

Accesibilidad a la salud sexual de mujeres heterosexuales, lesbianas y bisexuales¹

(ponencia completa.)

Dra. Josefina Brown y Dr. Mario Pecheny²

Resumen

Este trabajo se propone describir los vínculos, percepciones, opiniones y prácticas que las mujeres mantienen con el sistema de salud en lo que a su salud sexual y reproductiva se refiere. Se busca describir en perspectiva comparada los factores que funcionan como facilitadores u obstaculizadores en el acceso a la salud sexual de mujeres heterosexuales por un lado y, por otro, lesbianas y bisexuales. La perspectiva comparada permitirá echar luz sobre aquellos elementos que afectan de modo similar a todas las mujeres al mismo tiempo que detectar aquellos que son propios o adquieren más relevancia en uno u otro grupo (heterosexuales o no).

Para ello partimos de dos estudios cualitativo - exploratorios previos realizados en AMBA y coordinados por Mario Pecheny. La primera investigación fue llevada a cabo en 2007 y correspondía a uno de los componentes de una investigación mayor que se interrogaba sobre los procesos de ciudadanía en relación con la salud. La parte que aquí tomamos estaba enfocada sobre los factores que influían positiva o negativamente en el acceso a la salud ginecológica de mujeres heterosexuales. La segunda investigación, llevada a cabo en 2010 apuntaba a conocer los obstáculos o facilitadores del acceso a la salud sexual de mujeres no heterosexuales y bisexuales).

Algunos puntos que es posible concluir de la comparación es que la salud sexual está atravesada por una serie de tensiones que tienen que ver con un sentimiento básico de incomodidad vinculado a la exposición del cuerpo, la intimidad, la sexualidad, las

¹ Trabajo preparado para el V Congreso de la Asociación Latinoamericana de Población, Las transiciones en América Latina y el Caribe. Cambios demográficos y desafíos sociales presentes y futuros. Centro de Convenciones “La Torre de los Profesionales” Montevideo, Uruguay, 23 - 26 octubre de 2012.

² Consejo Nacional de Investigación Científica y Tecnológica (CONICET) – Universidad de Buenos Aires (UBA) – Facultad de Ciencias Sociales, Instituto de Investigaciones Gino Germani (IIGG). josefinabrown@gmail.com, mpecheny@retina.ar

relaciones de género, las asimetrías entre pacientes y profesionales de la salud, entre otras son características comunes pero tienen diferente peso y relación en los dos grupos. Lo mismo que la heteronormatividad naturalizada que adquiere un peso específico para lesbianas y bisexuales.

Accesibilidad a la salud sexual de mujeres heterosexuales, lesbianas y bisexuales³ **(ponencia completa.)**

Dra. Josefina Brown y Dr. Mario Pecheny⁴

Introducción y objetivos

Este trabajo se propone describir los vínculos, percepciones, opiniones y prácticas que las mujeres mantienen con el sistema de salud en lo que a su salud sexual y reproductiva se refiere. Se busca describir en perspectiva comparada los factores que funcionan como facilitadores u obstaculizadores en el acceso a la salud sexual de mujeres heterosexuales por un lado y, lesbianas y bisexuales, por otro. La perspectiva comparada entre heterosexuales y no heterosexuales permitirá echar luz sobre aquellos elementos que afectan de modo similar a todas las mujeres al mismo tiempo que detectar aquellos que son propios o adquieren más relevancia en uno u otro grupo.

Partimos de dos estudios cualitativo - exploratorios previos realizados en AMBA y coordinados por Mario Pecheny. La primera investigación fue llevada a cabo en 2007 y correspondía a uno de los componentes de una investigación mayor que se interrogaba sobre los procesos de ciudadanía en relación con la salud. La parte que aquí tomamos estaba enfocada sobre los factores que influían positiva o negativamente en el acceso a la salud ginecológica de mujeres heterosexuales. La segunda investigación, llevada a cabo en 2010- 2011 buscó conocer los obstáculos o facilitadores del acceso a la salud sexual de mujeres no heterosexuales y bisexuales.

De la comparación de ambos estudios es posible concluir que la salud sexual en mujeres está atravesada por una serie de tensiones que tienen que ver con un sentimiento básico de incomodidad vinculado a la exposición del cuerpo, la intimidad, la sexualidad, las relaciones de género, las asimetrías entre pacientes y profesionales de la salud. Todas

³ Trabajo preparado para el V Congreso de la Asociación Latinoamericana de Población, Las transiciones en América Latina y el Caribe. Cambios demográficos y desafíos sociales presentes y futuros. Centro de Convenciones “La Torre de los Profesionales” Montevideo, Uruguay, 23 - 26 octubre de 2012.

⁴ Consejo Nacional de Investigación Científica y Tecnológica (CONICET) – Universidad de Buenos Aires (UBA) – Facultad de Ciencias Sociales, Instituto de Investigaciones Gino Germani (IIGG). josefinabrown@gmail.com, mpecheny@retina.ar

estas variables comunes al grupo de mujeres impactan sin embargo diferencialmente en mujeres heterosexuales o no. Lo mismo que la heteronormatividad naturalizada que asumida *naturalmente* entre heterosexuales y médicos/as adquiere una relevancia particular para lesbianas y bisexuales generando y/o reforzando el círculo de la lógica de la invisibilidad, la discriminación y la violencia en general y en particular en los servicios de salud sexual y reproductiva.

Descripción de la muestra y la metodología

El corpus sobre el que se trabajará consiste en dos series de entrevistas realizadas, una entre 2006 y 2007 a 18 mujeres heterosexuales residentes en AMBA y la segunda, a 12 mujeres autodefinidas como lesbianas y bisexuales residentes en AMBA (12).

