se forja a partir de la relación causal VPH-Cacu permite que emerjan narrativas biomédicas que desexualizan la atención a estos padecimientos. Es decir, que se dé un giro discursivo en el que se traslada el foco de atención de este virus de transmisión sexual a la retórica del sufrimiento que conlleva que las mujeres cisgénero padezcan cáncer y mueran.⁹

otros” (Agudo 2015: 124). Además, los relatos de los textos “nos permiten entender tanto los imaginarios políticos de quien los escribe, como las relaciones de poder subyacentes a su elaboración” (Rodríguez 2021: 334).

⁹ Aunque no conforman la primera causa de muerte, de acuerdo con el INEGI, en 2019, “la población masculina de 30 a 59 años que falleció por estos [cánceres],

La responsabilización de las mujeres cisgénero hetero en la atención del VPH y el Cacú

La binarización del sexo/género/deseo en la atención biomédica al VPH y al Cacú se hace presente en todos los ámbitos (prevención, detección y atención). En los documentos analizados sobresale que la comprensión biomédica internacional y mexicana contempla la categoría “mujer” como equivalente a mujeres cisgénero heterosexuales. Por ejemplo, la OPS (2016) indica que, aunque el cáncer cervicouterino es una enfermedad en gran parte prevenible, es una de las principales causas de muerte por cáncer entre las mujeres de todo el mundo. No hay ninguna distinción en ningún documento analizado entre personas cisgénero o trans y, además, hay un sesgo heterocentrado que da por sentadas las prácticas sexuales en estas mujeres. No encontré ninguna mención a procedimientos que pudieran recibir hombres trans o algunas personas no binarias en caso de encontrarse lesiones precancerosas en el cuello del útero, ni menciones del riesgo que supone el VPH o el Cacú para mujeres cisgénero lesbianas o bisexuales.

En las entrevistas con funcionariado, epidemiólogos/os y personal médico salió a relucir tal percepción. Una funcionaria dijo: “creo que sería bueno tener una política que incluya a los hombres trans para atender Cacú, aunque no sé si eso sea realizable, porque las mujeres son las más afectadas”.

El trabajo de campo en hospitales fue complejo. En la mayoría de las ocasiones, cuando el personal de medicina general y ginecología escuchaba que laboro en la UNAM, asentían con cara de aprobación y mostraban interés por saber sobre mi investigación; posteriormente, cuando comenté que laboro en un centro de estudios de género, vino la cara de rechazo y duda.

12% se debió a tumor maligno del colon, recto y ano, seguido por los de estómago (10%) y los de tráquea, bronquios y pulmón (8%)” (2021: 9). Alguno de estos casos de cáncer podrían estar relacionados con el VPH, información no disponible.

Después de conseguir el contacto del director de Ginecología de uno de los hospitales públicos con mayor prestigio en la Ciudad de México y pactar una cita para platicar sobre la posibilidad de realizar mi trabajo de campo allí, me dijo que la categoría *género* no tiene sentido porque es sinónimo de *sexo* y este es el que en realidad impacta en la salud, por lo que no entendía a qué me refería cuando decía que quiero ver cómo influye el género en la atención biomédica a este padecimiento. Después, me dijo que su hospital está abierto a entender la diversidad sexual y que tienen protocolos para personas no hetero, pues atienden a todo tipo de gente. Enseguida, aconteció el siguiente diálogo:

E: ¿Entonces también brindan atención a varones trans?

Médico: Sí, claro, aquí viene gente de todo tipo. De hecho, tenemos el protocolo que te comento sobre hombres que tienen sexo con hombres. Tomamos muestra anal. El VPH también está ahí.

E: No, me refiero a hombres trans, o sea a...

Médico [interrumpe]: Ah, claro, estamos pensando en un protocolo para mujeres lesbianas.

E: No, disculpe, me refiero a hombres trans, o sea a hombres con útero, que nacieron y les impusieron la categoría mujer, pero que se asumen como hombres en la actualidad.

Médico: No te confundas, la biología es la biología, no entiendo lo que me quieres decir, pero las mujeres son las que tienen útero, son las únicas a las que obviamente les puede dar este tipo de cáncer y ya te dije que tenemos más protocolos para las otras personas [termina la entrevista y no me permite realizar trabajo de campo en el hospital porque considera que mi protocolo está desactualizado].

Aunque encontré a personal de salud sensibilizado en género, persisten nociones que culminan por responsabilizar a las mujeres cisgénero. Una médica y dos epidemiólogos señalaron en entrevistas que las estrategias farmacológicas y tecnocientíficas (vacunas, imagenología, etcétera) están disponibles para las mujeres cisgénero “para empoderarlas, puesto

que el VPH es un padecimiento cuya causa principal son las desigualdades de género y, después, el ingreso económico”. Esto implica, por una parte, que afecta más a las mujeres pobres, y, por otra, que “el machismo influye en las prácticas sexuales que tienen sus esposos fuera del contexto de monogamia pactado” (como comentó un epidemiólogo). No obstante, el uso de alternativas farmacológicas contribuye a que en ellas se exacerbén procesos de responsabilización y culpabilización por vivir con este virus. Como agregan Luna y colaboradoras, el Cacú

se produce al ser convertido su alojamiento en estos cuerpos, en una pertenencia biológica adherida a la definición de género y un rasgo social más de lo que involucra ser mujer. Esto quiere decir que el cáncer es de “ellas”, a pesar de que su presencia requiera de la transmisión del virus del papiloma humano (VPH) durante el contacto sexual y que, por lo tanto, podrían ser involucrados en su atención ambos sexos (2013: 101).

