

La invisibilidad de las lesbianas en el sistema sanitario.
Elementos para pensar políticas inclusivas de salud sexual
y reproductiva en Uruguay¹

Autora: Lic. María José Scaniello Negrís
Proyecto de tesis de la Maestría de Género y Políticas Públicas de FLACSO Uruguay en
convenio con México.
marianose@gmail.com

¹ Trabajo presentado en las Jornadas de Debate Feminista, organizadas por Cotidiano Mujer y la Red Temática de Género de la UdelaR, Facultad de Ciencias Sociales, UdelaR, Montevideo, 4-6 de junio de 2014

Resumen

Las políticas públicas de salud sexual y reproductiva (SSR) tienen el deber de considerar las necesidades de todas las mujeres para definir sus acciones, las formas de acceso a los servicios y reconocer sus demandas. Si bien estas son acciones esperadas desde las políticas de salud, se encuentra que existe una escasa visibilidad de la población de mujeres lesbianas en el sistema sanitario; se presentan dificultades para considerar otra orientación sexual que no sea la heterosexual en la consulta ginecológica y se desconocen los cuidados y necesidades específicas que pueden afectar esta población.

Una política de salud puede ser ciega o consciente del género, según la clasificación que realiza Kabeer (1998). Cualquiera sea esta política produce efectos en las relaciones entre las personas, y en el caso de algunas mujeres ha provocado efectos que podrían entenderse como nocivos. Si se pretende transformar a través de las políticas públicas, es estratégico y tenemos el desafío de incorporar una perspectiva de género que sea útil, que posibilite condiciones para el ejercicio pleno de la ciudadanía y visibilice el aporte de las mujeres (de todas ellas, diversas) en su construcción, diseño y monitoreo.

Las lesbianas, según algunas fuentes, tienen mayor prevalencia en cáncer de mama y cuello de útero por los escasos controles ginecológicos a causa de las barreras de acceso a los servicios de salud, además del riesgo de contraer Infecciones de Transmisión Sexual (ITS). En Uruguay y la región se encuentran escasos estudios académicos sobre el tema, razón por la cual con este proyecto se pretende conocer cómo es la atención que reciben actualmente las lesbianas e identificar los obstáculos y facilitadores para mejorar la atención según las necesidades específicas que se encuentren.

Cuando referimos a la invisibilidad de la lesbiana tanto en la historia como en las políticas públicas, afirmamos que si bien han habido avances sobre los derechos de las mujeres, reconociendo su importancia en el camino hacia la igualdad sustantiva, se encuentra en muchos casos, una noción de las mujeres que las unifica, esencializa, y no permite develar las singularidades en ellas y las demandas vinculadas a sus especificidades.

La conquista de los derechos las mujeres trae consigo logros y olvidos, y estos últimos producen efectos en la integridad y posibilidades de acceso de algunas mujeres, por lo cual en este caso se entiende que se vulnera el derecho a la salud de las lesbianas.

Partir de un modelo de sexualidad heteronormativa tiene repercusiones en la salud. Por un lado tiene relación con el hecho de que las lesbianas consultan al con menor frecuencia en los servicios de salud, no lo aprecian como necesario. Por otra parte, si en la consulta ginecológica no se las habilita a expresar su orientación sexual, reafirma el contexto de invisibilidad en que se encuentran las mismas en muchos otros ámbitos

sociales.

Interesa conocer cómo viven el derecho a la salud estas mujeres en Uruguay, si existen desigualdades, si perciben discriminación o situaciones de violencia a nivel institucional, y cuáles son sus necesidades específicas en salud. A causa de la escasa investigación al respecto se pretende aportar de un modo crítico a generar conocimiento para brindar respuestas más adecuadas a las necesidades de esta población. Se reconoce que la sensibilización y capacitación del personal de salud son elementos fundamentales si entendemos que las políticas públicas de salud tienen el deber de garantizar la inclusión. Por esta razón esta investigación tiene por objetivo general generar conocimiento científico que aporte a las políticas de SSR y a la visibilidad de las lesbianas en el sistema sanitario.

Como objetivos específicos interesa:

- Conocer la situación de las lesbianas en relación a la atención en salud, caracterizando la atención que se brinda en los servicios de SSR.
- Describir las necesidades específicas y las barreras percibidas por la población de lesbianas y bisexuales para el acceso a los servicios de SSR.
- Analizar las creencias de las y los profesionales de la salud vinculadas a la atención brindada y las necesidades específicas de la población de lesbianas.
- Realizar un aporte que permita contribuir al desarrollo y fortalecimiento de los servicios integrales de SSR en el marco del Sistema Nacional Integrado de (SNIS) para el trabajo con esta población específica.

Es así que esta tesis pretende abordar la invisibilidad en que se encuentran las lesbianas en un marco de atención de la salud de las mujeres que responde al modelo de heterosexualidad obligatoria.

Por último, y entendiendo que la identidad de “lesbiana política” ataca donde más le duele al patriarcado, lo deja afuera, lo trasciende, esta tesis la realizo para apoyar una lucha contra la opresión que encierra la heterosexualidad, y rechazar un modo de vida que se impone como obligatorio y único camino posible para las mujeres. Este trabajo aún no está terminado por lo cual con este artículo se busca despertar la reflexión con otras personas en un ámbito académico, feminista y colectivo para seguir avanzando hacia políticas de salud más inclusivas.

Palabras Claves: lesbianas, heteronormatividad, invisibilidad, salud sexual y reproductiva.

Existencia lesbiana, e identidades lésbicas.

La producción académica acerca de las lesbianas se podría decir que es escasa en la región. Es posible enunciar que es poco lo que se dice de ellas, lo que se nombra y reconoce de su presencia en la historia.

Recién en el siglo XVIII es que las relaciones sexo-afectivas entre mujeres empiezan a denominarse como lesbianismo. Es con la publicación de la controvertida obra de *Las Flores del Mal* de Baudelaire en 1857 que se introduce en la literatura el término “lesbiana”. Una obra cargada de condena moral, y censura de la sociedad de la época.

Beatriz Gimeno tiene una buena obra referida a la historia del lesbianismo (2007) donde resume que sobre la etiqueta de la palabra lesbiana ha existido la intención de estigmatizar y menoscabar el poder y la autonomía de las mujeres.

La lesbiana ha sido la figura de la transgresión del rol sexual otorgado a las mujeres, razón por la cual Wittig enuncia su conocida frase “Las lesbianas no son mujeres” (En Couriel, 2003:4) porque se sale del mandato heterosexual que propone el patriarcado.

Asimismo no podemos considerar a las lesbianas dentro de un colectivo homosexual homogéneo, al decir de Leo Bersari “las lesbianas son un colectivo oprimido investido, a su vez en un grupo oprimido.

