

*La salud sexual y (no) reproductiva en debate: apuntes a partir de experiencias de mujeres lesbianas y bisexuales en la Ciudad de Buenos Aires**

Yasmín Amira Mertehikian**

Universidad Nacional de General Sarmiento, Argentina

Resumen: *En Argentina, la mayor parte de las políticas públicas se concentra en el cuidado de la salud anticonceptiva o reproductiva desde la presunción de heterosexualidad. La relación que las mujeres lesbianas y bisexuales establecen con los servicios de ginecología y obstetricia es un tema que ha sido poco indagado desde las ciencias sociales. Este trabajo tiene como objetivo analizar y comparar las prácticas de cuidado en torno a la salud sexual y reproductiva de jóvenes lesbianas y bisexuales de sectores medios y bajos y sus experiencias con los servicios de salud sexual y reproductiva. Se realizó una investigación cualitativa en base a doce entrevistas semi-estructuradas a jóvenes lesbianas y bisexuales de 18 a 29 años de sectores medios y bajos residentes en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Se concluye que la existencia de un sistema de salud que opera bajo la presunción de heterosexualidad restringe el acceso a la información en materia de prevención y de cuidado de la salud sexual y reproductiva de mujeres lesbianas y bisexuales. Frente a un Estado que no logra proveer servicios de atención adecuados, las mujeres entrevistadas despliegan una serie de estrategias individuales y colectivas para enfrentar dicha carencia.*

Palabras clave: *Sexualidad, reproducción, heteronormatividad, lesbianas, bisexuales, Argentina.*

**Debate about Mental and (Non) Reproductive Health:
Notes Based on Lesbian and Bisexual Women's
Experiences in the City of Buenos Aires**

Abstract: *In Argentina, most of public policies focus on contraceptive care or reproductive health on the basis of the presumption of heterosexuality. The relationship that lesbian and bisexual women establish with gynecology and obstetrics services is an issue that is understudied within the social sciences. The objective of this article is to analyze and compare care practices related to sexual and reproductive health of lesbian and bisexual women from middle and low sectors and their experiences with sexual and reproductive healthcare services. I developed a qualitative research, based on twelve semistructured interviews to lesbian and bisexual young women between 18 and 29 years of middle and low sectors of the City of Buenos Aires. I find that the existence of a health system that operates under the presumption of heterosexuality restricts lesbian and bisexual women to access to information related to prevention and care of sexual and reproductive health. In front of a State that fails to provide adequate care services, lesbian and bisexual women display a series of individual and collective strategies to address this deficiency.*

Keywords: *Sexuality, reproduction, heteronormativity, lesbian women, bisexual women, Argentina.*

* El presente artículo se enmarca en el proyecto de tesis para optar por el título de Magister en Ciencias Sociales, otorgado por la Universidad Nacional de General Sarmiento (UNGS) y el Instituto de Desarrollo Económico y Social (IDES) (Argentina). **Artículo recibido el 18 de noviembre de 2016, aprobado el 3 de marzo de 2017.**

**Licenciada en Sociología por la Universidad de Buenos Aires y becaria doctoral del Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas (CONICET). Actualmente se encuentra cursando la Maestría en Ciencias Sociales de la Universidad Nacional de General Sarmiento y el Instituto de Desarrollo Económico y Social. Se desempeña como asistente de investigación en el Departamento de Salud y Población y en el Grupo de Estudios sobre Sexualidades con sede en el Instituto de Investigaciones Gino Germani de la Facultad de Ciencias Sociales de la Universidad de Buenos Aires. Ha trabajado como asistente de investigación en el Observatorio de Género en la Justicia del Consejo de la Magistratura de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Ha obtenido becas del Ministerio de Salud y del Ministerio de Educación de la Nación Argentina. Ha participado como expositora en congresos nacionales e internacionales, y es autora del artículo “Enfoques sociológicos del concepto de género: aportes desde las teorías feministas” (Revista Argentina del Régimen de la Administración Pública, p. 451). E-mail: yasmin.mertehikian@gmail.com

Introducción

En Argentina el activismo LGBTI¹ logró el reconocimiento de derechos sexuales y (no) reproductivos a partir de introducir el debate en la agenda y el espacio público. De este modo, la legislación se modificó para dar mayor lugar a la pluralidad de prácticas e identidades sexuales (Libson, 2011). El avance en términos legislativos en Argentina ha sido único respecto de los derechos de casamiento entre personas del mismo sexo, los derechos relativos a parentalidades gays y lesbianas, y la ley de identidad de género. Así, el status social de la homosexualidad logró pasar no solamente de la no-discriminación, sino que también pudo obtener ciertos espacios de reconocimiento ciudadano a través del otorgamiento de derechos (Pecheny, 2001; citado en Libson, 2011).

A pesar del contexto actual de reconocimiento de derechos igualitarios y demandas, si bien en Argentina los programas de salud sexual y procreación responsable no discriminan –al menos de manera explícita– entre mujeres heterosexuales y no heterosexuales, la mayor parte de las políticas públicas se concentra en el cuidado de la salud anticonceptiva o reproductiva desde el marco de la presunción de heterosexualidad, por cuanto se enfocan directa o indirectamente sobre la población de madres o potenciales madres en el marco de relaciones coitales heterosexuales (Brown, 2006; Petracci y Ramos, 2006; Brown et al., 2007; Pozzio, 2011; Brown y Pecheny, 2012). Las mujeres lesbianas y bisexuales, cuyas prácticas sexuales –exclusivas o predominantes– son a priori no reproductivas, son implícitamente excluidas.