Otro rasgo a señalar se relaciona con los usos de la perspectiva de género, la cual emergió en las entrevistas como un mecanismo gubernamental que forma parte de las políticas públicas y los programas de atención para que contribuyan a aminorar las dificultades mencionadas. En entrevistas con funcionariado, así como en los textos analizados, sobresalió que el género es considerado como equivalente a las problemáticas que experimentan solo las mujeres cisgénero; se trata de una noción feminista proveniente de la segunda ola que asume el sexo como “diferencias [binarias] biológicas universales”, pues “los roles y las normas de género interactúan con las diferencias biológicas y otros determinantes sociales” que influyen en la salud de las mujeres, como indica un documento de la Secretaría de Salud (Ssa 2015).¹⁰

¹⁰ Para la OPS, “por integración de la perspectiva de género se entiende el proceso sistemático de comprender las cuestiones de género y tenerlas en cuenta en el diseño, la aplicación y la evaluación de todas las políticas y programas para llegar a las mujeres, especialmente las más desfavorecidas” (2016: 8-9).

La cis-heterosexualización de la atención biomédica se hace presente para responsabilizarlas de un padecimiento que no se adquiere en solitario.¹¹ Rail y colaboradoras agregan que la biomedicina contribuye a que las mujeres sean representadas como “vulnerables, peligrosas y como una amenaza de contagio de una ITS” (2018: 626).

La ausencia de hombres cisgénero con prácticas hetero

A pesar de que los varones también fallecen por tumores malignos asociados a VPH (INEGI 2021), brillan por su ausencia en las políticas y los programas de atención relacionados con este virus. La cis-heterosexualización de la biomedicina se hace presente al no tomarlos en cuenta en programas sanitarios, lo que mantiene dos efectos paradójicos: por un lado, les otorga una dispensa de su involucramiento en la transmisión y atención del virus; por el otro, al no ser considerados, los estragos de este virus en ellos no son atendidos, pese a que, por ejemplo, la OPS sugiere que “las estrategias de extensión deben llegar a las niñas y las mujeres, pero también a los hombres, los muchachos y los líderes comunitarios y principales interesados directos, y deben conseguir que todos ellos participen” (2016: 4).

El Plan de Acción sobre la Prevención y el Control del Cáncer Cervicouterino 2018–2030 (OPS/OMS 2019) agrega que los estados miembros deberán “fortalecer y ejecutar iniciativas de educación y concientización sobre la prevención de la infección por VPH y el cáncer cervicouterino en las niñas, los niños y las poblaciones prioritarias”. En México, hasta el momento, estas sugerencias han sido tomadas de manera escueta. Solo encontré una mención a los hombres (nótese

¹¹ En otro texto analizo cómo la relación género-vulnerabilidad en documentos que dieron pie a políticas públicas de atención al VPH y al Cáncer en México reifica roles de género asociados con las mujeres (Torres Cruz 2022). En uno más (Torres Cruz 2023) desarrollo los usos de dicha relación para responsabilizar a las mujeres mediante intervenciones tecnocientíficas, pues en el esquema gubernamental mexicano, la vacuna preventiva está disponible únicamente para ellas.

que la categoría “hombre” hace referencia a varones cisgénero hetero) en la Norma Oficial NOM-014-SSA2 (Ssa 1994), la cual indica que “la promiscuidad de la pareja” debe ser considerada como factor de riesgo para adquirir Cacú, refiriéndose a que estos varones pueden tener múltiples parejas sexuales.

Indagué al respecto en las entrevistas con el funcionariado y sobresalió la siguiente respuesta a la pregunta de cómo se entienden el género y la perspectiva de género:

La perspectiva de género se refiere a considerar el significado que las sociedades dan al hecho de ser hombre o mujer en su carácter de seres masculinos o femeninos. Cabe aclarar que un enfoque de género no contempla exclusivamente a las mujeres, incorpora a los hombres y las relaciones que se establecen entre ambos. El enfoque reconoce que existen más distinciones socialmente construidas entre mujeres y hombres que afectan diferencialmente su salud y su respectiva posición dentro del sistema de salud (coordinadora de políticas públicas en salud sexual).

Otra respuesta sobresaliente se dio cuando cuestioné de manera directa el papel de los hombres cisgénero hetero en la atención biomédica al VPH:

La participación de los hombres en la prevención de la infección por VPH es de total relevancia para su prevención y juegan un papel clave, por ejemplo, desde el trabajo en la concientización del uso de condones para evitar ITS. Por otro lado, el modelo masculino hegemónico limita el libre ejercicio del derecho de las mujeres a la salud. La masculinidad es un esquema de género a través del cual las sociedades reglamentan una serie de creencias acerca de cómo deben ser los hombres y lo que pueden hacer, por lo que para abonar en la prevención del VPH y del Cacú es importante fomentar el autocuidado y las masculinidades saludables, esto significa: promover roles de género más flexibles que favorezcan la salud a través de la educación; disociar la masculinidad de la dureza, el honor, el control, el dominio, la agresión o la competitividad; aprender

a reconocer el dolor y las angustias, a expresar los sentimientos y pedir ayuda, buscando activamente apoyo/consejo; aprender a cuidar y cuidarse a través de la corresponsabilidad y las paternidades responsables (funcionaria pública).

Si bien se tiene en cuenta la relevancia de entender el género desde su dimensión relacional —al menos en la enunciación que recuperan estos fragmentos de entrevistas— así como desde su papel en el modelo hegemónico de masculinidad y sus efectos en la salud de las mujeres y los varones, no fue reconocido ningún elemento específico del trabajo que estén realizando con hombres, ni siquiera en el campo de la educación sexual. En varias pláticas con personal médico, me llama la atención que, cuando preguntaba por los hombres, las respuestas solían volver a las mujeres. En una ocasión, incluso, alguien señaló que se debe trabajar solo con mujeres, pues son las más afectadas.

El conocimiento teórico en género y estudios de las masculinidades sobre estos problemas no ha sido llevado a cabo de manera empírica en trabajo con varones. No encontré materiales de difusión sobre sexualidad, ITS, ni sobre el papel de estos hombres en la transmisión del VPH.