Por otra parte “las mujeres” como categoría no son un grupo homogéneo, a partir de los ‘70 surgen nuevas voces colectivas. Oprimidas por ser mujeres, además por pertenecer a otra etnia y por tener una orientación sexual distinta a la heterosexualidad que se presenta como la regla, develan las condiciones de subordinación que las afectaban, dando lugar a colectivos que visibilizan la lesbofobia, entre otras subordinaciones, existentes dentro del movimiento de mujeres y feminista.

Más adelante, según la lectura de Butler sobre Foucault, se señala que desde el discurso hegemónico se “producen los sujetos que después llegan a representar” (1990:34). Se describe cómo el feminismo cae en la idea de que “el término mujeres denota una identidad común” (Butler, 1990: 35), sin visibilizar que este término “se intersecta con modalidades raciales, de clase, étnicas, sexuales y regionales de identidades discursivamente constituidas.” (Butler, 1990:35).

Que las lesbianas no hayan podido verse como objeto de las políticas creemos que tiene mucho que ver con esta dificultad que tuvo el feminismo y esta identidad común atribuida a las mujeres.

La heterosexualidad normativa y la consulta ginecológica como dispositivo

Beatriz Preciado realiza una pregunta que aporta a pensar la consulta ginecológica como un dispositivo de la sexualidad según Foucault, ¿”somos capaces de visualizar un cuerpo

fuera de un sistema de representación sexual heterocentrado”? (Preciado, 2002: 110). Esta pregunta implicaría deconstruir las nociones modernas del sujeto e identificar qué posibilidad de agenciamiento encontramos. Necesitamos mirar desde la singularidad, partir de preguntas y no de respuestas cuando escuchamos a una persona en un espacio de consulta médica. Por lo tanto surge la pregunta sobre si existe la posibilidad de generar herramientas que permitan abordar todos los cuerpos, los sexos, las prácticas sexuales, los deseos.

De esta manera se pretende analizar la consulta ginecológica como un dispositivo y comprender si afecta a las lesbianas que se parta en ésta desde un modelo de heterosexualidad normativa y obligatoria. Se entiende que no es casual, existen múltiples factores y miradas que nos permiten analizar por qué se produce esta invisibilización de las lesbianas en la misma.

Según Rubin hay tres generalidades básicas en las que se organiza la sexualidad humana: “el tabú del incesto, la heterosexualidad normativa y la división asimétrica de los sexos” (1975:117). “el tabú del incesto impone los objetivos sociales de la exogamia y la alianza a los hechos biológicos del sexo y la procreación” (Rubin, 1975:109). Estructura un sistema de parentesco, que conlleva al intercambio de mujeres, que no son dueñas de sí mismas e instala la norma de la heterosexualidad, con el fin de la continuidad de la especie humana. “El género no sólo es una identificación con un sexo: además implica dirigir el deseo sexual hacia el otro sexo. (...) La supresión del componente homosexual de la sexualidad humana, y su corolario, la opresión de los homosexuales, es por consiguiente un producto del mismo sistema cuyas reglas y relaciones oprimen a las mujeres” (Rubin, 1975:115)

La clave que se empieza a delinear en estos textos, es que en tanto construido el sistema sexo-género nos permite seguir actuando, desafiarlo, deconstruir para generar nuevos sentidos, -la opresión no es inevitable expresará Rubin (1975:105).

La hegemonía médica desde hace ya unos siglos define lo normal y lo anormal. Atribuye al sexo una serie de connotaciones, que a la luz de Preciado y Butler encontramos que el género precede al sexo. El sexo es prediscursivo por un efecto de la performatividad que también establece la coherencia que vincula sexo/género/deseo. Esta producción discursiva que refiere Butler podría relacionarse con la mesa de operaciones que conceptualiza Preciado. En este sentido, ya Rubin manifestaba que “El sexo tal como lo conocemos –identidad de géneros, deseo, fantasías sexuales, conceptos de infancia- en sí es un producto social” (1975:103)

Desde el punto de vista queer (...) el speculum ha sido el instrumento por excelencia de

observación y representación del cuerpo de las mujeres en el espacio médico, el pene ha sido el único órgano al que le había sido concedido el privilegio de la penetración en el lecho conyugal. En un sentido foucaultiano, el speculum y el pene funcionaban como verdaderos dispositivos al servicio de las tecnologías del biopoder, en cuyo centro se hallaba el cuerpo femenino heterosexual. Con respecto a esta tecnología biopolítica, la mano y el dildo, lejos de ser imitaciones falocéntricas, abren más bien líneas de fuga. (Preciado, 2002: 97,98)

Si nos referimos a la idea de Preciado sobre la primera “mesa de operaciones” que acontece cuando se le atribuyen un sinnúmero de significados al enunciar si es niño o niña la persona que nace, podemos identificar que desde estas tecnologías sexuales que diferencian los sexos y los hacen binarios, también supone la correspondencia del sexo con la orientación sexual. No se concibe el ser lesbiana, la heterosexualidad normativa actúa también en esta mesa de operaciones, aunque no sólo es exclusiva del discurso médico hegemónico.

No sólo hay una concepción de sujeto que no habilita ver otros (otras) sujetos en la consulta ginecológica, sino que este punto es crucial para que existan o no políticas de salud inclusivas, dirigidas a grupos de mujeres según sus necesidades en relación a la atención de su salud.

Si tomamos la consulta ginecológica como una <mesa de operaciones> abstracta, una tecnología sexual, según la conceptualización de Foucault, se supone a una mujer heterosexual que consulta por su salud reproductiva. Siguiendo a Preciado se aprecia el discurso heterocentrado en el cuál se basan las instituciones médicas invisibilizando las posibilidades de ser sujeto en esta sociedad.

De esta misma forma se podría decir que Butler se pregunta “¿En qué medida logra estabilidad y coherencia la categoría de las mujeres sólo en el contexto de la matriz heterosexual?” (Butler, 1990:38) y propone pensar nuevas posibilidades de esta categoría dentro del feminismo y considerar una “construcción variable de la identidad” como requisito metodológico. Butler identifica un recorrido inteligible, vinculado al orden obligatorio de sexo/género/deseo que sirve para comprender lo que sucede en la consulta y los supuestos de los que se parte cuando se realiza una asesoría que responde a cuerpos de mujeres heterosexuales y principalmente vinculadas a la atención de la salud reproductiva.

Cuando nos referimos a que en Uruguay se vino produciendo un cambio del modelo materno infantil, al de la salud sexual y reproductiva, aún se desconoce cómo realizar la atención a mujeres que realizan prácticas sexuales que no entran en el modelo de la

genitalidad (vagina-pene) destinada a la reproducción o evitándola si se decide.

Las políticas públicas de salud producen sujetos y cuerpos. Estos supuestos que existen sobre la atención a la salud de las mujeres vinculadas a la salud reproductiva y más aún al embarazo, generan efectos que condicionan el ejercicio pleno del derecho a la salud sexual para todas las mujeres.