El objetivo general que guió la indagación fue analizar y comparar las prácticas de cuidado en torno a la salud sexual y reproductiva de jóvenes lesbianas y bisexuales de 18 a 29 años de sectores medios y bajos y sus experiencias con los servicios de salud sexual y reproductiva en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (CABA). Para ello, en el marco de un estudio cualitativo, realicé doce entrevistas semi-estructuradas a jóvenes lesbianas y bisexuales, buscando como criterio de inclusión que se hubieran hecho algún control ginecológico. Procuré que las mismas se distribuyeran en forma

equitativa según sector socioeconómico: entrevisté seis mujeres de sectores medios y seis mujeres de sectores bajos.

La hipótesis de trabajo sostenía que existen diferencias entre las jóvenes lesbianas y bisexuales de sectores medios y bajos que eligen consultar regularmente a servicios de salud sexual y reproductiva, y las que van pocas veces o nunca. Según esta hipótesis, las diferencias se deben principalmente a una diversidad en materia de orientación sexual, trayectoria sexual-afectiva-reproductiva, nivel socioeconómico y educativo; a una diferente representación social de los servicios de salud sexual y reproductiva en general y de los servicios de ginecología en particular (basada a su vez en la información de la que las mujeres disponen); y a las diferentes significaciones culturales atribuidas por estas mujeres a la salud, la sexualidad, la reproducción, la no reproducción, la anticoncepción y la maternidad.

La investigación permitió visibilizar diferentes aspectos y problemáticas de los modos en los que el sistema de salud actual (des)atiende a las necesidades de las jóvenes lesbianas y bisexuales como un fenómeno que excede a las diferencias socioeconómicas que existen entre ellas. En tal sentido, las particularidades que pudieran surgir como producto de las diferencias socioeconómicas de las entrevistadas, fueron atenuadas por la participación de las jóvenes de ambos sectores en grupos militantes feministas.

Existe escasa información acerca de la relación que las mujeres lesbianas y bisexuales tienen con el sistema de salud y, menos aún, en lo referido a los servicios de ginecología y obstetricia. La literatura científica en el campo de las ciencias sociales de la salud empezó a estudiar la salud de jóvenes LGBTI a partir de la epidemia del VIH/sida ligada a la visibilización de la vulnerabilidad de las parejas homosexuales. En la actualidad, casi toda la producción científica es en relación con dicha epidemia (Pecheny, 2013). Así, el impacto de la epidemia del VIH/sida condujo a que la problemática de las minorías sexuales se centrara sobre todo en la cuestión gay (Meccia, 2006; citado en Libson, 2011). De ahí que en los trabajos en los que se analizan los factores de riesgo para la infección

¹ Es decir, lesbianas, gays, bisexuales, transexuales e intersexuales.

por VIH y los factores psicosociales relacionados con el uso del condón, los gays, los bisexuales, los “hombres que tienen sexo con hombres”, y las trans hayan sido más abordados que las mujeres lesbianas y bisexuales (Pecheny, 2013). Así, pues, en la década del noventa las organizaciones de lesbianas quedaron relegadas en un segundo plano (Ortiz - Hernández, 2005; Facchini, 2005; Libson, 2011). Ahora bien, si aceptamos que desde los últimos años se ha producido un incremento de la epidemia en las mujeres y una creciente incidencia del VIH/sida en edades tempranas (Herrera y Campero, 2002; Faur y Gherardi, 2005), resulta necesario profundizar en el conocimiento de las experiencias de las jóvenes lesbianas y bisexuales con los servicios de salud en el marco de un contexto homo/lesbofóbico, sobre todo si se considera que identidad sexual no equivale inexcusablemente a un conjunto definido de prácticas sexuales (coitales para heterosexuales y orales-manuales para no heterosexuales), que es lo que alimenta el mito de que las mujeres que tienen relaciones con mujeres no tienen realmente sexo y no ameritan cuidados ni controles regulares (Brown, 2006).

El artículo se estructura de la siguiente manera: en primer lugar, se reseña el contexto conceptual que guió la investigación. Luego se describe la estrategia metodológica utilizada. Seguidamente se presentan los principales resultados obtenidos a partir de las entrevistas a jóvenes usuarias sobre sus experiencias con los servicios de salud sexual y reproductiva. Finalmente, se interpretan los datos y se exponen los hallazgos y las conclusiones más relevantes de la investigación.

Del determinismo biológico al construccionismo social: la diferencia sexual *versus* el género

Dados los objetivos de la presente investigación, el marco teórico a utilizar se compuso de tres afluentes principales: los aportes de la sociología de la salud, los de la sociología de la cultura y los de los estudios de género. En el primer caso, las contribuciones proporcionadas por los conceptos y criterios de la sociología de la salud permitieron problematizar las prácticas y discursos de la medicina como una actividad moral y social, dotada de funciones normalizadoras y que funciona legítimamente como

agente de control social, prestando especial atención al espacio que ocupan –dentro de los sistemas sociales de representación– aquellos cuerpos que se alejan de la heteronormatividad hegemónica, sus percepciones, experiencias y relatos (Freidson, 1978; Conrad, 1982).

En segundo lugar, los aportes de la sociología de la cultura me proveyeron herramientas para el análisis de las representaciones sociales de las jóvenes lesbianas y bisexuales que eligen o no transitar por los servicios de salud sexual y reproductiva, posibilitando la interpretación de las significaciones culturales atribuidas a estos últimos y a los vínculos entre salud, sexualidad y reproducción. Las representaciones sociales son conjuntos de significados y conceptos no escritos ni verbalizados, pero sí establecidos en la práctica, que son valederos para la vida cotidiana y les permiten a los sujetos interpretar la realidad (Hall, 1997; Petracci & Kornblit, 2007).