Si bien se trata de dos investigaciones realizadas separadamente la comparación de ambos corpus de datos es posible ya que la guía de entrevista semi estructurada usada fue similar en ambos casos. Esto no fue un resultado azaroso sino que en virtud de que varias personas que habían participado en la primera investigación lo hacían también en la segunda se consideró relevante conservar ciertas preguntas relativas a la accesibilidad al sistema de salud en forma similar de modo de poder comparar los datos hallados posteriormente. Además, si bien en el segundo caso incluimos originalmente lesbianas de la Ciudad de Mendoza para esta ponencia hemos considerado sólo los casos correspondientes a AMBA a fin de hacer las muestras comparables en términos geográficos. Por lo demás, los corpus comparten otra serie de características que se detallan a continuación que fortalecen el argumento de la comparabilidad de los datos.

Las poblaciones estudiadas fueron contactadas a partir de una definición muestral según criterios de muestreo teórico y factibilidad. En todos los casos se trató de una entrevista semi estructurada que abordaba asuntos relativos a las consultas ginecológicas, la relación paciente – médico/a y los motivos de elección - cambio, cuestiones vinculadas con el cuerpo y su exposición, la vida afectiva y sexual de las mujeres, prácticas y percepciones de riesgo/cuidado en sus vínculos erótico-amoroso-sexual-afectivos, etcétera.

Las unidades de análisis fueron mujeres heterosexuales, lesbianas y mujeres bisexuales de 18 años o más usuarias o potenciales usuarias de servicios de salud sexual y reproductiva.

La muestra quedó conformada por mujeres jóvenes y sanas (sin discapacidades, sin complicaciones físicas, sin síntomas y/o tratamientos invasivos), de entre 18 y 35 años.

Se privilegió en todos los casos una muestra de clase media de modo tal de poder poner de relieve barreras subjetivas, por sobre las barreras ya conocidas en términos socio-económicos que afectan en mayor medida a las mujeres de sectores socio-económicos más bajos.

Para responder a los objetivos y preguntas de las investigaciones, el instrumento de recolección de datos fue la entrevista semi-estructurada, basada en una guía de preguntas y temas, sobre la cual se elaboraron los respectivos manuales de códigos (siguiendo los ejes temáticos de la guía y otros emergentes del análisis). Para procesar cada corpus de entrevistas se utilizó una grilla de análisis o sistematización.

El análisis de los datos correspondientes al *corpus* constituido por las entrevistas realizadas en el marco de este estudio, se realizó según enfoques procedimentales (Rodríguez, Gil y García 1996: 206; Huberman y Miles 1994, que incluyeron: a) tareas de reducción de datos; b) disposición y transformación de los datos; y c) extracción / verificación de resultados. El procesamiento de estos datos cualitativos se llevó a cabo de manera manual.

a) Reducción de datos.

Las actividades a través de las cuales se llevó a cabo la reducción de los datos fueron:

a1. Separación en unidades: los segmentos o unidades de interés dentro del conjunto global de datos se diferenciaron según criterios gramaticales. Se trabajó con párrafos como “*unidades de contexto*”, en tanto que las “*unidades de registro*” quedaron constituidas por aquellos contenidos específicos que se ubican en las categorías empleadas.

a2. Identificación y clasificación de unidades: las tareas de categorización y codificación se realizaron según procedimientos mixtos inductivo-deductivos, puesto que algunas categorías fueron definidas a priori en función del “proyecto anticipatorio”, y otras emergieron a partir del trabajo de interpretación. Como procedimiento de presentación de los datos se trabajó con matrices de datos organizadas en función de los siguientes campos: código de categoría, código de sub categoría, contenido (unidad de registro) e interpretación.

a3. Síntesis y agrupamiento: las distintas unidades fueron organizadas en función de los temas conceptuales que las representan y en relación al sistema de categorías empleado (Luciani Conde et al; 2007: 230). El sistema de categorías se construyó teniendo en cuenta los siguientes criterios: exhaustividad, exclusión mutua (para las unidades de contexto), principio clasificatorio único, significatividad y replicabilidad

b) Disposición y transformación de los datos:

Se confeccionaron matrices de datos mediante los cuales se dispusieron y organizaron los datos con la finalidad de favorecer el trabajo interpretativo. La información se ordenó espacialmente en forma de planilla, según subsector (público, seguridad social, privado) y según contexto local de análisis.

c) Extracción, verificación de resultados:

A partir de la matriz de análisis mencionada en el punto anterior, se fueron elaborando los resultados y conclusiones.

Los resultados presentados expresan las opiniones y valoraciones de las mujeres heterosexuales, lesbianas y bisexuales no pueden ser generalizadas sin mediaciones al conjunto de mujeres.

Algunos resultados

Notas sobre la identidad sexual y la (in)coherencia entre sexo, deseo y prácticas sexuales

Hemos entrevistado a mujeres que se autodefinían a sí mismas como heterosexuales, como lesbianas o bisexuales. Sin embargo es preciso decir que como señala Butler (2006) no hay una relación unívoca entre sexo- deseo y prácticas sexuales; por lo tanto, no necesariamente la autonominación sexual se corresponde o coincide con la orientación sexual y/o las prácticas sexuales asociadas a esa identidad sexo genérica. Vale decir, que puede tratarse de una mujer heterosexual que nunca haya tenido relaciones sexuales, de una mujer lesbiana que tenga o haya mantenido relaciones con varones o de mujeres bisexuales que sólo hayan tenido sexo con mujeres.