La consulta médica sigue siendo una “tecnología heterosexual”, y en consecuencia, el último punto que preocupa, es la violencia simbólica que acarrea no encontrar un espacio para la diversidad sexual, el no ser sujeto de la consulta es no existir, no ser visible, excluí-das. Se podría entender esta situación como un ejemplo de discriminación y violencia institucional y por lo tanto este tipo de prácticas en la consulta podrían producir efectos también en la salud de las usuarias.

Según Honneth (en Fraser 2007: 22) la integridad de las personas depende del reconocimiento. Cuando las personas LGBT reciben comportamientos hostiles por parte del sector salud “representa una injusticia (...) porque impide a estas personas tener una comprensión positiva de sí mismas” (Fraser 2007: 22), y afecta en consecuencia la salud mental.

Entonces, qué líneas de fuga encontramos para incluir, visibilizar, abrirnos a formas de ser mujeres, prácticas sexuales diversas. Cómo incidir en una política de salud sexual y reproductiva, que ha surgido de luchas del movimiento de mujeres y feministas por un mejor acceso a la promoción, prevención y atención en la salud de las mujeres. En qué medida los movimientos de la diversidad sexual visibilizan en su interior a las lesbianas y qué lugar ocupan en estos reclamos.

Butler pareciera responder, huyendo de las totalizaciones modernas, “estas configuraciones culturales de géneros funcionan como sitios para la intervención, la revelación y el desplazamiento de estas reificaciones” (1975:65). Pues bien apelemos a estas líneas de fuga y los acontecimientos.

Antecedentes de investigación.

Del análisis del acumulado que han realizado las organizaciones de lesbianas concretamente en Latinoamérica se obtienen dos informes (2007 y 2011) de la red mundial de organizaciones de lesbianas, gays, bisexuales y transgénero (ILGA) que trabajan por los derechos humanos y contra la discriminación por orientación sexual e identidad de género.

Entre los problemas que identifican estos informes, en cuanto a la salud sexual y reproductiva, se encuentran el cáncer cérvico-uterino y el cáncer de mama. Tienen como

principal factor de riesgo la ausencia de la realización de controles ginecológicos o su baja frecuencia que facilitarían la detección oportuna, debido a que se sienten incómodas revelando en la consulta ginecológica su orientación sexual; otro factor que interpretan es que al no necesitar métodos anticonceptivos ni atención prenatal con igual frecuencia que las mujeres heterosexuales, existe menor probabilidad de detectar de forma temprana un cáncer. Tampoco existe investigación sobre si las ITS se transmiten entre mujeres, no se toma en cuenta que hay lesbianas que han tenido relaciones sexuales con hombres, o se han practicado inseminación con espermias no controlados médicamente, o pueden estar casadas, o pueden ser o haber sido usuarias de drogas inyectables.

En relación a las y los profesionales y los servicios de salud se plantea que existe desconocimiento sobre las formas de protección para evitar las ITS entre mujeres, no existe información eficaz sobre cómo cuidarse, ni productos destinados para la práctica de sexo seguro entre mujeres, además de que se considera esta población como un grupo de bajo riesgo en relación a las ITS y el VIH/SIDA.

En el primer informe de ILGA en 2007 “La salud de las lesbianas y mujeres bisexuales: cuestiones locales preocupaciones comunes” se vislumbra que son escasas las investigaciones en salud de las mujeres o LGBTI que reparan en temas específicos sobre lesbianas y bisexuales. Se desprende del mismo que las lesbianas y bisexuales viven una doble discriminación, por ser mujeres y también por su orientación sexual. Entre las expresiones de estigma y discriminación, que expone el informe, se encuentran las violaciones curativas como las más terribles formas de expresión del control del cuerpo de las mujeres, especialmente realizadas a las lesbianas con la finalidad de que “se vuelvan heterosexuales”, y por otro lado, también están los matrimonios forzados. Estas expresiones de odio, discriminación y estigma son más frecuentes en algunas partes del mundo e implican consecuencias para la salud de estas mujeres, aún cuando aparecen como hechos aislados, están presentes desde la simple presencia del miedo y la amenaza a que acontezca.

En relación a las ITS y al VIH/SIDA refiere a la complejidad del tema, pues al cruzarse las desigualdades de género se hacen mayores las probabilidades de las mujeres de contraer esta epidemia. Si bien sobre las lesbianas se “supone” un menor riesgo, no se debe desestimar que las lesbianas también pueden haber tenido relaciones sexuales con varones e incluso en algunos países son forzadas al matrimonio o a las violaciones curativas. Las investigaciones acerca del VIH han estado enfocadas fundamentalmente hacia la población gay y no hacia las prácticas sexuales entre mujeres. Aun así el informe da cuenta de organizaciones de lesbianas que han empezado a concientizar sobre los

posibles riesgos y educar sobre las formas del sexo seguro entre mujeres.²

En el ámbito sanitario se plantea que “puesto que los servicios estén dirigidos a mujeres heterosexuales, las lesbianas y bisexuales se enfrentan no sólo al silencio y al estigma de su sexualidad, sino también a sus experiencias sobre violencia de género. La paranoia que provoca la homofobia es aún peor que la del VIH.” (Informe ILGA 2007: 20)

En otro orden, esta población no concurre con frecuencia al ginecólogo/a, pues creen en un alto porcentaje que son pruebas innecesarias por el supuesto de tener menos riesgos de contraer cáncer ginecológico y de mama. El estudio constata que en la base de estos comportamientos estaría el temor a reacciones lesbofóbicas por parte del personal de salud y resistencias a compartir la orientación sexual en este espacio. Son varias las organizaciones de lesbianas que hacen énfasis en sensibilizar sobre la importancia de estos controles ginecológicos pues reconocen que la constatación temprana de un cáncer redundaría en las posibilidades de curación. Manifiestan que existen dificultades para encontrar profesionales amigables y comprensivos a la hora de las consultas. Un estudio francés muestra una alta frecuencia de experiencias lesbofóbicas en ámbito médico donde el 44,38% de las lesbianas encuestadas expresó haberlo sufrido en su consulta ginecológica.

Según el informe los estudios relevados las personas LGBT suelen sentir incomodidad al hablar de sexualidad y salud con el personal sanitario, debido al temor a recibir una reacción hostil y discriminatoria. Este informe afirma que “Las experiencias de discriminación, de lesbofobia o la invisibilidad de ser lesbiana pueden llevarnos a no acudir en busca de un tratamiento cuando lo necesitamos. Además, los profesionales sanitarios no están libres de todo prejuicio.” (Informe 2007: 46) Manifiestan que existe falta de sensibilidad y conocimiento de las necesidades particulares de las lesbianas. En este sentido preocupan “los datos sobre la interacción entre las lesbianas y mujeres bisexuales y sus ginecólogos o psicólogos: las pacientes no revelan su orientación sexual aunque tenga implicaciones médicas directas y los profesionales sanitarios dan por hecho que sus pacientes son heterosexuales.”