En tercer lugar, son valiosos los aportes de los estudios de género para el tema de esta propuesta de investigación. Los desarrollos de la teoría feminista no serían posibles sin la elaboración del concepto de *género* –concepto que posibilita la construcción y la reflexión sobre un sujeto central para el feminismo, la mujer–. En 1949, Simone de Beauvoir ([1949] 1995) se hace una pregunta fundacional para todo el feminismo académico que se desarrollaría en las décadas posteriores: ¿qué es ser una mujer? Este cuestionamiento le permitiría a la filósofa francesa adentrarse en la comprensión de la condición femenina para sentar, así, las bases argumentativas hacia la construcción del concepto de género, realizada por Gayle Rubin en la década de 1970. En palabras de la autora: “un sistema de sexo/género es el conjunto de disposiciones por el cual una sociedad transforma la sexualidad biológica en productos de la actividad humana y satisface esas necesidades humanas transformadas” (Rubin, [1975] 1986, p. 17).

En otras palabras, los sistemas de sexo/género son el producto de la actividad humana histórica. El género es una división de los sexos socialmente impuesta, resultado de relaciones sociales de sexualidad y de la aculturación de la sexualidad biológica a nivel social (Rubin, [1975] 1986). Así, “el término género, que designa un sistema de clasificación bi-

polar, subraya el carácter eminentemente social de las distinciones basadas en el sexo y rechaza el determinismo biológico implícito en las palabras sexo y diferencia sexual” (Guber, 2001, p. 45). De este modo, el género se fue consolidando como un concepto que no se limita al sexo natural, sino que se basa en un saber sobre la diferencia sexual, es decir, en los modos en que los sujetos sociales elaboran los roles biológicos sexuales produciendo valores, creencias y normas (Warren, 1988; Scott, 1996; citados en Guber, 2001).

Las teorías y prácticas feministas ponen en claro que, como modo de relación, ni el género ni la sexualidad son algo que poseemos, sino un modo de ser para otro, algo que performamos. Este punto de vista relacional ha indicado que lo que es el género siempre es relativo a las relaciones construidas en las que se determina. Como un fenómeno contextual, el género no implica un ser sustantivo, sino un punto de convergencia entre relaciones culturales e históricas específicas, las cuales producen los cuerpos y establecen las normas reguladoras de la inteligibilidad de género (Butler, 2001, 2006). En otras palabras, somos seres sociales que se comportan en relación con el otro, constituidos por un conjunto de normas culturales que nos exceden y nos proveen guías o instrucciones para las conductas sexuales que son apropiadas para esa cultura.

Metodología de trabajo

Dada la especificidad de la temática y la escasez de investigaciones previas sobre las prácticas de cuidado y las experiencias con los servicios de salud sexual y reproductiva de jóvenes lesbianas y bisexuales de sectores medios y bajos, se llevó a cabo un diseño de carácter exploratorio-descriptivo. En diálogo con el marco teórico en el que se inscribió el presente estudio y dados los objetivos planteados, la investigación se situó dentro del enfoque cualitativo de las ciencias sociales.

El universo de estudio fue conformado por jóvenes lesbianas y bisexuales usuarias o potenciales usuarias de servicios de salud sexual y reproductiva, de 18 a 29 años, de sectores medios y bajos residentes en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Por mujeres lesbianas y bisexuales, me refiero a aquellas mujeres que sienten deseos y construyen sus

prácticas sexuales, eróticas, amorosas y/o afectivas en relación con otras mujeres. Se llevó a cabo un muestreo teórico no probabilístico determinado a su vez por la factibilidad de contacto de las entrevistadas. El hecho de seleccionar sólo mujeres jóvenes tiene que ver con que ellas carecerían de un contacto sostenido con el sistema de salud que les permita desarrollar un capital acumulado “en tanto pacientes” (Brown et al., 2013). Dicha situación *a priori* sería un contexto más desfavorable para el ejercicio de la autonomía en la consulta ginecológica, lo que haría destacar las dificultades de la relación médico-paciente que tienden a reducirse y matizarse con la expertise ganada en el contacto sistemático sostenido con los servicios de salud (Brown et al., 2013). Para ello, seleccioné exclusivamente a jóvenes que se hubieran realizado por lo menos un control ginecológico y que pertenecieran a sectores socioeconómicos medios y bajos, ya que busqué describir la heterogeneidad de estrategias que despliegan estas mujeres para relacionarse con las prácticas y discursos de los/as profesionales de la salud en el marco concreto de la consulta ginecológica, y sus experiencias con el sistema de salud.

Para responder a los objetivos y preguntas de la investigación, realicé doce entrevistas semi-estructuradas basadas en una guía de preguntas y temas a las jóvenes. Realicé seis entrevistas a mujeres de sectores medios y seis a mujeres de sectores bajos. Las entrevistas tuvieron una duración de entre una hora y una hora y media, dependiendo del grado de expresividad de las entrevistadas. Seleccioné los casos a partir del procedimiento conocido como “bola de nieve”, ya que se trata de un tipo de muestreo útil para temas de estudio como el abordado por este trabajo, donde las unidades de análisis son difíciles de identificar dado el estigma asociado con la condición sexual. Para definir el número total de entrevistas a realizar empleé el criterio de saturación teórica (Glaser y Strauss, 1967).