La omisión de los hombres cisgénero se refleja en el esquema preventivo de vacunación que ofrece la Secretaría de Salud, dirigido únicamente a niñas de 11 años. Los hombres quedan fuera de cualquier práctica concreta de intervención biomédica, a pesar de las investigaciones que llevan a cabo protocolos de vacunación para ellos y promueven su inclusión en el esquema gubernamental (Aranda-Flores 2015, Posso 2017, Pacheco-Domínguez *et al.* 2019).

Varias investigaciones (Charlton *et al.* 2017, Reiter y McRee 2017, Vergara 2018) han dado cuenta de que las personas LGBTTIQ+ no han sido consideradas a nivel mundial en los programas ni en las políticas públicas de atención sanitaria al VPH, lo que las posiciona en condiciones de vulnerabilidad puesto que son proclives a adquirir este virus y, en algunos casos, presentar cáncer. La Secretaría de Salud creó un

protocolo de atención médica sin discriminación para estas personas, donde se indica que:

En cuanto a las personas lésbico, gay, bisexual, transexual, travesti, transgénero e intersexual, así como las demás que integran una diversidad de expresiones sexuales no normativas (LGBTTI), es pertinente reconocer que se siguen reproduciendo desigualdades y barreras para el acceso efectivo a los servicios de salud. En México las personas LGBTTI confrontan el estigma y la discriminación de manera cotidiana, tanto en la sociedad en general como en los espacios específicos de atención a la salud (Ssa 2020: 13).

Sin embargo, para el caso del VPH aún no hay políticas públicas ni programas de atención focalizados en estas poblaciones.

La invisibilización de las mujeres cisgénero lesbianas

La cis-heterosexualización de la biomedicina contribuye a que las mujeres cisgénero lesbianas (y otras mujeres con prácticas sáficas, como las bisexuales) queden invisibilizadas y aisladas de la oferta de atención biomédica del VPH (y, de hecho, de cualquier ITS). Se vuelven ininteligibles para las políticas públicas y los programas de atención. Karina Vergara agrega que, cuando estas mujeres solicitan atención ginecológica, suelen ser discriminadas, puesto que sus prácticas sexuales/deseos “pone[n] en tensión la construcción social de mujer en el orden heteropatriarcal y en el biologismo imperante en la biomedicina sobre lo que deben ser y para qué sirven los cuerpos de las mujeres” (2018: 18-19).

En el trabajo de campo, cuando pregunté al funcionariado al respecto, la primera respuesta fue el silencio, después me remitieron al Centro Nacional para la Prevención y el Control del VIH y el sida (Censida), organismo gubernamental que se encarga de la atención de ITS, pero que no tiene ningún programa para VPH. En casi todas las entrevistas con el personal médico pude apreciar que se mantie-

ne un sesgo heterocentrado y androcéntrico cuya idea subyacente es que resulta innecesario generar investigación o programas que se enfoquen en estas mujeres porque en esta población no hay prevalencias elevadas de ITS, entre otras cosas, “porque no mantienen prácticas penetrativas que lesionen tejido epitelial y que permita la entrada de tipos del VPH cancerígenos”, como comentó un entrevistado. Esta óptica desconoce los tipos de prácticas sexuales que mantienen estas mujeres, así como sus riesgos asociados. Sin la figura del varón en la sexualidad, las mujeres lesbianas experimentan segregación, violencia y discriminación por parte de la biomedicina.

En la revisión de los textos consultados para esta investigación solo encontré alusiones a estas mujeres en la Guía Protocolizada para la Atención de Mujeres Lesbianas y Bisexuales del Protocolo de Atención Médica sin Discriminación a las Personas LGTBTTIQ+:

Los responsables de los establecimientos promoverán la difusión de materiales informativos sobre la salud sexual y reproductiva que estén orientadas a la atención de mujeres lesbianas y bisexuales, así como los factores de riesgo vinculados a este grupo de población [...] Deberán promover un enfoque de salud sexual y reproductiva que incluya las particularidades de la atención de estas mujeres (Ssa 2020: 46).

Estas acciones no se han llevado a cabo hasta el momento. Asimismo, la única mención explícita al Cacu en la guía es la siguiente: “Las instituciones deberán promover investigaciones sobre salud sexual y reproductiva en la comunidad de mujeres lesbianas y bisexuales incorporando líneas de trabajo como la promoción de servicios de salud efectivos, esquemas para favorecer la detección de cáncer de mama y cervicouterino, entre otros” (Ssa 2020: 48).

En la práctica clínica en la Ciudad de México, como rescata Alethia Guerrero (2020), el personal de salud suele dar por sentada la heterosexualidad en las prácticas e identidades de las mujeres, sin consultarles antes de la revisión ginecológica cuál es su orientación sexual o con quién(es) tienen prácticas sexuales. Claudia Navarro y colabo-

radoras (2016) agregan que el heterosexismo y la lesbofobia retrasan el diagnóstico y el tratamiento, e impiden el acceso a los servicios de salud de las mujeres cisgénero lesbianas y bisexuales.

La falta de reconocimiento del VPH en los varones cisgénero con prácticas homoeróticas

La cis-heterosexualización de la biomedicina contribuye a que no sea reconocido, ni en políticas públicas ni en programas de atención sanitaria, el problema de salud pública que representa el VPH entre esta población, aunque muchos casos de cáncer anal derivan del virus (Torres-Ibarra *et al.* 2014, Hinojos-Armendáriz *et al.* 2016, Posso *et al.* 2018, Monteiro *et al.* 2019).