El segundo informe ILGA de 2011 “Salud de lesbianas y bisexuales en Latinoamérica

² El informe muestra algunos ejemplos de buenas prácticas sobre la salud de las lesbianas. Uno de ellos es el de una red de información para lesbianas que fue creada en 1989 en Brasil denominada “Um Outro Olhar”, que ha venido trabajando sobre la salud y los derechos humanos de las lesbianas. Esta red afirma que existe gran desinformación sobre la salud de las mujeres y especialmente sobre las mujeres que tienen sexo con otras mujeres. Por esta razón, elaboraron un material vinculado a la práctica del sexo seguro entre mujeres y otros consejos para un ejercicio placentero y activo de su salud sexual que ha resultado una gran herramienta para las lesbianas. Otra estrategia que proyectan es dirigir una campaña sobre salud de las lesbianas hacia profesionales de la medicina, particularmente de la ginecología.

construyendo nuevas realidades” resulta importante a nuestros fines porque describe las percepciones de los colectivos de lesbianas de algunos países de Latinoamérica sobre sus principales preocupaciones en salud. Reconocen que es escasa la información que existe sobre la salud lésbica y bisexual. Con este trabajo buscan visibilizar el largo trayecto que han realizado el movimiento lésbico en relación a las necesidades en salud y su conocimiento. Es un informe que describe las percepciones de las activistas y de las organizaciones con relación a la salud de esta población a partir de una encuesta estructurada. Este informe plantea como preocupaciones principales de estos colectivos la salud mental, la salud sexual, el uso problemático de sustancias, VIH, la violencia, e interés por la mejora en la calidad de atención en salud.

Un dato interesante es que “las activistas afirmaron, en un 100% de los casos, que la sensibilidad y los conocimientos de profesionales de la medicina, administrativas/os y de las organizaciones de la sociedad civil son las principales dificultades de la atención en salud a la que acceden lesbianas y bisexuales.” (Informe ILGA 2011: 16)

El informe plantea que el cáncer de mama es de mayor incidencia entre las lesbianas, porque al ser un número significativo de lesbianas las que no adoptan un rol reproductivo, no se liberan las células que inhiben el cáncer de mamas (según estudios europeos existiría una doble incidencia en estas mujeres). De todas maneras no se visualizan en la región campañas dirigidas a reducir el impacto en esta población y de esta forma se alimenta la baja percepción del riesgo en estas mujeres.

Los obstáculos que revelan las activistas que inciden en el control de la salud, son coincidentes con el resto de los antecedentes presentados. Se destaca la falta de capacitación, sensibilización y conocimiento del personal de salud, así como la baja percepción del riesgo en las lesbianas y bisexuales, además del temor por estar expuestas a prácticas discriminatorias. Refieren a la “ausencia de políticas de salud que consideren los daños de la discriminación en un marco que cuestione la heterosexualidad” (ILGA 2011: 29)

Interes esta investigación, porque muestra la pertinencia del presente estudio, las voces de las activistas que tienen una demanda concreta por mejorar las condiciones de salud de lesbianas y bisexuales.

Entre las activistas recogen propuestas sobre cómo mejorar los servicios de salud refiriendo a la sensibilización y capacitación del personal de salud médico y administrativo, investigando y favoreciendo ambientes amigables.

En cuanto a los servicios, éstas perciben que el conocimiento de las necesidades de lesbianas y bisexuales y la calidad de la atención es insuficiente por parte de los/las

profesionales de la salud. Los servicios no cuentan con información específica sobre los problemas que afectan a las lesbianas, ni se cuenta con espacios amigables, ni folletería o cartelera que aluda a ellas. En la anamnesis no se incluyen preguntas que incluyan la identificación de lesbianas y bisexuales. Tampoco aparece una conducta amigable que habilite a las pacientes a sentirse cómodas en estos espacios.

En cuanto al tipo de trato se describen prácticas discriminatorias a las que se expone esta población en los centros de salud, entre ellas plantean las “culturales” como la violencia simbólica y la violencia real y por otra parte las vinculadas a las “técnicas de atención en salud”. En violencia simbólica colocan la invisibilidad y la heterosexualización. En la violencia real se refieren a la “violencia verbal expresada en cuestionamientos a su sexualidad y en los discursos que reproducen la idea de bajo riesgo” “La violencia se manifiesta de forma concreta o a través de la mala atención expresada en malas miradas, gestos despectivos, falta de cortesía, retardo en la atención, acoso sexual, trato violento” (ILGA 2011: 61)

También existen otras formas de discriminación: “Exclusión, a través del impedimento para ser donantes de sangre, de campañas preventivas del VIH, exigencias para realizar el Test de Elisa en caso de intervenciones quirúrgicas sin aplicar protocolos de consejería; Reparativas, a través de la existencia en distintos países de terapias dirigidas a curar la orientación sexual no heterosexual que incluye a lesbianas.” (ILGA 2011: 62)

Todas estas conductas discriminatorias influyen en las posibilidades de detección precoz de algunas enfermedades que afectan particularmente a las lesbianas y mujeres bisexuales.

Sobre el VIH los colectivos plantean que hay una baja percepción del riesgo de contagio, aunque las prácticas sexuales no sean seguras, hay prácticas con hombres en bisexuales o antes de asumirse lesbianas, intercambio de fluidos, el riesgo vinculado a las prácticas de consumo de drogas y transfusiones, contactos bisexuales, uso de dildos, también se suman las violaciones correctivas a lesbianas y el trabajo sexual.

Sobre las bisexuales, específicamente, plantean que el riesgo radica en las prácticas sexuales no seguras con varones, y como sabemos existe mayor invisibilidad en las mujeres bisexuales, ya que a nivel de organización identitaria no es fácil encontrarlas.

“En base a estos datos y a lo anteriormente consignado cabe mencionar que el reciente reconocimiento de la vulnerabilidad a las ITS/Sida de mujeres lesbianas y bisexuales se ve reforzado por el punto de vista apoyado por la interseccionalidad, en tanto, diversos análisis dan cuenta de que los riesgos frente a la epidemia varían según las posiciones que ocupan en el marco del género, clase, sexualidad entre otros. Que

el estigma y discriminación sea considerado variable estructural de la epidemia, sin duda, que debe despertar los estados de alerta respecto de su intervención en la comunidad.” (ILGA 2011: 73). Estas situaciones de discriminación que recaen sobre esta población las pone en una situación mayor de vulnerabilidad y riesgo de ser afectadas por el virus. “Lesbianas y bisexuales son estigmatizadas y discriminadas –esto queda ampliamente demostrado en el informe- por lo que resulta de importancia máxima que las estrategias que se desarrollan para erradicar estas conductas en los distintos niveles de acción –individual, comunitario, gubernamental, interministerial- las considere desde sus particulares especificidades” (ILGA 2011: 83)

De este marco surge la necesidad de demandar profesionales con formación en el tema, ya que se percibe una “alta incidencia del VPH, herpes y candidiasis entre lesbianas y bisexuales. Así también es contundente la percepción en torno a la mala calidad de la atención a la que acceden en salud lesbianas y bisexuales y la necesidad imperiosa de que se aporte al desarrollo de investigaciones al respecto, entre otros.” (Ilga 2011: 84)

Coincidiendo con los planteos del informe es que se plantea realizar esta tesis como manera de aportar al vacío de investigaciones que existe sobre el tema. En estos informes se indaga haciendo énfasis en la percepción que tienen las organizaciones LGBT sobre la salud de las lesbianas, por lo tanto encuentro que existe una escasa construcción de información local y son pocos los trabajos académicos existentes al respecto a considerar como antecedentes.