Por ende, en lo que sigue cuando nos refiramos a mujeres heterosexuales, lesbianas o bisexuales sólo estaremos dando cuenta de los grupos tal como las mujeres se autonominaron así mismas sin querer decir nada en relación con sus prácticas sexuales implícitamente excepto que en términos generales quienes se refieren como heterosexuales se inscriben dentro de esa norma y aceptan algunos de los postulados básicos y quienes se nombran como lesbianas o bisexuales se sitúan fuera de la matriz heterosexual reproductiva.

La consulta ginecológica

La consulta ginecológica evoca algunas dimensiones comunes para mujeres heterosexuales, lesbianas y bisexuales. Dicho encuentro paciente – médico/a ha sido descrito como uno con mayores tensiones en relación con las dimensiones genéricas-eróticas-sexuales. Pues, como indica Bourdieu (2000: 28-9), “Los esquemas que estructuran la percepción de los órganos sexuales, y más aún, de la actividad sexual, se aplican también al cuerpo en sí, masculino o femenino, tanto en su parte superior como a la inferior, con una frontera definida por el cinturón, señal de cierre (...) y límite simbólico, por lo menos en la mujer, entre lo puro y lo impuro”. Entre lo visible y lo no visible también podríamos señalar agregando que existen procedimientos claros acerca de quiénes pueden o no ver esas partes que suelen mantenerse fuera de la vista de los y las otras.

La consulta ginecológica implica un punto de inflexión en relación con el mostrar y mirar esas parte del cuerpo, la genitalidad que normalmente permanece fuera del ojo observador, muchas veces, incluso para las mujeres. De manera que a pesar de que los y las profesionales suelen describir el examen ginecológico como rutinario e inocuo (Carvalho y Furegato, 2001) suele ser vivido por las mujeres como un evento que genera diversos miedos, ansiedades, vergüenza, vulnerabilidad, discomfort. En efecto esas suelen ser las palabras más usadas para describir la primera visita ginecológica. Y esos sentimientos son los que muchas veces producen prolongadas posposiciones antes de consultar a un servicio de salud sexual (Carvalho y Furegato, 2001; Galasinski D. y Ziólkowska J., 2007). Esto es así porque, como señala Bourdieu (2000:29-30) citando a un ya clásico texto de Henslin y Biggs con su artículo “ A sociology of the vaginal examination:

“El cinturón es uno de los signos del cierre del cuerpo femenino... Simboliza también la barrera sagrada que protege la vagina, socialmente constituida en objeto sagrado y sometido por tanto...a unas reglas de evitación o de acceso, que determinan rigurosamente las condiciones de contacto aceptado, es decir, los agentes, los momentos y los actos legítimos o profanadores. Estas reglas...[se observan] en las que un médico masculino tiene que practicar un reconocimiento vaginal. Como si se tratara de neutralizar simbólica y prácticamente todas las connotaciones potencialmente sexuales del examen ginecológico, el médico se somete a un auténtico ritual que tiende a mantener la barrera simbolizada por el cinturón entre la persona y la vagina, jamás percibidas simultáneamente: en un

primer momento se dirige a una persona cara a cara; después, cuando la persona a examinar se ha desnudado...la examina, tendida y cubierta por una tela en la parte superior, observando una vagina disociada en cierto modo de la persona y reducida de ese modo al estado de cosa.”

La descripción anterior y las emociones asociadas funcionan como una de las razones más poderosas por la que muchas mujeres heterosexuales o no, evitan la consulta ginecológica, las posponen suspenden, o no concretan. Ese tácito intercambio erótico sexual presente en el ámbito de la consulta procura clausurarse mediante unas determinadas prácticas rituales tendientes a objetivar el cuerpo femenino para poder observar la genitalidad femenina disociada de alguna manera de su poder erótico-sexual. Por añadidura a la implícita sexualidad que se pone en juego en el ámbito de la consulta, subyacen las emociones de miedo, vergüenza, pudor vinculadas al hecho de mostrar el cuerpo y dejarse observar en aquello que, de acuerdo con las normas sociales, debe permanecer fuera de la mirada de los/as otras. Todo lo cual se superpone con el reclamo que aparece, en ese contexto como paradójico, de ser tratadas como personas. Y, al mismo tiempo explica que la mayoría de las mujeres e independientemente de su autonominación declaren que la consulta ginecológica no es el espacio para hablar de asuntos personales ni, llamativamente, de sexualidad.

Miedo, vergüenza, pudor, incomodidad son las emociones clásicas que describen el encuentro ginecológico, sobre todo en una primera consulta. Y son también los justificativos para retrasar o posponer el evento. Sin embargo, tales sensaciones van perdiendo peso con el paso del tiempo y las reiteradas consultas a partir de las cuales se logra construir una naturalización del ritual médico al tiempo que también, en ocasiones se va edificando la confianza. Este modelo funciona en general para mujeres heterosexuales de clase media, un sector en el que se halla más institucionalizado la idea del cuidado y la prevención ligados a la idea hegemónica de heterosexualidad reproductiva (Carvalho y Fegredo, 2001); es decir, una sexualidad asociada directamente con la procreación que requiere de cuerpos medicamente vigilados y controlados (Guash, 2000; Bourdieu, 2000).

De acuerdo con la literatura consultada (Carvalho y Fegredo, 2001) el “hay que ir”, “para hacerme los controles”, el deber ser que señalan las entrevistadas en relación con los controles ginecológicos aplica menos para el caso de mujeres de menor capital socio- económico y educativo en el que las prácticas sexuales y los cuidados y la prevención se encuentran más alejados de una lógica racional y voluntarista. Entre esos dos puntos se encuentra el caso de las mujeres no heterosexuales (lesbianas y bisexuales) entrevistadas. Al mismo tiempo que refieren a la idea aceptada sobre la necesidad de cuidarse y de ir regularmente al ginecólogo, en la práctica tienen más a menudo lo que Carvalho y Fegredo (2001) llaman la actitud de “evitamiento del examen ginecológico” que se vinculan con la vergüenza y el miedo que hemos mencionado pero estas emociones se ven intensificadas en el caso de mujeres lesbianas y bisexuales porque a esas inquietudes y sensaciones hay que sumar la cuestión de la tensión que genera la posibilidad de *salir del clóset* o ser descubierta. Es decir, la posibilidad de reconocerse como lesbiana o bisexual en el marco de un encuentro médico definido en clave heteronormativa en el contexto de una sociedad homofóbica.