Por último, dado el carácter sensible del tema abordado en la investigación, se observaron los siguientes mecanismos para asegurar la confidencialidad de la información y el anonimato de las entrevistadas: no se consignó el nombre de la persona entrevistada en ningún lado, sino un nombre de fan-

tasía. Los datos fueron registrados y expuestos de manera que no pueda reconocerse a ninguna de las personas entrevistadas, su entorno personal o a la institución y profesionales con quienes se atienden. Se dio a conocer previamente a cada entrevistada el texto para garantizar el consentimiento informado y se explicaron: objetivos del estudio; procedimientos del estudio (incluyendo tiempo previsto y contenido de la entrevista); posibles usos de los resultados del estudio; estándares de investigación y derechos de las participantes.

Resultados

La investigación se propuso analizar y comparar las prácticas de cuidado en torno a la salud sexual y reproductiva de jóvenes lesbianas y bisexuales de sectores medios y bajos y sus experiencias con los servicios de salud sexual y reproductiva en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. De la lectura de las entrevistas surge que no existen diferencias sustantivas alrededor de las experiencias que relatan las jóvenes respecto de sus vivencias con los servicios de salud. En efecto, las particularidades que pudieran surgir como producto de las diferencias socioeconómicas de las entrevistadas, fueron atenuadas por las experiencias de militancia en ámbitos feministas de las jóvenes de ambos sectores. El análisis inductivo permitió dar cuenta de una variable no considerada a priori, como es la militancia y activismo de las mujeres lesbianas y bisexuales, que en la práctica funciona como homogeneizadora de sus realidades.

A continuación, se presentan tres grandes cuestiones que surgieron del análisis de las entrevistas: a) las experiencias de violencia que experimentan las mujeres en las visitas ginecológicas; b) la falta de atención médica adecuada que reciben las mujeres que tienen relaciones sexuales con mujeres; y c) las estrategias alternativas que desarrollan las mujeres para subsanar la falta de asesoramiento médico.

a) Trayectoria sexual-afectiva y violencia en la consulta ginecológica

Las entrevistadas señalan a las visitas ginecológicas como acontecimientos que les generan sentimientos adversos. El inicio de las visitas ginecológicas o la rutinización de las mismas se explicarían,

según los relatos de las entrevistadas, a partir de acontecimientos y/o quiebres importantes en las trayectorias biográficas de cada una. Entre dichos acontecimientos, se destacan el inicio de las relaciones sexuales con varones y problemas de salud. Respecto de estos últimos, las enfermedades y/o inconvenientes de salud funcionan como reguladores de las visitas al médico, en particular, y como disciplinadores de la salud sexual y reproductiva de las mujeres, en general.

El punto en común más destacado entre las entrevistadas son los sentimientos de miedo, angustia, pudor e incomodidad que experimentan al momento de la visita ginecológica. Dichos sentimientos son generados, según las entrevistadas, por la hostilidad de los y las profesionales de la salud al momento de tratar con mujeres cuya orientación sexual no es la heterosexual, y operan como un primer obstáculo que retrasa, pospone, y/o impide que se concrete la consulta ginecológica:

Fernanda: Yo fui la segunda vez, este... y fue horrible la experiencia con la ginecóloga que fui. Le pregunté, le conté lo que me había pasado, le pregunté a qué se debía y me empezó a hacer unas preguntas un poco desagradables sobre mis prácticas sexuales. Me preguntó en qué momento se produjo [la hemorragia]. Le dije que no había sido en el acto sexual, este... sino todo lo contrario, fue como seis horas después, diez horas después, este... y que después incluso me pasaba, nada, en cualquier momento del día. Este... y entonces me empezó a hacer como preguntas, cuando le dije que no tenía prácticas sexuales con varones, ahí me empezó a preguntar más y fue como un interrogatorio monstruoso. Me preguntó básicamente con qué elementos tenía relaciones sexuales, cuando le dije que no hay, bueno me dijo qué tipo de intensidad, qué fuerza, fue horrible, fue espantoso. Y yo me sentí muy incómoda en un momento. [...] Yo creo que... pienso que tendría que ir ahora, por una cuestión de edad, de que ya... hace muchos años de la última vez y que en realidad la segunda vez que fui fue por algo muy, muy específico, este... pero pensando, sí que, este... no es lo ideal para pensar, pero pensando en la experiencia esta última que pasé, como que no te dan ganas. (Entrevista a Fernanda, Ciudad Autónoma de Buenos Aires).

En este contexto, cabe destacar los cambios en las percepciones de las entrevistadas en función del

momento en el que visitaban al ginecólogo o a la ginecóloga. En efecto, las entrevistadas relatan cómo, en momentos en los que se identificaban como heterosexuales, las visitas a los y las profesionales resultaban experiencias más llevaderas –e incluso satisfactorias– que cuando comenzaron a autoidentificarse y presentarse ante los y las profesionales como lesbianas. Por ejemplo, Mercedes describe un antes y un después en sus experiencias con los servicios de ginecología. En un primer momento se caracterizaban por ser ambientes amigables y útiles. Sin embargo, cuando comenzó a identificarse como lesbiana, tuvo que cambiar de médico/a en varias oportunidades por las situaciones de discriminación a las que tenía que enfrentarse:

Mercedes: Al principio me llevó mi mamá. Después, con mi primer novio, cuando tenía quince años, tomaba pastillas anticonceptivas entonces fui también. Era una ginecóloga de la primera obra social que tuve yo que era la de mi viejo. Una mina bastante copada, bueno, nada. Pero, bueno, en ese momento era heterosexual, yo. Eh... y después fui sistemáticamente y cambié bastante [...]. Y... y tuve experiencias bastante de mierda (sic). (Entrevista a Mercedes, Ciudad Autónoma de Buenos Aires).