Uruguay: el contexto.

Particularmente, Uruguay ha venido incorporando de forma progresiva legislación y se han firmado acuerdos internacionales que garantizan los derechos de las personas, particularmente mujeres así como también la población LGBT.

Actualmente a nivel nacional han acontecido algunos avances sustanciales para el ejercicio de los derechos de estas personas LGBT.

Con la finalidad de conocer más estas leyes y qué implican en la vida de las lesbianas se consultó a Michelle Suarez abogada e integrante del colectivo Ovejas Negras.

Nuestro país cuenta con una Ley N° 17817 de Lucha contra el Racismo, la Xenofobia y la Discriminación (2004), que define discriminación y explicita la que se ejerce por orientación sexual e identidad sexual. Esta ley permite el reconocimiento de la existencia de situaciones de discriminación por orientación sexual, también crea una comisión que recibe denuncias sobre conductas discriminatorias y realiza el procedimiento correspondiente.

También en 2008 la Ley N° 18246 de Unión Concubinaria reconoce legalmente todas las parejas con más de cinco años de convivencia. Implicó un enorme avance que permitió legitimar parejas del mismo sexo, incluso en relación a filiación abrió puertas para el reconocimiento de los derechos de los hijos/as de estas familias.

La Ley N° 18590 del Código de la Niñez y Adolescencia (2009) como la Ley 19.092 modifican disposiciones vinculadas a la Adopción, lo que significa que podrán adoptar personas en forma individual, el nuevo cónyuge o concubino del padre o madre del hijo habido dentro de matrimonio o habido fuera del mismo reconocido del otro cónyuge o concubino, y parejas en unión concubinaria o matrimonial. Según la abogada Michelle Suarez estas leyes “dan la posibilidad que antes no existía, que es que parejas del mismo sexo adopten en forma individual o en forma como pareja. Sea con el matrimonio, sea por una unión concubinaria declarada judicialmente, en pie de igualdad con parejas heterosexuales, o una posibilidad especialísima que es la que se utiliza para todas las parejas del mismo sexo cuando son parejas lesbianas que es poder adoptar el cónyuge o el concubino al hijo biológico de tu cónyuge o tu concubina.”

Junto a la Ley N° 18620 (2009) que establece el derecho a la identidad de género y al cambio de nombre y sexo en documentos de identidad y a la Ley de Matrimonio Igualitario 19.075 (2013) que reconoce el derecho al matrimonio civil a dos personas de distinto o igual sexo se instalan cambios que resultaban imposibles de creer, Suarez expresa que “ni siquiera lo podías pensar, en nuestro derecho era impensable que una pareja de dos mujeres pudieran tener un hijo reconocido por ambas y que fuera hijo biológico solo de una por inseminación. Eran posibilidades inexistentes. Pero la normativa por suerte nos da estas posibilidades y nos da herramientas de solución a los espacios oscuros”.

Recientemente en 2013 se promulgó la Ley de Reproducción Asistida que se encuentra en proceso de reglamentación a cargo del MSP y “vino a cubrir un gran vacío legal” para Suarez, donde las lesbianas podrán acceder a estas técnicas. Esta Ley implica un avance jurídico fundamental para garantizar el derecho a la maternidad de estas mujeres.

Según Freitas en la guía Vestidos en el aula “Las modificaciones legales que estas leyes representan no afectan solamente a las personas LGBT sino que también regulan situaciones sociales de la contemporaneidad donde el reconocimiento de la situación de las personas LGBT resulta un valor legítimo socialmente sancionado. (Freitas, 2011: 26)

Este conjunto de cambios no sólo aportan al reconocimiento de esta población si no también implican cambios sustanciales en la calidad de vida y salud de estas personas.

La Ley N° 18.426 de defensa de la salud sexual y reproductiva se aprueba en 2008, y establece los deberes del Estado y objetivos en salud sexual y reproductiva, define las

políticas rectoras y el diseño de programas y acciones para su concreción. Esta ley que implica un gran avance en las garantías que el Estado Uruguayo debe brindar a las mujeres en cuanto a su salud, sin embargo al ser muy genérica, no nombra a las lesbianas en cuanto sujetas. Recién en la reglamentación se hace referencia a un abordaje igualitario que respete la diversidad de las personas y no discrimine por orientación sexual. De todas maneras gracias a esta ley se comienzan publicar un conjunto de guías clínicas vinculadas a la SSR como forma de mejorar la atención respecto a estos temas.

Es así que las Guías en salud sexual y reproductiva del Ministerio de Salud Pública, cuentan con un **capítulo sobre Diversidad Sexual** que es “producto del trabajo conjunto entre organizaciones de la sociedad civil e instituciones gubernamentales del nivel departamental y nacional. Surgen como una propuesta realizada al Ministerio de Salud Pública (MSP) desde la Mesa de Trabajo de Diversidad Sexual en el marco del 2º Plan de Igualdad de Oportunidades y Derechos entre Mujeres y Varones (PIOD 2007-2010) de la Intendencia Municipal de Montevideo” (Guía Diversidad Sexual, 2009: 5). La Mesa de Trabajo de Diversidad Sexual es un espacio de diálogo entre organizaciones de la sociedad civil, organismos del Estado que existe desde el 2008, creado en el marco del 2º Plan de Igualdad de Oportunidades y Derechos (PIOD) de la Intendencia de Montevideo (IM).

Para las personas LGBT este documento es probable que sea una de las primeras oportunidades de reconocimiento integral a nivel sanitario en Uruguay, apartándose de otras políticas que vinculaban frecuentemente esta población con el VHI-SIDA. En un país que busca el acceso universal de la salud, aún son miles las personas que no acceden por barreras culturales, y al mismo tiempo no están integralmente consideradas en prestaciones y programas educativos-sanitarios. Este punto significa que “no han podido consultar, recibir orientación, informarse, ser cuidadas por los servicios, recibir medicación, tratamiento integral y oportuno, dadas las limitaciones en los paradigmas y en los modelos de atención en salud.” (Guía Diversidad Sexual, 2009: 16)

Desde el MSP con esta guía se pretende aportar a una mirada de política pública que atienda la diversidad sexual de la ciudadanía, visto que más allá de contar con leyes, normas sanitarias vinculadas a la SSR, algunas identidades y orientaciones sexuales no han sido contempladas integralmente. Así se busca llenar un vacío que aporte a una atención de mayor calidad y especificidad en esta línea.