Steven Epstein agrega que no hay un énfasis biomédico en el cáncer anal porque ha sido un tema estigmatizado entre el personal médico y la sociedad. Esto se debe a dos factores: “el de las desigualdades en el sector salud y el de la lucha por la igualdad sobre la base de la identidad sexual”. Es decir, en este caso hay un vínculo “entre un grupo médicamente marginado, un órgano socialmente ‘invisible’ (el ano) y una práctica socialmente estigmatizada (el sexo anal, tanto en prácticas heterosexuales como en homosexuales)” (2010: 63).

Prevenir y atender el cáncer anal, que presenta altas tasas de prevalencia tanto entre varones cisgénero con prácticas homoeróticas como entre personas con prácticas hetero, sería incluso benéfico para los sistemas de salud en términos de costo-efectividad; por ejemplo, implementar la prueba de Papanicolau anal sería un mecanismo que ayudaría a detectarlo y atenderlo adecuadamente. El estigma en torno a las prácticas sexuales anales y el abandono médico se funden para generar procesos de ininteligibilidad.

Algunas investigaciones dan cuenta de la prevalencia del VPH en varones cisgénero con prácticas homoeróticas. En Chihuahua, un estudio que aplicó un cuestionario a 104 de estos varones, así como una toma de muestra de epitelio anal (PCR) entre 2012 y 2014, destaca que “se determinó que los tipos de VPH más frecuentes son 16 (20%) —de

alto riesgo—, 73 (20%) y 45 (20%), los no oncogénicos fueron el 11 (36%), 62 (28%) y 6 (12%). Se destaca que los hombres que tienen sexo con hombres menores de 30 años presentaron una mayor prevalencia de VPH” (Hinojos *et al.* 2016: 62). Además, de acuerdo con este estudio, los varones con prácticas homoeróticas que viven con VIH son más susceptibles a adquirir VPH (Hinojos *et al.* 2016). En un estudio similar llevado a cabo entre estos varones en la Ciudad de México, se realizaron pruebas PCR del VPH a 525 varones que viven con VIH; en los resultados se encontró una prevalencia de VPH de 93.1%, de la cual 72.2% incluía cepas de alto riesgo que suelen derivar en cáncer (Torres-Ibarra *et al.* 2014).

Respecto a los documentos analizados, el único que habla de las necesidades en salud de estos varones es la Guía Protocolizada para la Atención de los Hombres Gay y Bisexuales del Protocolo de Atención Médica sin Discriminación a Personas LGTBTTIQ+, la cual indica que “es importante que los profesionales de la salud reconozcan que los hombres gay y bisexuales pueden tener necesidades en materia de atención para la salud diferentes respecto de los de hombres que mantienen relaciones sexuales exclusivamente con mujeres” (Ssa 2020: 51). Esta guía insta a los servicios de salud a “avanzar en políticas sanitarias contra el VPH en varones” (Ssa 2020: 51), lo cual no se ha materializado. En las entrevistas, la única mención a estas personas se refería a algunos protocolos epidemiológicos que se llevan a cabo para determinar la prevalencia del virus en esta población.

La inexistencia de las personas trans

Las personas trans (binarias y no binarias, independientemente de su orientación sexual) no son contempladas, de manera explícita, en la atención biomédica al VPH. El gobierno mexicano no ha considerado la categoría “trans” como dimensión identitaria para generar programas o políticas públicas de atención biomédica a sus padecimientos. En el área de la salud sexual, organismos de salud locales terminan por aglutinar a las mujeres trans en el conteo de “hombres que tienen sexo con

hombres” y a los hombres trans en el grupo de “mujeres” (cisgénero); las personas no binarias son acomodadas en estas categorías a partir de su genitalidad, lo que refleja no solo la falta de interés en el reconocimiento a estas personas, sino también un sesgo heterocentrado que contribuye a exacerbar la desigualdad en salud sexual.

Pregunté a integrantes del funcionariado si consideran que es necesario atender otros tipos de cáncer asociados al VPH, como el anal, bucal, faríngeo o de pene, entre personas trans, y la respuesta fue:

Totalmente, pero para que eso suceda se debe modificar las normas existentes en salud, para que se haga referencia a los tipos de cánceres que se mencionan, sumando campañas de difusión y promoción de la atención de las personas. En la actualización de las normas oficiales que se están elaborando de cáncer de mama y cuello uterino, ya se está considerando a las personas trans, siendo importante para marcar precedentes para que cambien otras normatividades, para que con ello no se vulneren derechos. Se sabe del protocolo de la atención a personas LGTBTTIQ+, pero falta capacitación en los establecimientos de salud (persona que labora en programas de atención a Cacu).

El único documento analizado que menciona de manera explícita a las personas trans (binarias) es la Guía Protocolizada para la Atención de Personas Transgénero del Protocolo de Atención sin Discriminación a las Personas LGTBTTIQ+, el cual cuenta con “una serie de acciones para reforzar la atención médica de las personas transgénero (Trans), que debe observar el personal de atención médica y paramédica en los establecimientos que conforman el Sistema Nacional de Salud” (Ssa 2020: 52).

En este documento solo se habla de salud sexual de la siguiente manera: “En la prestación de servicios de atención médica, es importante conformar esquemas de prevención ante factores de riesgo específicos de la población Trans, como la adquisición de ITS, incluyendo el VIH” (Ssa 2020: 53). Por lo demás, este documento indica que “los responsables de los establecimientos promoverán la difusión de

materiales informativos sobre la salud sexual, reproductiva y prevención de factores de riesgo vinculados a este grupo de población” (Ssa 2020: 55). No hay mención al VPH o al Cacú entre estas poblaciones.

En el ámbito académico encontré dos trabajos: uno realizado en Italia, el cual realizó pruebas de detección de este virus a 35 mujeres y hombres trans y encontró una prevalencia de 40% de casos reactivos, de los cuales el 93% fueron oncogénicos en áreas anogenitales, por lo que se sugiere la vacunación a edades tempranas (Loverro *et al.* 2016). El otro, llevado a cabo en Argentina, reclutó a 119 mujeres trans que se dedican al trabajo sexual, a quienes les realizaron pruebas PCR cuyos resultados arrojaron una prevalencia de VPH de 97.4% en zona anal en general, y 82.5% de casos de alto riesgo (Ramos Farías *et al.* 2011).