Pese a estos sentimientos comunes, las entrevistadas reaccionan de diferente forma frente a la hostilidad de los y las profesionales de la salud. Mientras que algunas optan por evitar el examen ginecológico o mantener en silencio su vida sexual y afectiva, otras entrevistadas continúan las visitas porque ubican su salud sexual como prioridad. Dichas divergencias en las actitudes se explican, en la mayoría de las situaciones, por los tipos de capitales simbólicos que poseen las entrevistadas. Aquellas entrevistadas que tuvieron trayectorias en espacios de activismo y militancia feminista, poseen un nivel de conocimiento y expertización en relación a la temática de salud sexual y reproductiva mayor que el de aquellas que nunca transitaron esas instancias. Estas diferencias también se verán en las estrategias que despliegan las mujeres frente a la falta de atención e información de los y las profesionales de la salud, que serán abordadas en el tercer apartado.

b) Cuidado, riesgo y responsabilidad

Otro de los aspectos que destacan las entrevistadas es la falta de una atención ginecológica adecuada por parte de los y las profesionales de la salud al momento de tratar con mujeres que tienen relaciones sexuales con mujeres. Este fenómeno se explicaría por la presunción de heterosexualidad que se encuentra ligada al saber ginecológico:

Entrevistadora: ¿Y te acordás cómo fue esta consulta, si vos le contaste, ella te preguntó?

Victoria: Ah, sí me acuerdo, ahora que me preguntás, me acuerdo. Sí, fue todo un tema porque bueno, viste que te preguntan “¿tuviste relaciones sexuales, con cuántos hombres?”. Asumió enseguida que era con un hombre, y si iba a tener iba a ser con hombres. Le dije que no, que había tenido relaciones sexuales con una mujer, y me acuerdo que me miró tipo entre los lentes y me dice “¿pero tus papás lo saben?”, me dijo. Le dije “y... que tuve relaciones, no, que me gustan las mujeres, sí”. “¿Y cómo se lo tomaron?”, me dice. (Entrevista a Victoria, Ciudad Autónoma de Buenos Aires).

La presunción de heterosexualidad opera como un obstáculo para las mujeres al momento de tener que revelar su orientación sexual en la visita ginecológica y pedir información a los y las profesionales sobre su salud sexual y reproductiva y los métodos de cuidado existentes. De acuerdo con los relatos de las entrevistadas, al momento de explicitar su orientación sexual frente al o la profesional, esto no ocasiona ningún tipo de intervención, consejo o información sobre cuidados particulares. En efecto, las mujeres entrevistadas destacan la ausencia de asesoramiento o asistencia específica en torno a sus dudas particulares. Las prácticas sexuales de las entrevistadas escapan al modelo heteronormativo y, por ser impensables para el sistema médico, no permiten que los y las profesionales puedan asesorar sobre prácticas sexuales cuidadas:

Fernanda: Me hice el estudio, pero cuando fui para que revisaran el estudio fui a otra ginecóloga. Ya me aseguré, me fijé en la cartilla, no, a ésta no, nunca más, este... y nada, le comenté... fue un poco más amigable. Si bien sentí que fue un poco más amigable, sentí como que ignoraba un montón de cosas que quizás no hubiese estado mal que me

preguntara o como que sentía que estaba tratando de responderme en unos parámetros quizás que no se ajustaban.

Entrevistadora: ¿Cómo por ejemplo te acordás de algo puntual?

Fernanda: No, quizás porque también la otra me había pasado cómo hablar de intensidad de la relación sexual y demás, como en términos heterosexuales, me parece que es distinto, que hablarlo en una relación no heterosexual o que en sí también podría ser heterosexual, pero con otras prácticas, no lo sé, pero me dio la sensación de que también era una persona que le faltaba un poco de información, este... como me dijo que estaba todo bien, chau, no fui más. (Entrevista a Fernanda, Ciudad Autónoma de Buenos Aires).

Cabe destacar, asimismo, que las propias usuarias de los servicios de salud tienen representaciones sociales del cuidado y el riesgo ligadas exclusivamente a prácticas sexuales heterosexuales. En efecto, las entrevistadas destacan que no se cuidan “lo suficiente” porque no conciben que existan riesgos en relaciones sexuales entre mujeres. Esto produce que las indagatorias de rutina ocasionen un cortocircuito en la comunicación entre los y las profesionales de la salud y las mujeres, dado que tal interrogatorio rutinario no se ajusta a sus experiencias y prácticas sexuales. En consecuencia, las mujeres conciben que es innecesario comunicar al o la profesional que son lesbianas o que tienen sexo con mujeres.

La existencia de un sistema de salud que opera a partir de la presunción de la heterosexualidad discrimina, invisibiliza y excluye a las mujeres lesbianas al no poder proveerles la información adecuada para llevar, a priori, una vida sexual cuidada. Esta problemática también se presenta en mujeres que se identifican como bisexuales o que mantienen relaciones sexuales con varones, aunque de manera diferenciada. Esto se debe a que en las visitas a los y las profesionales reciben información sobre los modos de cuidarse en sus relaciones con varones, pero no en sus relaciones con mujeres. Como consecuencia, el tipo de respuesta médica que reciben las mujeres bisexuales tampoco logra eliminar los riesgos de salud, ya que parte de su vida sexual permanece desatendida por el sistema médico.

c) Militancia y estrategias de cuidado

Finalmente, las entrevistadas destacan que la falta de una atención adecuada por parte de los/as ginecólogos/as, habilita el espacio para que las mujeres desarrollen varias estrategias que apuntan a informarlas sobre los métodos de cuidado. En primer lugar, las mujeres destacan la posibilidad de socializar entre ellas prácticas de cuidado sobre el propio cuerpo. En este contexto, las entrevistadas destacan el rol de los grupos de militantes feministas como actores que posibilitan la circulación de información sobre métodos de promoción de la salud y prevención de enfermedades de transmisión sexual. Los grupos militantes, según los relatos analizados, disponen de un nivel de expertización diferente al de las mujeres no militantes y al de los y las profesionales de la salud:

Entrevistadora: ¿Y alguna vez te enteraste de métodos de cuidado y cómo?