La guía describe sobre cómo tienen que ser los centros de salud y la atención brindada por los equipos para ser de calidad. Importa que sea el MSP quien expresa que no se

debe discriminar y se debe brindar un trato adecuado a todas las personas. Sin embargo la guía cuenta con un enfoque que hace mayor énfasis en los hombres que tienen sexo con hombres (HSH), categoría que alude a un discurso sanitario.

Desde el Colectivo Ovejas Negras³ se la ha utilizado y entregando a personas y personal de salud con quienes articulan y especialmente en el marco del Proyecto Centro de Salud Libre de Homofobia (más adelante se describe). Destacamos esta construcción participativa, pues se parte de sujetos sociales que producen incidencia en las políticas públicas de salud y lo hacen desde la pertinencia y fuerza que habilita un mecanismo institucional de la participación, un espacio de ejercicio ciudadano entre Estado y sociedad civil como lo es la Mesa de Trabajo. Instala un tema de preocupación social en el marco de la construcción de la agenda pública y posibilita la apertura de un camino a recorrer en la búsqueda del reconocimiento de identidades y sexualidades subvaloradas que merecen una atención de calidad a nivel sanitario.

La guía reconoce la existencia de discriminación y estigma, en la sociedad y en el ámbito de la salud, que se encuentran asociados a la orientación sexual y la identidad de género. Busca “promover la transformación del modelo heterocentrado de atención en salud sexual y reproductiva, que produce una silenciada retracción del sistema de salud para gays, lesbianas, travestis y transexuales.” (Guía, 2009: 12)

Hace un reconocimiento de forma positiva a personas LGBT, revalúa a sexualidades devaluadas, poniendo en cuestión las valoraciones institucionales heteronormativas.

Encontramos en la Guía un instrumento de políticas de reconocimiento, de aquí la importancia de la capacitación y actualización de los recursos humanos que tienen la responsabilidad de garantizar el acceso al derecho a la salud.

Se quiere contribuir “desde el Estado a la implementación de políticas públicas que incorporen la Diversidad Sexual como derechos humanos fundamentales tal como lo establece la normativa nacional e internacional.” (Guía, 2009: 12). Es una guía dirigida a los equipos de salud y “tiene por finalidad visibilizar situaciones muy sentidas por la comunidad de hombres y mujeres no heterosexuales y personas trans y generar servicios de salud incluyentes, integrales, con enfoque de género, de DDHH y de diversidad sexual.” (Guía, 2009: 17)

El documento hace un recorrido por los textos de las Convenciones que ha firmado Uruguay, nuestra constitución, la Ley contra toda forma de discriminación, el Código Penal, la Ley por el derecho a la identidad de género y cambio de nombre registral. Por último, refiere que la OPS y la OMS evidencian que “la homofobia, la discriminación y el

³El Colectivo Ovejas Negras es un colectivo de personas LGBTI que defiende la diversidad sexual y sus derechos. Por mayor información <http://www.ovejasnegras.org/nosotros.html>

estigma hacia las personas por su orientación sexual e identidad sexual y de género constituye una barrera para el acceso de las personas a los servicios de salud, a la consulta y la continuación de tratamientos para la mejora de su salud.” (Guía, 2009: 24)

El documento plantea recomendaciones al sistema de salud, entre estas enumera:

- La importancia del involucramiento de todo el equipo de salud, personal técnico y administrativo.
- Visto que los equipos transitan por situaciones de ansiedad y confusión por no sentirse con la preparación para la atención a personas LGBT, se recomienda que los centros de salud públicos y privados implementen dispositivos, procedimientos y guías de atención y apoyo para garantizar la calidad de la atención.
- Sensibilización y capacitación a los equipos en la atención a personas con orientación e identidad sexual diversa, desde una perspectiva de género y derechos.
- Se sugiere una atención en salud que tome en cuenta las especificidades de la población LGBT.
- Condenar y sancionar toda forma de discriminación en los servicios de salud por razón de identidad u orientación sexual.
- Implementar una estrategia de comunicación con mensajes e imágenes que aporten a la visibilidad de la diversidad sexual. Generar cartelera amigable en espacios como sala de espera, recepción, consultorio que aporten a generar un espacio de confianza, pertenencia, identificación y credibilidad de usuarias/os.
- Atención en salud mental, por la voluntad de quien consulta o por indicación.
- Difundir información sobre organizaciones LGBT que brinden contención y apoyo.
- En formularios y documentos para usuarios/as recomienda incorporar un lenguaje inclusivo referido a las distintas expresiones de la sexualidad; en la consulta al indagar sobre la pareja se evitará presuponer la heterosexualidad; referido al estado civil incluir la unión concubinaria y la posibilidad de parejas múltiples; garantizar el derecho a la privacidad y la posibilidad de no contestar alguna pregunta.

Recomendaciones al personal de salud:

- Proveer una atención que sea competente para gays, trans, hombres que tienen sexo con hombres, lesbianas y bisexuales.
- Capacitación continua y gradual con perspectiva de género, diversidad sexual y derechos humanos.
- Comunicación y escucha abierta, respetuosa de las creencias personales, empática, confidencial y privada, libre de discriminación y comportamientos hostiles, para la eficacia en la resolución de la consulta.

- En relación a la pareja sexual hay varias precisiones: no presuponer el sexo de la pareja de quien consulta; en cuanto a la noción de “pareja estable”, se plantea tener en cuenta que esto no significa la monogamia; sobre las prácticas sexuales, se propone entender que las personas pueden o no estar involucradas emocionalmente; busca la consideración de que no necesariamente se corresponde la práctica sexual con la orientación sexual y la identidad sexual y de género. (bisexuales, HSH, transexual homosexual).
- Evitar ver a la persona como posible “paciente con VIH”.
- Indagar sobre situaciones de violencia doméstica.
- Prevenir el cáncer de próstata, detectar ITS y otras patologías a través del control de ano y recto en gays y HSH.
- “Se recomienda en la atención de mujeres no partir de presupuestos de heterosexualidad y considerar que las lesbianas tienen derechos respecto de elegir tener o no tener hijos/as” (Guía Diversidad Sexual, 2009: 31)
- Se realizan consideraciones específicas sobre población trans, referidas al estigma, discriminación y violencia que viven como grupo social

Luego se presentan consideraciones para la orientación y atención en ITS. Existe una mayor prevalencia de ITS en HSH y trabajadores sexuales por el mayor riesgo que presentan las relaciones anales. Sin embargo estas personas aún reconociendo síntomas que podrían estar vinculados a ITS no recurrieron a atención médica. Si bien el motivo para no consultar es multicausal, el estigma asociado a las ITS con la población de orientación sexual diversa conlleva a la resistencia a la consulta, seguimiento en los controles y tratamientos. Es decir que la preocupación del sistema sanitario debe centrarse en que la discriminación es un factor con mucho poder como para alejar a estas personas de los servicios de salud. De aquí la validez de una guía de estas características como forma de orientar la consulta y distinguir líneas de acción y recomendaciones fundamentales para garantizar un mayor y mejor acceso al derecho a la salud. En consecuencia, “La orientación/asesoramiento motiva a desarrollar estilos de vida más saludables, a ser más responsables con sus comportamientos y a mostrar mejor adherencia a los tratamientos de ser necesarios.” (Guía, 2009: 36)

Además este documento enumera las guías de salud previamente desarrolladas por el MSP, que están vinculadas a la promoción de salud, prevención, diagnóstico y tratamiento de ITS con el objetivo de que sean tenidas en cuenta para la mejora de la calidad de la atención en las instituciones de salud.