CONCLUSIONES

La cis-heterosexualización de la atención al VPH y al Cacú opera en nuestros días de maneras complejas mediante el ensamblaje de la matriz heterosexual (Butler 2001) con la biomedicina (Rose 2007; Clarke *et al.* 2003, 2010; Löwy 2011). En México, los procesos de normalización biomédica de ópticas binarias de sexo/género/deseo en unión con el auge de la industria farmacéutica tienen repercusiones para todas las personas: para las mujeres cisgénero hetero, a partir de su responsabilización de un padecimiento que se adquiere en conjunto; para los hombres cisgénero hetero, su ausencia en políticas y programas de atención biomédica repercute en un tipo de dispensa en la atención al virus, al tiempo que afecta su salud; respecto a las personas LGTBTTIQ+, gracias a la cis-heterosexualización de la biomedicina, las mujeres cisgénero lesbianas quedan invisibilizadas en la atención a este padecimiento, los varones cisgénero con prácticas no hetero no reciben el reconocimiento de la causalidad VPH-cáncer anal, y las personas trans, independientemente de su orientación sexual, son inexistentes. Es necesario realizar esfuerzos para visibilizar los estragos de la cis-heterosexualización de la

atención a este virus y abogar por políticas públicas y programas sanitarios más inclusivos.

Así, la concentración en las mujeres cisgénero, más allá de responsabilizarlas, contribuye a la nula atención (falta de reconocimiento de la causalidad VPH-cáncer) de los varones cisgénero con prácticas hetero y homo, y en el resto de personas a la invisibilización (falta de reconocimiento de la causalidad VPH-cáncer y la anulación de sus identidades, prácticas, y necesidades de salud).

Esta investigación es apenas un esbozo muy general sobre la cis-heterosexualización del VPH; hace falta profundizar en más temas (por mencionar un ejemplo, lo que sucede con las personas bisexuales). Es importante reconocer el avance del gobierno mexicano al incorporar un protocolo que instruya sobre la atención médica a personas LGTBTTIQ+ sin discriminación. Empero, hace falta que llegue a las prácticas del personal de salud y a realizar investigaciones que hagan un análisis discursivo en torno al entendimiento del género, la sexualidad, la orientación sexual y la salud entre estas poblaciones.

También hacen falta trabajos que detallen cuáles son las implicaciones subjetivas de padecer este virus o algún tipo de cáncer derivado de él, pues, como indican Laura Mamo y Steven Epstein, “a pesar de las diferencias en las características materiales de estos virus y sus cánceres asociados, encontramos una tendencia constante a la evidencia de transmisión sexual para generar ideas tanto familiares como renovadas sobre la enfermedad y las identidades estigmatizadas” (2017: 383). Se torna crucial extender la explicación teórica propuesta y hacer un rastreo que permita ver si las recientes iniciativas gubernamentales, así como el activismo, permitirán combatir la cis-heterosexualización de la biomedicina contemporánea.

REFERENCIAS

Agudo, Alejandro. 2015. “La vida social de los documentos de las políticas públicas”, *Nueva Antropología*, vol. 28, núm. 83, pp. 123-146.

- Aranda-Flores, Carlos Eduardo. 2015. “Infección por el virus del papiloma humano en varones”, *Ginecología y Obstetricia de México*, vol. 83, núm. 11, pp. 697-706.
- Arellano, María del Carmen y María del Carmen Castro. 2013. “El estigma en mujeres diagnosticadas con VPH, displasia y cáncer cervicouterino en Hermosillo, Sonora”, *Estudios Sociales*, vol. 21, núm. 42, pp. 259-278.
- Berlant, Lauren y Michael Warner. 1998. “Sex in Public”, *Critical Inquiry*, núm. 24, pp. 547-566.
- Butler, Judith. 2001. *El género en disputa. El feminismo y la subversión de la identidad*, Ciudad de México, Paidós/Programa Universitario de Estudios de Género-Universidad Nacional Autónoma de México.
- Charlton, Brittany, Sari L. Reisner, Madina Agénor, Allegra R. Gordon, Vishnudas Sarda y Sydney Bryn Austin. 2017. “Sexual Orientation Disparities in Human Papillomavirus Vaccination in a Longitudinal Cohort of U.S. Males and Females”, *LGBT Health*, vol. 4, núm. 3, pp. 202-209.
- Ceballos, Carolina, Jesús Acosta Peñaloza, Adriana Díaz del Castillo, Sandra Tovar Murillo y Hernando Salcedo Fidalgo. 2009. “Efectos psicológicos y sociales que genera la prueba del virus del papiloma humano: un estudio exploratorio”, *Revista Colombiana de Cancerología*, vol. 13, núm. 3, pp. 145-56. [https://doi.org/10.1016/S0123-9015\(09\)70133-7](https://doi.org/10.1016/S0123-9015(09)70133-7)
- Clarke, Adele E., Janet K. Shim, Laura Mamo, Jennifer Ruth Fosket y Jennifer R. Fishman. 2003. “Biomedicalization: Technoscientific Transformations of Health, Illness, and U.S. Biomedicine”, *American Sociological Review*, vol. 68, núm. 2, pp. 161-194. <https://doi.org/10.2307/1519765>
- Clarke, Adele E., Janet K. Shim, Laura Mamo, Jennifer Ruth Fosket y Jennifer R. Fishman. 2010. “Biomedicalization: A Theoretical and Substantive Introduction”, en Adele Clarke *et al.* (comps.), *Biomedicalization: Technoscience, Health, and Illness in the U. S.*, Durham y Londres, Duke University Press, pp. 1-47.
- Charmaz, Kathy. 2017. “The Power of Constructivist Grounded Theory for Critical Inquiry”, *Qualitative Inquiry*, vol. 23, núm. 1, pp. 34-45.
- Costa Pereira, Kássia, Thais Benvindo Assunção, Laiana Kátia Silvina de Sousa y Milena France Alves Cavalcante. 2011. “Conhecimento de mulheres