Paula: Sí, por internet, este... En realidad, por contactos y eso, que militan y que activan. Y que hacen volantes y diseños con el tema de los cuidados, cómo cortar un preservativo con el campo de látex, este... guantes, etc., fue más por ver así por redes, también por ver materiales específicos en actividades tipo de visibilidad lésbica o la Marcha del Orgullo, este... y después no sé. Creo que busqué como para saber, pero más por una iniciativa propia que por una cuestión educativa. En la escuela jamás nos enseñaron, no somos de la época de la ESI [Educación Sexual Integral]... (Entrevista a Paula, Ciudad Autónoma de Buenos Aires).

Una segunda estrategia que desarrollan las mujeres entrevistadas es la de asistir a servicios de salud “amigables” respecto de su orientación e identidad sexual. Aquí también cumplen un rol esencial los grupos de militantes feministas en la medida que son quienes informan sobre servicios de salud afines a las necesidades de las mujeres lesbianas y bisexuales:

Mercedes: Es verdad que como que las formas de cuidado entre lesbianas las aprendí gracias a la solidaridad lésbica, gracias a que existen lesbianas que se han puesto a cargar videos en youtube, han escrito cosas, y las amigas que una tiene que... yo tengo puntualmente una amiga que se cuida, eh... y nada, me ha explicado bastante cuáles son las

formas de cuidado y todo eso, más allá que más o menos me imaginaba, pero en realidad me parece que ahí se juega algo entre la solidaridad lésbica en el colectivo, que son formas, para mí, de autocuidado. [...] Bueno, algo tenés que hacer y como forma de resistencia me parece que están buenos esos recorridos, digamos, que han hecho algunas lesbianas con respecto a transmitir la información, como también existe, bueno, nada, “recomendame a la ginecóloga copada”, digamos, con mirada, perspectiva de género, digamos, no heteronormativa, bueno, y eso existe. (Entrevista a Mercedes, Ciudad Autónoma de Buenos Aires).

Pese al despliegue de estas estrategias, las entrevistadas reconocen que no alcanzan para hacer frente a las necesidades de salud específicas de la población de mujeres lesbianas y bisexuales. En tal sentido, recomiendan la existencia de un sistema de atención integral que combine la acción de lugares militantes y autogestionados, y la acción de organismos oficiales del Estado:

Natalia: Yo creo que a los centros a los que nos acercamos de lesbianas tienen más que ver con escuelas de feminismo, el Encuentro Nacional de Mujeres. Creo que esos son los primeros lugares donde tiene que aparecer la información. Yo creo que sería importante primero que sigan estando, como que... las tortas somos más amigas de lugares autogestionados y qué sé yo. También estaría bueno que cuando uno va a un ginecólogo y le dice “hola, yo soy lesbiana”, te diga “bueno, éstos son los métodos de cuidado”. Creo que tiene que haber, debería haber como dos grandes circuitos donde circule esta información. Por un lado, tiene que ser el autogestionado porque esos lugares, ya te digo, para mí que las tortas somos más amigas de eso y vamos a recibirlo con otra apertura lo que nos digan ahí. Y... y por otro lado, estaría buenísimo que haya información oficial de cómo hacer, estaría buenísimo, sí. (Entrevista a Natalia, Ciudad Autónoma de Buenos Aires).

Recapitulación y consideraciones finales

El análisis de las entrevistas a las jóvenes lesbianas y bisexuales de sectores medios y bajos permitió dar cuenta de una serie de experiencias comunes que habilitan pensar el problema de la atención de salud de esta población como un fenómeno que excede a las diferencias socioeconómicas que existen entre

ellas. Una investigación similar² sobre la temática identificó la presunción de heterosexualidad como uno de los obstáculos de esta población para acceder a los servicios de salud sexual y reproductiva. Aquí confirmamos aquella tesis al mismo tiempo que llamamos la atención sobre un fenómeno de creciente magnitud y que podría afectar la salud de lesbianas y bisexuales: frente a un Estado que no logra proveer servicios de atención adecuados, las mujeres lesbianas y bisexuales entrevistadas despliegan una serie de estrategias individuales y colectivas para enfrentar dicha carencia. Por ejemplo, en lugar de recurrir a servicios médicos recurren a otras mujeres o a internet en busca de información. Estas estrategias permiten dar cuenta del carácter de agente³ (Giddens, 1982) de las mujeres entrevistadas: los relatos analizados dan cuenta de las experiencias particulares de cada una frente a las consultas ginecológicas y los recursos que tienen a mano para poder hacer frente a un encuentro médico definido en clave heteronormativa. Al mismo tiempo, este fenómeno repercute en los modos en cómo se vinculan con el saber médico y cómo da lugar a la evitación de la consulta ginecológica con todas las consecuencias que ello puede traer: si bien es posible acceder a información de calidad, también es posible encontrarse con mitos e información errónea que atenten contra la salud de las mujeres en cuestión.

La mayoría de las mujeres entrevistadas, independientemente de su situación socioeconómica, declara que la presunción de heterosexualidad del o la profesional de la salud opera como un obstáculo —o barrera (Brown et al., 2014)— para revelar su orientación o práctica sexual. Este problema se exagera en la medida que, como señalan Brown et al. (2014), la invisibilidad de las prácticas homoeróticas femeninas y de los vínculos erótico-afectivos entre mujeres reproducen el carácter secreto

² El estudio Colaborativo multicéntrico (CONAPRIS-Salud Investiga) titulado “Salud sexual y reproductiva: problemas emergentes (2011)” fue coordinado por Mario Pecheny durante 2010-2011 y estuvo integrado además por Ana María Andía, Silvia Mario, Alejandro Capriatti, Leandro Luciani Conde, Gabriela Perrota, Inés Ibarlucía y Josefina Brown.