El hecho de “contarle” a un profesional de la salud se inscribe en el marco de una práctica sexual y afectiva poco visible a nivel subjetivo y social como es el lesbianismo o la bisexualidad femenina. Tal como los datos relevados y la literatura consultada sostienen, las prácticas homoeróticas femeninas se ubican en un nivel de visibilidad menor que las prácticas heterosexuales y las homosexuales masculinas. De modo que la sola posibilidad de verse forzadas a salir del clóset puede producir la evitación o el silencio en relación con su vida sexual y afectiva

(IR)Regularidad en las consultas

Tanto mujeres heterosexuales, lesbianas o bisexuales admitían realizar consultas médicas regulares sobre su salud sexual, esto es, acataba el mandato de realizar los controles rutinarios una vez por año. Tal regularidad se manifestaba más acusadamente en el primer grupo que en lesbianas y bisexuales. En parte, porque como insinuábamos antes y en consonancia con los resultados de otras investigaciones para las mujeres educadas, de clase media y con cobertura social la consulta ginecológica se erige como un deber ligado al cuerpo, como algo que se impone, casi como la heterosexualidad

reproductiva que se halla como telón de fondo de estas presuposiciones que operan normativamente ligando procreación a sexualidad y eventualmente anticoncepción (vinculado a prevención de embarazo potencial, para que los embarazos sean “siempre buscados”) en una línea evolutiva que requiere desde edades tempranas cuerpos vigilados ginecológica o médicamente (Foucault, 1986; Guasch, 2000; Bourdieu, 2000). En otras palabras estas mujeres tienen lo que de Abreu e Torres *et al* (2008) llaman una cultura de la de la prevención, o sea que ir regularmente al ginecólogo hace parte de su cotidianidad”⁵.

Para el grupo de mujeres no heterosexuales opera también esta cultura de la prevención como facilitador por un lado y por otro, como un obstáculo muy visible opera la presunción de heterosexualidad que se encuentra ligada al saber ginecológico y los justificativos aldeaños que promueven su consulta. De alguna manera los presupuestos que funcionan para heterosexuales (como el hecho paradigmático de las prácticas sexuales coitales o su proximidad) operan negativamente para no heterosexuales: sino tengo relaciones sexuales coitales con varones y no preciso anticoncepción, no es necesario que consulte a un/a ginecólogo.

Sin embargo, dentro del grupo de usuarias regulares (que consultan al menos una vez por año), encontramos tanto heterosexuales como no heterosexuales. Estas mujeres se caracterizan por asistir regularmente y suelen ser mujeres que comenzaron los controles a edades tempranas, en la adolescencia. Generalmente iniciaron su vínculo con el/a ginecólogo/a ante la cercanía o dificultades respecto de la primera menstruación (dolores menstruales, retardo en la aparición de la menarca), la consumación o anticipación de la primera relación sexual heterosexual, o bien alguna sintomatología ginecológica asociada, como la infección por HPV.

Ahora bien, si como decíamos, la mayor parte de las mujeres independientemente de su identidad mencionan concurrir con asiduidad a la consulta ginecológica son más las mujeres lesbianas y bisexuales que mencionaron no haberse hecho un control en el último tiempo. A su vez, casi todas las mujeres lesbianas y bisexuales entrevistadas sostienen que, en general, *las lesbianas no van al ginecólogo o van menos que las heterosexuales*. Mencionan parejas, amigas, conversaciones con otras mujeres lesbianas

⁵ Para estas mulheres existe uma cultura da prevenção, ou seja, ir ao ginecologista regularmente faz parte de seu cotidiano” (pp 64) la traducción es nuestra.

o charlas en foros de Internet donde se pone de manifiesto la baja frecuencia y la poca regularidad de las lesbianas en los controles ginecológicos.

Según una pequeña encuesta a lesbianas mexicanas realizada en 1997 (Patlatonalli, 1998), el 48% nunca consultó a una ginecóloga o ginecólogo. Las principales razones esgrimidas fueron: no haberse sentido mal (30%), miedo (16%) y porque lo consideran innecesario dada su orientación sexo-afectiva (12%). El 50% de las que sí consultaban, ocultaban su orientación sexo-afectiva durante la consulta; la mayoría de ellas (44%), por considerar que tal información no le concernía al ginecólogo (Espartiles, 2006).

Una investigación italiana más amplia sobre salud de lesbianas y gays (ARCIGAY, 2006) ha encontrado que el 27,6% de las mujeres encuestadas (de una muestra de 2.084 mujeres) no se ha realizado nunca un control ginecológico, y el 48,9% de la muestra nunca se ha realizado un PAP y/o colposcopia.

Los datos más recientes para Argentina señalan que el porcentaje que visita regularmente a su ginecólogo/a no varía mucho en términos de orientación sexual. En una encuesta no probabilística realizada en el año 2005 a asistentes a la Marcha del Orgullo Gay en la ciudad de Buenos Aires (Brown, 2006), se documenta que el 70,3% de las lesbianas y el 71,4% de las mujeres bisexuales dicen asistir por lo menos una vez por año al ginecólogo. Las mujeres heterosexuales alcanzan un porcentaje de 75,3% de asistencia regular. “No tengo relaciones”, “no estoy enferma”, “me da vagancia”, “vergüenza” o sencillamente ausencia de interés fueron los argumentos más frecuentemente mencionados.