- em idade fértil sobre o papiloma vírus humano”, *Enfermagem em Foco*, vol. 2, núm. 3, pp. 164-166.
- Denzin, Norman K. 2012. “Triangulation 2.0.”, *Journal of Mixed Methods Research*, vol. 6, núm. 2, pp. 80-88.
- Epstein, Steven. 2010. “The Great Undiscussable. Anal Cancer, HPV, and Gay Men’s Health”, en Keith Wailoo *et al.* (comps.), *Three Shots at Prevention: The HPV Vaccine and the Politics of Medicine’s Simple Solutions*, Baltimore, Johns Hopkins University Press, pp. 61-90.
- Eroza, Enrique, Mónica Carrasco y Graciela Freyermuth. 2015. “El virus del papiloma humano y el cáncer cervicouterino desde la perspectiva de los Derechos Humanos: la voz de mujeres indígenas migrantes en Chiapas”, en Comisión Nacional de los Derechos Humanos (comp.), *El derecho a la protección de la salud de las mujeres indígenas en México. Análisis nacional y de casos desde una perspectiva de Derechos Humanos*, Ciudad de México, Comisión Nacional de Derechos Humanos, pp. 139-174.
- Fausto-Sterling, Anne. 2006. *Cuerpos sexuados. La política de género y la construcción de la sexualidad*, Barcelona, Melusina.
- Franco, Eduardo L. 2018. “Prevention of Cervical Cancer in Latin America: Future Challenges and Opportunities”, *Salud Pública de México*, vol. 60, núm. 6, pp. 609-611. <https://doi.org/10.21149/10071>
- Guerrero, Alethia. 2020. “El VPH y su devenir cáncer: algunos elementos para replantear su prevención desde los nuevos materialismos feministas”, tesis de maestría, Universidad Nacional Autónoma de México.
- Hinojos Armendáriz, Denisse A., Luz E. Palma-Cano, Verónica Moreno-Brito, Ángel Licón-Trillo, Norma A. Lora-Orduo, Nancy N. Carrera-Chávez, Víctor M. Santana-Rodríguez, Jorge Duque-Rodríguez e Irene Leal-Berumen. 2016. “Prevalencia de tipos de virus del papiloma humano en hombres que tienen sexo con hombres, en Chihuahua, México”, *Acta Universitaria*, vol. 26, núm. 5, pp. 62-69. <https://doi.org/10.15174/au.2016.1156>
- Hurtado-Salgado, Erika, Eduardo Ortiz-Panozo, Jorge Salmerón, Nenetzen Saavedra-Lara, Pablo Kuri-Morales, Eduardo Pesqueira-Villegas, Rufino Luna-Gordillo, Eduardo L. Franco, y Eduardo Lazcano-Ponce. 2019. “Use of HPV Testing in Cervical Cancer Screening Services in Mexico,

- 2008-2018: A Nationwide Database Study”, *Salud Pública de México*, vol. 26, núm. 60, pp. 722-733. <https://doi.org/10.21149/9891>
- INEGI (Instituto Nacional de Estadística y Geografía). 2021. “Estadísticas a propósito del día mundial contra el cáncer”, Ciudad de México, Instituto Nacional de Estadística y Geografía e Informática. Disponible en <https://www.inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/aproposito/2021/cancer2021_Nal.pdf>.
- INEGI (Instituto Nacional de Estadística y Geografía). 2023. “Estadísticas de defunciones registradas de enero a junio de 2022”, Ciudad de México, Instituto Nacional de Estadística y Geografía e Informática. Disponible en <<https://www.inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/boletines/2023/DR/DR-Ene-jun2022.pdf>>.
- Lazcano-Ponce, Eduardo, Jorge Salmerón, Andrea González, Betania Allen-Leigh, Leith León-Maldonado, Carlos Magis, Carlos Aranda-Flores, Carlos Conde-González, Alejandra Jalil Portillo-Romero, Elsa Yunes-Díaz, Leonor Rivera-Rivera, Galileo Vargas, Alan G. Nyitray y Anna R. Giuliano. 2018. “Prevention and Control of Neoplasms Associated with HPV in High-Risk Groups in Mexico City: The Condesa Study”, *Salud Pública de México*, vol. 60, núm. 6, pp. 703-712.
- Lazcano-Ponce, Eduardo, Leticia Torres-Ibarra, Aurelio Cruz-Valdez, Jorge Salmerón, Tonatiuh Barrientos-Gutiérrez, Javier Prado-Galbarro, Margaret Stanley, Nubia Muñoz, Rolando Herrero y Mauricio Hernández-Ávila. 2019. “Persistence of Immunity When Using Different Human Papillomavirus Vaccination Schedules and Booster-Dose Effects 5 Years after Primary Vaccination”, *The Journal of Infectious Diseases*, vol. 219, núm. 1, pp. 41-9. <https://doi.org/10.1093/infdis/jiy465>
- López, Oliva. 1998. *Enfermas, mentirosas y temperamentales: la concepción médica del cuerpo femenino durante la segunda mitad del siglo XIX en México*, Ciudad de México, Ceapac.
- López, Oliva. 2010. *El dolor de Eva. La profesionalización del saber médico en torno al cuerpo femenino en la segunda mitad del siglo XIX en México*, Ciudad de México, Facultad de Estudios Superiores Iztacala-Universidad Nacional Autónoma de México.