Si bien la Guía es parte de un proceso participativo entre colectivos de la diversidad

sexual y actores institucionales, nos preguntamos en qué medida los movimientos de la diversidad sexual visibilizan en su interior a las lesbianas y qué lugar ocupan en estos reclamos. Es decir, qué se dice en la guía sobre las lesbianas, en qué lugar aparecen, pues pareciera que de algún modo aún quedan de cierta forma invisibilizadas.

La experiencia de los Centros de Salud Libres de Homofobia

En nuestro país son escasas y recientes las acciones que encontramos vinculadas este tema en el marco de las políticas de salud. El tema de la diversidad sexual se encuentra mucho más incorporado en la agenda de algunas organizaciones de la sociedad civil que buscan incidir en las políticas para transformarlas, pero no se encuentra tan incorporado en la agenda pública, más que con algunas acciones concretas.

Entre estas acciones identificamos que, en junio de 2012 en el Centro de Salud de Ciudad Vieja de Montevideo se lanzó una iniciativa piloto, al constatar que las políticas públicas en Uruguay no han tenido en cuenta las necesidades en salud de las personas LGBTI. Se desprende que ha predominado un enfoque de riesgo, vinculando principalmente a algunas de estas personas en las estrategias de prevención del VIH-SIDA.

Este proyecto es un trabajo interinstitucional entre el MSP, la Red de Atención Primaria de ASSE⁴ (RAP ASSE), el Departamento de Medicina Familiar y Comunitaria de la Facultad de Medicina, el Colectivo Ovejas Negras y el Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA). Se basa en la guía sobre diversidad sexual publicada por el MSP, descripta anteriormente, para realizar un proceso de capacitación del equipo de salud de la institución y sensibilización en el barrio para difundir el servicio.

Valeria Rubino (2012) en una nota en la República de las Mujeres afirma que “Un centro de salud libre de homofobia es una institución de salud cuyo equipo considera las diferentes orientaciones sexuales e identidades de género sin preconceptos y sin discriminación, buscando romper las barreras de acceso al sistema sanitario y entendiendo que las orientaciones e identidades sexuales afectan a la salud en su conjunto. En él las personas son llamadas por el nombre con el que se sienten identificadas, integran la diversidad sexual en su estrategia comunicacional no realizan presuposiciones previas sobre su comportamiento sexual -que pueden derivar en diagnósticos y tratamientos errados- e informan sobre comportamientos saludables.”

Se conoce esta experiencia a través del relato del Colectivo Ovejas Negras y del personal del Centro de Salud de Ciudad Vieja.

Una integrante de esta organización plantea que “desde el sentido común puedes llegar a

⁴La Administración de los Servicios de Salud del Estado tiene como misión ser la organización referente en atención a la salud en nivel nacional que promueve una atención humanizada, de acceso equitativo y que brinde un servicio de excelencia. Fuente: www.asse.com.uy

que a las personas nos tienen que tratar bien y no discriminarnos” pero esta intención parecía no alcanzarles como colectivo ya que encontraron que existen acciones más específicas para llevar a cabo un servicio que fuese sensible e inclusivo para todas las personas y así “Trabajarlo desde el caso nuestro desde el impacto que produce el corrimiento de las identidades de género en el caso de las personas trans o el corrimiento de las sexualidades heteronormativas que está siempre ahí gobernando el sistema e impidiendo el acceso de personas lesbianas, bisexuales, gays”.

Así mismo desde el personal de salud se identifica que “más allá de que uno se sienta afín con la idea de no discriminar, a veces uno discrimina sin querer. Cuando vos le preguntas a la persona, ‘te cuidas para no quedar embarazada?’ y das por sentado que tiene riesgo de embarazo y capaz que no lo tiene. En determinado momento yo empecé a cambiar mi discurso, sin querer discriminar pero capaz que lo hacía sin querer hacerlo.”

Por lo tanto se reconoce que cuando una persona acude a un servicio de salud “espera recibir información que le permita tomar algún tipo de decisiones incluso la decisión de no voy a hacer nada y me voy a morir de este dolor, te dicen sería bueno operarse pero tiene tal riesgo entonces uno decide no me voy a hacer la operación. En este caso entrás y salís y no te llevás nada de la consulta. Ese era un problema importante que queríamos trabajar y ahí fue que empezamos el proceso y empezamos a darnos cuenta que había mucho más que conversar con el sistema de salud que sean buena gente. No sólo cambiamos las preguntas sino además adquiramos una mínima información.”

Esta experiencia piloto inicia hace dos años “con muchas charlas con la coordinadora del área metropolitana de la RAP ASSE, con Salud Pública, con residentes de medicina familiar y comunitaria que fueron el puntal de este proyecto para ver a dónde era que había las mejores condiciones, no solamente una dirección que pudiera querer esto, que de hecho lo recibió muy bien la dirección de Ciudad Vieja, sino un equipo de trabajo que fuera dialógico, capaz de tener debate, fueron muchas condiciones. Eso en Ciudad Vieja se daba, además era un epicentro, casi la mitad o una cuarta parte de Montevideo tiene zona de influencia ahí, además es una zona de mucho tránsito de gente que viene de otros lados, nos gustó y ahí decidimos.”

Desde el Centro de Salud se plantea que “uno de los centros que tomó la iniciativa en estas cosas fue este, porque acá hay una población bastante frecuente de pacientes lesbianas, trans entonces se tomó como decisión hacer de este uno de los centros libres de homofobia”, es decir que este proceso impactaría directamente en la población que previamente asistía al mismo.

Se trabajó con todo el equipo y todas las especialidades para abordar “los problemas que

vimos en lo cotidiano y cada equipo específico, los de farmacia por un lado, los de archivo por otro, los de recepción por otro, los auxiliares de limpieza por otro, los médicos de medicina general por otro, los ginecólogos por otro y así cada uno pensaba qué podía hacer, que cosas debería modificar y qué cosas podría hacer para que a cualquier persona de nuestra comunidad que fuera a ese centro de salud no le pasara eso.”