Esta discordancia entre lo que dicen los pocos datos disponibles y la autopercepción de las mujeres sobre los niveles de atención fortalece la hipótesis de que, en contextos homo/lesbofobias, en los que rigen las lógicas de la invisibilización de sujetos y prácticas sexuales subalternas, uno de los obstáculos más importantes para el acceso a la atención de la salud es la discriminación anticipada o sentida.

En todo caso y como sostiene el informe de ILGA (2007) así como otras investigaciones recientes (Wieringa, 2010) lo que parece diferir más que el porcentual de irregularidad en los controles son los motivos por los cuales unas y otras concurren o no, sumado al hecho de que una proporción no desestimable de lesbianas y bisexuales probablemente silencie su orientación y prácticas sexuales en el marco de la consulta.

En cuanto a los motivos señalados para la no concurrencia o postergación mencionamos ya que los comunes a todas las entrevistadas tienen que ver con los

temores, pudores y vergüenza que moviliza mostrar la genitalidad en el marco de la escena ginecológica.

A ello se le añade para lesbianas y mujeres bisexuales, el hecho de que piensan que realizar los controles ginecológicos sólo es relevante en los casos de uso de anticonceptivos o por maternidad, lo cual históricamente se supuso que no compete a las lesbianas o bisexuales. También juega un rol importante el miedo a una reacción lesbofóbica, es decir hostil hacia las lesbianas o el lesbianismo y consecuentemente a la bisexualidad femenina, por parte del personal sanitario, así como la reticencia a la hora de compartir “detalles privados” con extraños.

Interpretar estos datos implica considerar a la heteronormatividad y la desigualdad de género como una barrera que dificulta el acceso a la salud ginecológica de mujeres lesbianas y bisexuales. Si bien la barrera queda más en evidencia en las mujeres que no asisten a las consultas ginecológicas, es posible registrar similares barreras, prejuicios y obstáculos en las experiencias de aquellas que sí lo hacen.

Sexualidades y saberes: Las desigualdades en el marco de la consulta ginecológica

Párrafos atrás hacíamos mención a las subjetividades, corporalidades y sexualidades que se encuentran en el marco de una consulta ginecológica, un evento que, como es sabido, se encuentra cruzado por la asimetría inherente a la práctica médica en nuestras sociedades. Mucho más en el caso de la consulta ginecológica pues se trata de un saber experto sobre el cuerpo de las mujeres que, en términos históricos, lleva muy poco tiempo en manos de la medicina y particularmente en manos de los varones.

Partiendo de este supuesto fue que entrevistamos a mujeres en principio sanas (es decir, sin ninguna dolencia crónica) a los fines de disminuir la ocasión de una vulnerabilidad corporal específica, variable que en general aumenta las probabilidades de disminuir la autonomía de las personas en la relación paciente- médico (Brown, Tamburrino, Pecheny, 2006 y 2007). Teniendo presente esa hipótesis preguntamos en las entrevistas semi estructuradas (en todas, tanto heterosexuales como no) en relación con clima en general de la o las consultas, el trato, la información recibida, si hubieran querido saber algo más, etcétera.

En general, para el grupo de mujeres heterosexuales las respuestas indicaban conformidad con el trato, la información recibida, los estudios pedidos: las revisiones se llevaban de acuerdo a lo esperado, les realizaban los estudios de rutina, los y las

profesionales aceptaban solicitarles exámenes que ellas requirieran, y saldaban sus dudas en términos de cuidado y prevención, fundamentalmente de embarazos. Para el caso de lesbianas y bisexuales, en cambio, muchas hubieran querido saber más, hacer otras preguntas, ser interrogadas de otro modo. Muy pocas conseguían ese objetivo debido a la invisibilidad de lesbianas y bisexuales (u otras identidades no heterosexuales) y de prácticas sexuales no coitales porque, como dijimos existe una idea hegemónica en la sociedad en general y en la práctica médica en particular que sigue asociando sexualidad con procreación aún cuando incluya la anticoncepción como un tema casi insoslayable si la persona no tiene las condiciones consideradas adecuadas para el plan reproductivo (ser adolescente o muy joven, no tener una pareja estable, haber tenido un/a hijo/a muy recientemente, entre otras).

En todos los casos indagamos acerca de buenas y malas experiencias en relación con la consulta ginecológica y, para el caso específico de mujeres no heterosexuales preguntamos adicionalmente si habían tenido algún problema específico por el hecho de identificarse como lesbianas o bisexuales. En general no hubo menciones de discriminación, violencia o malos tratos evidentes pero sí escuchamos muchas menciones en relación con cómo funcionaba como un corto circuito a la comunicación el hecho de seguir el protocolo heterosexualmente pautado. Asimismo lesbianas y bisexuales mencionaron la dificultad de revelar su identidad y prácticas sexuales en el ámbito de la consulta y, el silencio o la ausencia de respuestas a sus dudas particulares cuando ello era explicitado. Dicho de otra manera, en caso de decidir salir del clóset a los fines de recibir orientación adecuada a su vida sexual las respuestas de los y las profesionales variaban entre el silencio y hacer como si nada hubiera ocurrido o, la ausencia de saber, información o pautas de prevención, cuidado o información adecuados. No existe, en general, información disponible entre los y las profesionales tampoco sobre modos y métodos de cuidado en relaciones no coitales y tampoco la idea de que las mujeres pueden tener deseo de maternidad aún cuando no tengan una pareja varón. La sexualidad procreativa como idea central de la heterosexualidad es pensada, para el caso de lesbianas y bisexuales a la inversa: si no hay relaciones coitales no hay sexo y por ende, no hay necesidad de cuidados ginecológicos (a veces incluso se les sugiere no realizar PAP) ni posibilidad de maternidad.