- Loverro, Giuseppe, Edoardo Di Naro, Anna Maria Caringella, Anna Lisa de Robertis, Daniela Loconsole y Maria Chironna. 2016. "Prevalence of Human Papillomavirus Infection in a Clinic Sample of Transsexuals in Italy", *Sexually Transmitted Infections*, vol. 92, núm. 1, pp. 67-69. <https://doi.org/10.1136/sextrans-2014-051987>
- Löwy, Ilana. 2011. "Historiography of Biomedicine: 'Bio', 'Medicine', and In Between", *Isis, The History of Science Society*, vol. 102, núm. 1, pp. 116-122. <https://doi.org/10.1086/658661>
- Luna, Mónica, Horacia Fajardo y Georgina Sánchez. 2013. "Cáncer cervicouterino, ¿enfermedad femenina o feminización de la enfermedad?", en Aurelia Flores y Adelina Espejel (comps.), *Género y desarrollo. Problemas de la población I*, Tlaxcala, Universidad Autónoma de Tlaxcala, pp. 89-114.
- Mamo, Laura y Steven Epstein. 2017. "The New Sexual Politics of Cancer: Oncoviruses, Disease Prevention, and Sexual Health Promotion", *Bio-Societies*, núm. 12, pp. 367-391. <https://doi.org/10.1057/biosoc.2016.10>
- Monteiro, Bruna Karoline, José Gilmar Costa-Santos, Milena Mauricio-Maia, Djenal Nunes de Freitas, Jose Rodrigo Santana-Silveira, Thayana Santos de Farias y Julia Maria Gonçalves-Dias. 2019. "Papilomavírus humano em região anal: revisão de literatura", *Revista Médica de Minas Gerais*, núm. 29, pp. e27. <http://dx.doi.org/10.5935/2238-3182.20190026>
- Navarro-Corona, Claudia, Tania Sánchez, Olivia Guerrero, Cintia Cruz, Cristina Herrera, y Patricia Castañeda. 2016. "Mujeres diversas: experiencias de opresión y resistencia en el ámbito de la salud sexual", *Psicología Iberoamericana*, vol. 24, núm. 2, pp. 44-52.
- Nascimento, María Vanária, Iael Souza, Maria do Socorro Meireles de Deus y Ana Paula Peron. 2013. "O que sabem os adolescentes do ensino básico público sobre o HPV", *Semina: Ciências Biológicas e da Saúde*, vol. 34, núm. 2, pp. 229-238. <https://doi.org/10.5433/1679-0367.2013v34n2p229>
- OMS (Organización Mundial de la Salud). 2020. Papilomavirus humanos (PVH) y cáncer cervicouterino, Ginebra, Organización Mundial de la Salud. Disponible en <[https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/human-papillomavirus-\(hpv\)-and-cervical-cancer](https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/human-papillomavirus-(hpv)-and-cervical-cancer)>.

- OPS (Organización Panamericana de la Salud). 2016. Control integral de cáncer cervicouterino. Guía de prácticas esenciales, Washington, Organización Panamericana de la Salud. Disponible en <<https://www.who.int/reproductivehealth/publications/cancers/cervical-cancer-guide/es/>>.
- OPS (Organización Panamericana de la Salud) y OMS (Organización Mundial de la Salud). 2019. Plan de Acción sobre la Prevención y el Control del Cáncer Cervicouterino 2018-2030, Washington, Organización Panamericana de la Salud. Disponible en <<https://www.paho.org/es/documentos/plan-accion-sobre-prevencion-control-cancer-cervicouterino-2018-2030>>.
- Pacheco-Domínguez, Reyna Lizette, Ramón A. Durazo-Arvizu, Angélica López-Hernández, Jesica Figueroa-Padilla, Julia Berenice Ramírez-González y Malaquías López-Cervantes. 2019. “Seroprevalence of HPV Serotypes 6, 11, 16 and 18 in Unvaccinated Children from Mexico City”, *Epidemiology & Infection*, núm. 147, pp. e257. <https://doi.org/10.1017/S0950268819001341>
- Parrini, Rodrigo. 2013. “Políticas híbridas. Mimesis, justicia y abyección en los colectivos minoritarios”, en Lucía Raphael y María Teresa Priego (coords.). *Arte, justicia y género*, Ciudad de México, Suprema Corte de Justicia de la Nación/Editorial Fontamara, pp. 35-64.
- Posso, Héctor, Leith León-Maldonado, Betania Allen-Leigh, Jorge Salmerón, Manuel Quiterio, Anna R. Giuliano, Staci L. Sudenga, Alan G. Nyitray, B. Nelson Torres, Martha Abrahamsen y Eduardo Lazcano-Ponce. 2018. “Prevalence and Incidence of Anal Human Papillomavirus Infection in Mexican Men: Need for Universal Prevention Policies”, *Salud Pública de México*, núm. 60, pp. 645-652. <https://doi.org/10.21149/8454>
- Preciado, Paul B. 2020a. *Manifiesto contrasexual*, Barcelona, Anagrama.
- Preciado, Paul B. 2020b. *Testo Yonqui. Sexo, drogas y biopolítica*, Barcelona, Anagrama.
- Radi, Blas. 2020. “Notas (al pie) sobre cisnormatividad y feminismo”, *Ideas. Revista de Filosofía Moderna y Contemporánea*, vol. 5, núm. 11, pp. 23-36.
- Radi, Blas, Alahí Bianchini e Ignacio Mastroleo. 2022. “Cisnormatividad, un compromiso dañino en el diseño de las investigaciones en salud huma-