³ La noción de agencia (Giddens, 1982) es entendida como conducta intencional e implica dos componentes ontológicos de la conducta humana: por un lado, se encuentra la idea de capacidad, la cual refiere a la posibilidad que siempre tiene un agente de elegir y actuar de otra manera. Por el otro, supone la noción de cognoscibilidad, en tanto conocimiento de las condiciones y de las reglas que regulan una sociedad.

de la identidad sexual de las mujeres entrevistadas. La gestión del secreto (Pecheny, 2002) respecto de la orientación sexual de las usuarias, entonces, estructura el tipo de relación que pueden tener con el y/o la profesional. Según los relatos de las mujeres, la información sobre las prácticas sexuales de la usuaria no ocasiona ningún tipo de intervención, consejo, información o cuidados particulares por parte del o la profesional, porque, como señala Gemetro (2009, citado en Brown et al., 2014), “las lesbianas han sido invisibilizadas en los campos del saber” (p. 680). Revelar su orientación y prácticas sexuales en la consulta ginecológica puede (o no) generar incomodidades y/o ruidos entre las mujeres y los o las profesionales de la salud. Sin embargo, el “salir del clóset” de las mujeres entrevistadas no impactaría de manera significativa en su vínculo con los y las profesionales, en la medida que, en consonancia con lo expuesto por Brown et al. (2014), incluso en los casos de profesionales abiertos, “prima la ausencia de información clara y pertinente para darles a las personas cuyas prácticas sexuales se efectúan fuera del patrón erótico hegemónico” (p. 680).

En las entrevistas se documentan situaciones de violencia y discriminación que se cristalizan en la ausencia de asesoramiento, asistencia u orientación específica para las mujeres que tienen relaciones sexuales con mujeres. La existencia de un modelo de atención en salud sexual y reproductiva basado en la presunción de heterosexualidad define, en términos de Ayres (2008), los proyectos de felicidad⁴ a los que deberían aspirar las mujeres. Toda sociedad se caracteriza por compartir un conjunto de horizontes normativos. En el caso de los vínculos erótico-sexual-afectivos, los sistemas de salud a los que acceden las mujeres entrevistadas no conciben —explícita o implícitamente— que las mujeres puedan tener prácticas sexuales distintas al modelo coital-vaginal heterosexual. Esto produce en la práctica una invisibilización de las mujeres lesbianas y bisexuales en los sistemas de salud sexual y reproductiva, y, en consecuencia, limita su ejercicio pleno de derechos —en este caso de la salud—. Tal como afirma Moreno:

Más allá de la legislación específica contra la discriminación basada en género, orientación sexual o identidad sexual sancionadas desde los años ochenta, tanto el discurso de las políticas públicas como las rutinas administrativas estatales promueven categorías sexuales y de género que construyen a gays, lesbianas, travestis, transexuales, transgéneros, bisexuales e intersexuales como sujetas y sujetos excluidos de la ciudadanía (Moreno, 2008, p. 221).

La falta de políticas de atención y prevención adecuadas por parte del Estado genera que las mujeres busquen estrategias autogestionadas para superar los límites propios de un sistema de salud estructuralmente excluyente de lesbianas y bisexuales. Como alternativas a los circuitos estatales de atención, las mujeres entrevistadas descubren nuevos espacios de sociabilización (Pozzio, 2011) —físicos y/o virtuales— que las dotan de saberes que funcionan a modo de un sentido práctico (Brown et al., 2013). En este contexto, cabe destacar a las organizaciones feministas de la sociedad civil como “esferas de provisión de bienestar” alternativas al Estado, el mercado y la familia (Esping Andersen, 2000, citado en Arcidiácono, 2011). Frente a un Estado incapaz de hacer frente a las demandas y necesidades de salud de las lesbianas y bisexuales, es la sociedad civil la que surge como un canal alternativo para satisfacerlas y cuestionar el saber médico dominante.

Bibliografía

- Arcidiácono, Pilar. (2011). “Sociedad civil como esfera de provisión de bienestar”. Ponencia presentada en XXVIII Congreso Internacional de la Asociación Latinoamericana de Sociología, Recife, Brasil.
- Ayres, José Ricardo de Carvalho Mesquita. (2008). Para comprender el sentido práctico de las acciones de salud: contribuciones de la hermenéutica filosófica. *Salud Colectiva*, 4(2), 159-72.
- Brown, Josefina Leonor. (2006). Salud ginecológica. En Jones, Daniel; Libson, Micaela & Hiller, Renata (Eds.) *Sexualidades, política y violencia: Marcha del Orgullo GLTTBI, Buenos Aires 2005: Segunda Encuesta* (Pp. 93-100). Buenos Aires: Antropofagia.
- Brown, Josefina; Gattoni, Soledad; Tamburrino, Cecilia & Pecheny, Mario. (2007). La primera experiencia es la que cuenta: notas sobre la trayectoria de pacientes

⁴ Por proyecto de felicidad se entiende “la experiencia, simultáneamente afectiva, corporal y espiritual de realización del valor atribuido a la vida” por parte de un individuo (Ayres, 2008, pág. 169).