Para explicar mejor esta diferencia resulta pertinente describir cuáles son los motivos de consulta de ambos grupos y al mismo tiempo, describir las diferencias entre ellos.

Quienes han realizado al menos una consulta ginecológica y mantienen las visitas con cierta regularidad, que constituyen la mayoría de nuestras entrevistadas, refieren como motivación principal de asistencia los “controles de rutina”, algo a lo que inevitablemente hay que someterse como parte de los cuidados de salud que las mujeres deben adoptar. Así, los controles aparecen como algo que *hay que hacer* o *corresponde hacer*, con las diferencias que señalábamos previamente en cuanto al peso de la obligatoriedad en los diversos grupos de mujeres.

Tal diferencia en la importancia atribuida al *deber ser* de los controles ginecológicos podríamos vincularla con la diferencia del cumplimiento del *deber ser* mujer (heterosexual reproductiva) como modelo social ya que para lesbianas y bisexuales cuando su presente no es heterosexual la consulta ginecológica depende sólo del peso de una obligación moral ligada al cuidado de la salud de las mujeres cuya definición se asocia al cumplimiento de la norma heterosexual reproductiva y por lo tanto, a una sexualidad coitocéntrica. No hay motivaciones de otra índole a menos que exista un problema de salud específico o alguna consulta particular vinculada la mayor parte de las veces con la anticoncepción.

En efecto, ya desde la primera vez se acusa la diferencia. La primera consulta ginecológica suele estar vinculada en mujeres heterosexuales a problemas vinculados con la menstruación cuando se produce tempranamente o, al inicio o cercanía de la primera relación sexual cuando aparece más tarde en el tiempo. Este último, que para heterosexuales suele ser uno de los motivos principales esgrimidos no funciona para el caso de lesbianas y bisexuales, al menos no mientras mantienen sexo con mujeres. En cambio, incluso la idea de que una relación coital o su cercanía es lo que dispara en general las consultas puede funcionar como un obstáculo al acceso a la salud sexual de lesbianas y bisexuales pues existe dentro del *sentido común compartido* que no es preciso consultar sino se tiene una dolencia específica o si no se tienen prácticas coitocéntricas con varones.

La presunción heterosexual como facilitador y como obstáculo

En las descripciones de por qué si ir o por qué no hacerlo se develan una serie de prescripciones acerca de la salud de las mujeres que remiten a la idea de que hay determinadas acciones que las mujeres realizan en una determinada franja etaria, que se corresponden con determinadas prácticas sexuales (paradigmáticamente, la penetración

vaginal) y modificaciones corporales que llevan a la prescripción ginecológica. La norma heterosexual viene acompañada, al menos para las mujeres de clase media educada urbana, de una norma anticonceptiva orientada profesionalmente (Bajos y Ferrand 2002; Pecheny, Andía *et al.* 2010). Pero tal prescripción no encaja con las experiencias de mujeres lesbianas o bisexuales.

Esto se corrobora en el marco de la consulta cuando se pone el marcha cierto protocolo de indagación que ignora e invisibiliza todo lo que esté por fuera de lo legítimo y admisible en términos de sexualidad y prácticas sexuales que se resume en: penetración vaginal.

Así, en la primera consulta, al momento de conocer a una paciente, el ginecólogo o ginecóloga tradicional y rutinariamente formula un breve interrogatorio. Estas preguntas iniciales son básicamente dos: “¿Tenés relaciones sexuales?” y en caso afirmativo se pregunta seguidamente –casi en una línea de continuidad- “¿cómo te cuidas?”. Esta última pregunta tiene un referente específico: se refiere a métodos de cuidado anticonceptivo en el marco de relaciones heterosexuales. Por ello, esta segunda pregunta puede también ser formulada de la siguiente manera: “¿qué método anticonceptivo usás para cuidarte en tus relaciones sexuales?”

Si la paciente es heterosexual las preguntas coinciden con su práctica tal como es entendida socialmente la heterosexualidad y los modos prescritos de practicarla en el caso de mujeres de clase media, como las de nuestra investigación. Pero si la usuaria se autonoma en algunas de las variantes no heterosexuales, lo más probable es que sus experiencias sexuales no encajen con las preguntas que rutinariamente se hacen bajo la presunción heterosexual. Lo cual puede llevar por un lado, a mentir u ocultar información en función de no romper con el modelo de comunicación impuesto o bien, puede obligar a lesbianas y bisexuales a “confesar” o hacer un *coming out* explicativo.

Pero, para todas las mujeres, incluso quienes tienen relaciones coitales heterosexuales deja fuera de indagación y de posibilidad de preguntar otra serie de prácticas sexuales no hegemónicas que resultan, por lo tanto, indignas de atención por parte de la medicina tales como el sexo oral o anal. La invisibilización de estas otras prácticas sexuales pone una vez más de relieve que la sexualidad en función de la cual se medicalizan los cuerpos de las mujeres sigue siendo fundamentalmente aquella orientada a la procreación.

Además, desde ya este interrogatorio rutinario ignora, invisibiliza y/o silencia la posibilidad de que las mujeres no tengan relaciones sexuales con varones o que no tengan relaciones penetrativas pues no se presenta espontáneamente, ni tampoco como una alternativa posible frente a descartar el *a priori* heterosexual reproductivo.

(Cabe señalar que esta presunción de heterosexualidad reproductiva o no-reproductiva también aparece en las encuestas de población, epidemiológicas, sociales y de salud. Quienes se dicen sexualmente activas, en edad reproductiva, y no usan anticonceptivos, se proyectan como en riesgo de embarazo no buscado).