- na”, *Sexualidad, Salud y Sociedad. Revista Latinoamericana*, núm. 38, pp. 1-14. <http://doi.org/10.1590/1984-6487.sess.2022.38.e22305.a>
- Rail, Geneviève, Luisa Molino, Caroline Fusco, Moss Edward Norman, LeAnne Petherick, Jessica Polzer, Fiona Moola y Mary Bryson. 2018. “HPV Vaccination Discourses and the Construction of ‘At-Risk’ Girls”, *Canadian Journal of Public Health*, vol. 109, núm. 5, pp. 622-32. <https://doi.org/10.17269/s41997-018-0108-8>
- Ramos Farías, María S. dos, María Alejandra Picconi, María Noé García, Joaquín V. González, Jorge Basiletti, María de los Ángeles Pando y María Mercedes Ávila. 2011. “Human PapillomaVirus Genotype Diversity of Anal Infection Among Trans (Male to Female Transvestites, Transsexuals or Transgender) Sex Workers in Argentina”, *Journal of Clinical Virology*, vol. 51, núm. 2, pp. 96-99. <https://doi.org/10.1016/j.jcv.2011.03.008>
- Reiter, Paul L. y Annie-Laurie McRee. 2017. “HPV Infection among a Population-Based Sample of Sexual Minority Women from USA”, *Sexually Transmitted Infections*, vol. 93, núm. 1, pp. 25-31. <http://dx.doi.org/10.1136/sextrans-2016-052536>
- Rodríguez, Emanuel. 2021. “Etnografía de la vida social de los documentos”, en Betzabé Márquez y Emanuel Rodríguez (comps.), *Etnografías desde el reflejo: práctica-aprendizaje*, Ciudad de México, Facultad de Ciencias Políticas y Sociales-Universidad Nacional Autónoma de México, pp. 331-356.
- Rose, Nikolas. 2007. *The Politics of Life Itself*, Nueva Jersey, Princeton University Press.
- Sánchez-Alemán, Miguel A., Felipe Uribe-Salas y Carlos Conde-González. 2002. “La infección por el virus del papiloma humano, un posible marcador biológico de comportamiento sexual en estudiantes universitarios”, *Salud Pública de México*, vol. 44, núm. 5, pp. 442-447.
- Ssa (Secretaría de Salud). 1994. “Norma Oficial Mexicana NOM-014-SSA2-1994 para la prevención, detección, diagnóstico, tratamiento, control y vigilancia epidemiológica del cáncer cervicouterino”, Ciudad de México, Secretaría de Salud. Disponible en <<http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/nom/m014ssa24.html>>.

- Ssa (Secretaría de Salud). 2015. Programa de Acción Específico Prevención y Control del Cáncer de la Mujer 2013-2018, Ciudad de México, Secretaría de Salud. Disponible en <<https://www.gob.mx/salud/cnegr/documentos/programa-de-accion-especifico-prevencion-y-control-del-cancer-de-la-mujer-2013-2018-134126>>.
- Ssa (Secretaría de Salud). 2019. Guía para transversalizar la perspectiva de género en programas y acciones de la salud pública, Ciudad de México, Secretaría de Salud. Disponible en <<https://www.gob.mx/salud/cnegr/documentos/guia-para-transversalizar-la-perspectiva-de-genero-en-programas-y-acciones-de-salud-publica>>.
- Ssa (Secretaría de Salud). 2020. Protocolo para el Acceso sin Discriminación a la Prestación de Servicios de Atención Médica de las Personas Lésbico, Gay, Bisexual, Transexual, Travesti, Transgénero e Intersexual y Guías de Atención Específicas, Ciudad de México, Secretaría de Salud. Disponible en <https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/558167/Versi_n_15_DE_JUNIO_2020_Protocolo_Comunidad_LGBTI_DT_Versi_n_V_20.pdf>.
- Spurlin, William J. 2019. “Queer Theory and Biomedical Practice: The Biomedicalization of Sexuality/The Cultural Politics of Biomedicine”, *The Journal of Medical Humanities*, vol. 40, núm. 1, pp. 7-20.
- Torres Cruz, César. 2022. “Usos conceptuales del género y la vulnerabilidad en políticas públicas de atención al Virus del Papiloma Humano (VPH) y al Cáncer Cervicouterino (Cacu) en México”. *Saúde em Debate*, vol. 46, pp. 318-330. <https://doi.org/10.1590/0103-1104202213305>
- Torres Cruz, César. 2023. “Género, biomedicina y el virus del papiloma humano en México. Algunas complejidades sociotécnicas en la política pública de vacunación”, *MUSAS. Revista de Investigación en Mujer, Salud y Sociedad*, vol. 8, núm. 1, pp. 39-60. <https://doi.org/10.1344/musas2023.vol8.num1.3>
- Torres-Ibarra, Leticia, Carlos J. Conde-González, Jorge Salmerón, Joel Palefsky, Pilar Hernández-Nevarés, Miguel Ángel Sánchez-Alemán, Carlos Magis-Rodríguez y Eduardo Lazcano-Ponce. 2014. “Risk Factors for Anal HPV-16/18 Infection in Mexican HIV-Infected Men Who Have

Sex with Men”, *Preventive Medicine*, vol. 69, pp. 157-164. <https://doi.org/10.1016/j.ypmed.2014.09.011>

Torres-Poveda, Kirvis Janneth, Silvia Magali Cuadra-Hernández, Julieta Ivone Castro-Romero y Vicente Madrid-Marina. 2011. “La política focalizada en el programa de vacunación contra el Virus del Papiloma Humano en México: aspectos éticos”, *Acta Bioethica*, vol. 17, núm. 1, pp. 85-94. <http://dx.doi.org/10.4067/S1726-569X2011000100010>

Vergara, Karina. 2018. “Territorios insurrectos. Reflexiones de cinco lesbofeministas sobre experiencias en prácticas de medicina contrahegemónica ante el binomio Régimen Heterosexual/Modelo Médico Hegemónico en Abya Yala”, tesis de Doctorado, Universidad Autónoma Metropolitana, unidad Xochimilco.