- ginecológicas”. Ponencia presentada en 26o Congreso de la Asociación Latinoamericana de Sociología, Guadalajara, México.
- Brown, Josefina y Pecheny, Mario. (2012). *Accesibilidad a la salud sexual de mujeres heterosexuales, lesbianas y bisexuales*. Ponencia presentada en V Congreso de la Asociación Latinoamericana de Población “Las transiciones en América Latina y el Caribe. Cambios demográficos y desafíos sociales presentes y futuros”, Montevideo, Uruguay.
- Brown, Josefina; Pecheny, Mario; Gattoni, Soledad & Tamburrino, Cecilia. (2013). Cuerpo, sexo y reproducción. La noción de autonomía de las mujeres puesta en cuestión: el aborto y otras situaciones sensibles. *Revista Latinoamericana de Estudios sobre Cuerpos, Emociones y Sociedad*, 5(12), 37-49.
- Brown, Josefina Leonor; Pecheny, Mario Martín; Tamburrino, María Cecilia; Conde, Leandro Luciani; Perrotta, Gabriela Viviana; Capriati, Alejandro José; Andia, Ana María; Mario, Silvia e Ibarlucia, Inés. (2014). Atención ginecológica de lesbianas y bisexuales: notas sobre el estado de situación en Argentina. *INTERFACE*, 18(51), 673-684.
- Butler, Judith. (2001). *El género en disputa. El feminismo y la subversión de la identidad*. Buenos Aires: Paidós.
- Butler, Judith. (2006). *Vida precaria*. Buenos Aires: Paidós.
- Conrad, Peter. (1982). Sobre la medicalización de la anormalidad y el control social. En Ingleby, David. (Ed.). *Psiquiatría crítica. La política de la salud mental* (Pp. 129-154). Barcelona: Crítica.
- De Beauvoir, Simone. ([1949] 1995). *El segundo sexo*. México: Siglo Veinte.
- Esping Andersen, Gosta. (2000). *Fundamentos sociales de las economías postindustriales*. Barcelona: Ariel.
- Facchini, Regina. (2005). Mujeres, homosexualidades y salud: visibilizando demandas e caminos. *Boletín Ciudadanía Sexual*, 2, 16.
- Faur, Eleonor & Gherardi, Natalia. (2005). El derecho al trabajo y la ocupación de las mujeres. En Equipo Latinoamericano de Justicia y Género. *Informe sobre Género y Derechos Humanos. Vigencia y respeto de los derechos de las mujeres en Argentina* (Pp. 119-221). Buenos Aires: Biblos.
- Freidson, Eliot. (1978). *La profesión médica*. Barcelona: Ediciones Península.
- Giddens, Anthony. (1982). *Profiles and Critiques in Social Theory*. Londres: Macmillan.
- Glaser, Barney & Strauss, Anselm. (1967). *The discovery of grounded theory. Strategies for qualitative research*. Chicago: Aldine Publishing Company.
- Guber, Rosana. (2001). *La etnografía. Método, campo y reflexividad*. Bogotá: Grupo Editorial Norma.
- Hall, Stuart. (1997). *Representation. Cultural representations and signifying practices*. Londres: Sage.
- Herrera, Cristina & Campero, Lourdes. (2002). La vulnerabilidad e invisibilidad de las mujeres ante el VIH/sida: constantes y cambios en el tema. *Salud Pública*, (44), 54-564.
- Libson, Micaela. (2011). *Familias y diversidad. Las parentalidades gays y lesbianas en Buenos Aires* [Tesis doctoral]. Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Buenos Aires, Argentina.
- Moreno, Aluminé. (2008). La invisibilidad como injusticia. Estrategias del movimiento de la diversidad sexual. En Pecheny, Mario; Figari, Carlos & Jones, Daniel (Comps.). *Todo sexo es político: Estudios sobre sexualidades en Argentina* (Pp. 215-243). Buenos Aires: Libros del Zorzal.
- Ortiz-Hernández, Luis. (2005). Influencia de la opresión internalizada sobre la salud mental de bisexuales, lesbianas y homosexuales de la ciudad de México. *Salud Mental*, 28 (4), 49-65.
- Pecheny, Mario. (Coord.). (2011). Barreras de accesibilidad en salud sexual y procreación responsable: problemas emergentes. Informe final presentado ante la Comisión Nacional Salud Investiga, Ministerio de Salud de la Nación.
- Pecheny, Mario. (2002). Identidades discretas. En Arfuch, Leonor (Comp.) *Identidades, sujetos y subjetividades* (Pp. 125-148). Buenos Aires: Prometeo.
- Pecheny, Mario. (2013). Desigualdades estructurales, salud de jóvenes LGBT y lagunas de conocimiento: ¿Qué sabemos y qué preguntamos? *Temas em Psicologia*, 21 (2), 961-972.
- Petracci, Mónica & Kornblit, Ana Lia. (2007). Representaciones sociales: una teoría metodológicamente pluralista. En Kornblit, Ana Lia (Comp.). *Metodologías cualitativas en Ciencias Sociales* (Pp. 91-111). Buenos Aires: Biblos.
- Petracci, Mónica y Ramos, Silvina. (2006). *La política de salud y derechos sexuales y reproductivos en la Argentina: aportes para comprender su historia*. Buenos Aires: UNFPA-CEDES.
- Pozzio, María. (2011). *Madres, mujeres y amantes. Usos y sentidos de género en la gestión cotidiana de las políticas de salud*. Buenos Aires: Antropofagia.
- Rubin, Gayle. (1989). Reflexionando sobre el sexo: notas para una teoría radical de la sexualidad. En Vance, Carole. (Comp.) *Placer y peligro. Explorando la sexualidad femenina* (Pp. 113-190). Madrid: Revolución.



Liliana Anaya García