Las preguntas sobre el cuidado restringido al uso de anticonceptivos están regidas por la presunción de que las mujeres tienen relaciones sexuales exclusivamente con varones. Esto se conoce como “presunción heterosexista” (Espartiles, 2006) o heteronormativa. Teniendo por objetivo la crítica a la heteronormatividad que se expresa en estas preguntas, en nuestro país se realizó en el año 2006 una campaña no gubernamental denominada “Cambiemos las preguntas” (Espartiles 2006). Esta campaña buscaba concientizar acerca de la atención que reciben las mujeres lesbianas y bisexuales en los sistemas de salud, específicamente en la consulta ginecológica, y poner de manifiesto el derecho de mujeres lesbianas y bisexuales a una atención digna y al respeto de su orientación e identidad.

Las organizaciones sociales que llevaron adelante la campaña sostenían que las preguntas iniciales de las consultas ginecológicas predisponen a que las mujeres lesbianas y bisexuales “oculten su identidad sexual, por temor o vergüenza, dado que el silencio del médico/a confirma la estigmatización social” (Espartiles 2006: 2) que recae sobre esta población.

El género como factor de desigualdad

Como mencionamos, la relación desigual entre las y los profesionales y las pacientes genera una relación asimétrica que puede hacerse más o menos simétrica en función de diversas variables tales como el género, la identidad sexual, la edad, la educación, el capital simbólico e incluso el capital de paciente entre otras (Brown, Tamburrino, Gattoni, Pecheny, 2006) Nos interesaba indagar tanto para heterosexuales como no, la

variable sexo genérica en la elección de los y las profesionales como uno de los factores que puede facilitar u obstaculizar el acceso a la atención en salud sexual.

Consultadas acerca de si preferían que el o la ginecóloga fuera varón o mujer y el motivo de preferencia también encontramos diferencias en uno y otro grupo. Para el caso de quienes se autonominaban heterosexuales en caso de preferencia por un u otro sexo tenía se vinculaba con las características que se asociaban a varones o mujeres en la práctica de la medicina. Se prefería a varones si lo que se buscaba era una mayor objetividad, confianza en el saber y distancia emocional y se mencionaba preferencia por mujeres cuando lo que se buscaba de la consulta ginecológica era alguien que compartiera sus experiencias, que las contuviera .

En cambio, para lesbianas y bisexuales notamos una mayor preferencia por mujeres y en general los motivos están más asociados la posibilidad de construir un vínculo de confianza o no. Las razones aducidas para la preferencia de mujeres va en realidad por la negativa: se las prefiere porque la posibilidad de hablar abiertamente de su no heterosexualidad es más difícil con varones que con mujeres.

En la consulta ginecológica, el proceso de visibilidad se encuentra condicionado por la autoridad y la desigualdad entre las pacientes y los y las profesiones. Para estas mujeres lesbianas y bisexuales, salir del closet genera una sobre tensión a la ya trabajada desigual relación de poder que implica todo acto médico marcado además por cuestiones sexo-généricas que acentúan las desigualdades. Como si se tratara de un medio para superar o disminuir la desigualdad en el vínculo, quizás las barreras que operan con los médicos varones contribuyan a explicar que la amplia mayoría de las mujeres afirme preferir una ginecóloga mujer.

Conclusiones

Hemos descrito las similitudes y diferencias en los obstáculos y facilitadores de mujeres heterosexuales y no heterosexuales en el acceso a los servicios de salud sexual y reproductiva a partir de la descripción de la consulta ginecológica, los motivos para ir o no, la (ir)regularidad; la relación médico/a – paciente vinculada con las (des)igualdades de autoridad y/o de género como dos variables clave en el vínculo así como la presunción de heterosexualidad que enmarca la consulta ginecológica y sus efectos diferenciales.

A partir de lo desarrollado es posible afirmar que a pesar de algunas similitudes generales por el hecho de ser mujeres hay en ambos grupos algunas diferencias distintivas en relación aquellos elementos que funcionan como obstaculizadores o facilitadores en el acceso a la salud sexual y reproductiva.

Dado el carácter heterosexual que subyace a la consulta ginecológica y al imperativo racional y voluntarista de prevención y cuidado médico de su salud sexual inscripto en el cuerpo de las mujeres heterosexuales de clase media no existen más obstáculos que el pudor, la vergüenza o el miedo de mostrar su genitalidad, uno de los aspectos más íntimos, a un ojo observador externo.

En el caso del grupo de no heterosexuales (lesbianas y bisexuales) al obstáculo descrito se le suma la presunción de heterosexualidad que funciona de manera protocolar en la consulta y que resulta en la invisibilidad de las prácticas e identidades sexuales que no coinciden con el coitocentrismo. A ello hay que sumar el miedo de verse compelida a salir del clóset y las reacciones adversas posibles, mucho más temidas en caso de tratarse de un ginecólogo varón.

Bibliografía:

Almeida, G., 2009, “Argumentos em torno da possibilidade de infecção por DST e Aids entre mulheres que se autodefinem como lésbicas En Revista Physis Revista de Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, 19 [2]: 301-331
<http://www.scielo.br/pdf/physis/v19n2/v19n2a04.pdf>

Bourdieu, P. (2000). *La dominación masculina*. Buenos Aires: Paidós.

Brown J. (2006b). De cuando lo privado se hace público o de cómo se construyen las políticas sobre sexualidad y (no) reproducción. El caso de Mendoza. En Petracci M. y Ramos S. (comps.), *La política de salud y derechos sexuales y reproductivos en la Argentina: aportes para comprender su historia*. Buenos Aires: UNFPA – CEDES.

Brown, J. (2001). *Los derechos reproductivos como derechos ciudadanos Debates. 1985-2000*. Tesis de Licenciatura no publicada. Mendoza: FCPyS – UNCuyo.

Brown, J. (2004). Derechos, mujeres y ciudadanía en Argentina. *Revista Política y Cultura*, 21, 111-126.

Brown, J. (2006a). Ligadura tubaria. La visión de los/as profesionales. El caso de Mendoza. In: Mujer y género ed., *Discurso social y construcción de identidades*. Córdoba: CEA – UNC.

Brown, J. (2008a). *Mujeres y Ciudadanía en Argentina. Debates teóricos y políticos*. Tesis de doctorado no publicada. FSOC- UBA. Buenos Aires.

Brown, J., Gattoni, S., Tamburrino, C. y Pecheny, M. (2007). “La primera experiencia es la que cuenta. Notas sobre la trayectoria de pacientes ginecológicas” en *Actas del XXVI Congreso de la Asociación Latinoamericana de Sociología*. Guadalajara, México, agosto del 2007.

Brown, J., Tamburrino, C. y Pecheny, M. (2006). “Salud Sexual y reproductiva: la noción de autonomía de las mujeres puesta en cuestión. El aborto y otras situaciones sensibles” En: *IV Jornadas de Investigación en Antropología Social*, Buenos Aires.

Brown, Josefina (2006), Capítulo: Salud ginecológica en Jones, D. Libson, M. y Hiller, R. (editores) *Sexualidades, política y violencia: Marcha del Orgullo GLTTBI, Buenos Aires 2005: Segunda Encuesta*. Buenos Aires: Antropofagia.

Cáceres, C., Pecheny, M. y otros (2004). *Ciudadanía sexual en América Latina: abriendo el debate*. Universidad Privada Cayetano Heredia. Perú: Fundación GOSDE.

CARVALHO, M. L. O.; FUREGATO, A. R. F. - *Exame ginecológico na perspectiva das usuárias de um serviço de saúde*. Revista Eletrônica de Enfermagem (online), Goiânia, v.3, n.1, jan-jun. 2001. Disponível: <http://www.fen.ufg.br/revista>

de Abreu e Torres, Maria Eponina, Paula Miranda-Ribeiro y Carla Jorge Machado, R. (2008), “Vai lá, tira a roupa... e... pronto...” en *Revista Brasileira de Estudos poblaciones*, São Paulo, v. 25, n. 1, p. 49-69, jan./jun.

Eiven, L., Sardá, A. y Villalba, V. (2002). *Lesbianas, Salud y Derechos Humanos desde una perspectiva latinoamericana. Un aporte para la discusión y la reflexión*. Ponencia presentada en el 9no. Encuentro Internacional Mujer y Salud en Toronto, Canadá, Agosto 12-17.

Espartiles (2006). *Cambiamos las preguntas. Campaña Nacional por una atención digna de las lesbianas y mujeres bisexuales en los sistemas de salud*. Espacio de Articulación Lésbica

Galasinski D. y Ziolkowska J. (2007). Gender and the Gynecological Examination: Women's Identities in Doctors' Narratives. *Qualitative Health Research*, 17; 477

Gattoni, S., Brown, J., Tamburrino, C. y Pecheny, M. (2007). “¿La primera experiencia es la que cuenta? Notas sobre la trayectoria de pacientes ginecológicas” en *Actas de VII Jornadas Nacionales de Debate Interdisciplinario en Salud y Población*. Buenos Aires: Instituto de Investigaciones Gino Germani, Facultad de Ciencias Sociales – UBA

- González, J., M. Rosa (2004). ¿Quién soy?, ¿Qué me gusta?: apuntes para pensar lo hetero/homoerótico. En Careaga, G. y Cruz, S. (coords.), *Sexualidades Diversas: Aproximaciones para su análisis*, México DF: PUEG- UNAM-Porrúa.
- Guash, O. (2000). *La crisis de la heterosexualidad*. Barcelona: Alertes.
- Hall, S. (2003). Introducción. ¿Quién necesita identidad? En Hall S y P. Du Boy (comp.), *Cuestiones de identidad cultural*, Buenos Aires: Amorrortu.
- Huberman, A. and Miles, M. (1994). Data management and analysis methods. In Denzin N. y Lincoln Y. (eds.), *Handbook of qualitative research*, London: Sage.
- ILGA (2007). *La salud de las lesbianas y mujeres bisexuales. Cuestiones locales, preocupaciones comunes*. Bruselas: ILGA.
- Koh, Audrey S., Gómez, Cynthia A., Shade, Starley y Rowley, Erin, (2005), Sexual Risk Factors Among Self-Identified Lesbians, Bisexual Women, and Heterosexual Women Accessing Primary Care Settings en Sexually Transmitted Diseases, Volumen 32, Issue 9- pp. 563-569. Consultado en http://journals.lww.com/stdjournal/Fulltext/2005/09000/Sexual_Risk_Factors_Among_Self_Identified.8.aspx
- Luciani Conde L., Barcala A. y colab. (2007). Niñez en condiciones de desamparo y acceso a la salud en Ciudad de Buenos Aires. En *XVº Anuario de Investigaciones* de la Facultad de Psicología – UBA
- Pantelides E. A., Binstock G. y Mario S. (2007). *La salud reproductiva de las mujeres en la Argentina 2005: Resultados de la Encuesta nacional de nutrición y salud*. Buenos Aires: Ministerio de Salud de la Nación.
- Pantelides E. y Bott S. eds. (2000). *Reproducción, salud y sexualidad en América Latina*. Buenos Aires: Biblos – OMS.
- Rodríguez Gómez, G.; Gil Flores J.; García Jiménez, E. (1996). *Metodología de la investigación cualitativa*. Málaga: Ediciones Aljibe