Los talleres contaron con recursos gráficos, videos de pacientes en la consulta, situaciones cotidianas de una policlínica como pedir número, estar sentados en la sala de espera. “Todos los lugares en que cada uno de nosotros puede llegar a interactuar con los pacientes. Desde todo punto de vista porque (...) capaz que no lo haces por discriminar y vas a sala de espera y pedís un número y muestran una cédula, el tema de no violentar a las personas, pueden no haber cambiado todavía su cédula y ves que está vestida de mujer y no la vas a llamar Juan Pérez. Te digo por ejemplo, en archivo que ven una mujer y cuando le piden la cédula dice Juan Pérez intentando de sensibilizar al personal de la importancia de no violentar a las personas, no generar situaciones que hagan que la persona pueda no volver, y que peligre el que pueda continuar la consulta.” De esta manera con estas instancias tanto la población que asistía fue cambiando así como el funcionariado fue comprendiendo cómo mejorar la atención de estas personas en lo cotidiano del Centro de Salud.

En cuanto a las características del servicio “no es que tenga ni un horario específico para atender a la población LGBT”, con este proceso se logró que el mismo fuese sensible a la población LGBT y que cuando consulten tengan respuestas acordes a su situación.

Este proceso se realizó de manera conjunta con el Centro “donde todo su equipo se dedicó casi dos años a pensar esto, a autoevaluarse en ese sentido y se propuso metas de evaluación y transformación con ese perfil. Trabajamos con todo el equipo y cerramos esa experiencia con esa lógica que era ir conquistando eso, hablar con todo el mundo, desde la puerta hasta el último consultorio.”

Al proceso de formación realizado se lo reconoce como muy receptivo desde el comienzo, si bien se plantea que el personal médico fue el más difícil para trabajar. Por esta razón para cada equipo de especialidades y áreas dentro del servicio se utilizó una estrategia diferente. “En el caso de los médicos fueron jefes de distintas entidades vinculadas a la salud, a las cuales les pedimos una colaboración más importante con el proyecto que no es menor, de pasar tres días antes de que teníamos una actividad de capacitación por ejemplo y decían nos vemos el jueves, entonces los médicos sentían que iban a estar ahí, entonces era algo re importante y tenían que estar y los primeros encuentros los generamos así.” Luego de quebradas algunas barreras o resistencias del comienzo se

logró un gran interés y receptividad por la propuesta de trabajo colectivo. En el caso del personal médico incluso trajeron profesionales del exterior para abordar temas más específicos del área de la proctología.

Según el personal de salud del Centro de Salud estas personas ya venían a la consulta, son pacientes que siempre asistieron a la consulta, y en algunos casos se acercan más. Las pacientes pueden venir por otros motivos y plantear también que son lesbianas. Sobre pacientes trans agrega que no se ha logrado que consulten tanto como les gustaría que lo hicieran.

Se aprecia que el personal se encuentra sensibilizado en el tema, especialmente acerca de la población trans donde se manifiesta que “esta iniciativa surge porque estas pacientes están muy solas, todo lo hacen en la clandestinidad y hacen tratamientos que a veces son muy costosos y muy riesgosos y que no logran acceder y que por la misma discriminación que puede haber de sentarse en una sala de espera”, así es que se realiza esta campaña de sensibilización hacia el funcionariado de la institución.

El Centro de Salud identifica un rol protagónico de la organización Ovejas Negras en la sensibilización de los equipos y la especificidad que implicó trabajar con las distintas disciplinas médicas.

Se describe que “hubo varias etapas, después se hizo una presentación general donde estábamos todos, las policlínicas, las autoridades y las organizaciones de trans y lesbianas y a partir de ahí quedamos en esa relación”. Se evalúa que funciona bien, que fue bien aceptado por los funcionarios, se recibió como una buena idea. También identifican que “vienen muchas en frente, en el Maciel funciona endocrinología, la Dra Ibarra que es la que ve específicamente todo esto, es la que seguramente tenga más pacientes”.

En cuanto a la consulta de las lesbianas se plantea que asisten por consultas habituales dentro de los controles ginecológicos. “A veces puede pasar que surge en la consulta porque lo dijeron espontáneamente o a veces uno indaga y surge que la paciente tiene relaciones homosexuales.” Se pretende invitarlas a que tengan los controles, incluso si tienen pareja se les sugiere invitar a su pareja a concurrir al servicio. Se recalca “el hecho de que más allá de que no tengan relaciones con hombres y que no haya penetración la importancia de hacerse el PAP. Tratar de remarcar todo eso y que se los trasmitan a sus parejas que es una forma de acercar a otras personas que no se controlan porque es verdad que hay muchas que no se controlan. Las que están acá se controlan, ya están, pero a veces te dicen mi pareja tiene aversión por el ginecólogo, no viene, no quiere saber de nada.” Se aprecia por tanto que las lesbianas consultan menos al ginecólogo y que

influye en esto factores culturales estructurales para hacerse visibles en la consulta.

Este espacio denominado “libre de homofobia” se fue difundiendo en la zona y entre las personas que se fueron acercando al centro de manera muy positiva. “A nosotros nos pasa mucho que pacientes dicen me mandó una amiga que vino a la consulta, se sintió cómoda y sigue viniendo, eso nos pasa mucho. Funciona entre los médicos que se recomiendan uno a otro, esas cosas también.”

Desde este espacio se reconoce el aporte de este proceso como habilitador e inclusivo de todas las sexualidades, modificando las condiciones para la consulta, así se expresa por ejemplo: “también te puedo decir si no cambió en mi algo que invite a que la persona pueda abrirse más o expresar su opción sexual que capaz no era una de las cosas prioritarias en la consulta.”

Finalizando este proceso de trabajo desde el Colectivo Ovejas Negras testearon al personal a través de personas LGBT que acudieron a las consultas como cualquier usuario/a con distintos motivos de consulta y luego las mismas personas del Colectivo les realizaban una devolución al/la profesional que les entrevistaba. “la primera vez que me sentí totalmente cómoda con una ginecóloga en una consulta fue con ella, yo me atiendo por ASSE y una de las fases que hicimos después de empezada la tarea y generado lo que creíamos que podía ser una transformación fue ir a testear. Gente de Ovejas y otra gente que no era de Ovejas a colaborar yendo a la consulta como cualquier hijo de vecino (...) Lo hicimos con un criterio de devolución y no de mero espionaje, había gente que no le daba pero la mayoría fuimos, vivimos la situación de consulta, nos sentimos más o menos incómodas, yo me sentí super cómoda (...) y les hicimos una devolución de aquellas cosas que incluso sintiéndonos cómodas no estaban tan buenas y tuvimos muy buena receptividad.”

Con esta experiencia se aprecia que es pertinente entender este tema desde las y los profesionales de la salud y desde las y los usuarios. Así como para el presente proyecto de tesis interesa tener en cuenta ambas visiones con la finalidad de identificar las barreras que se generan en este encuentro – (des)encuentro. Desde el Centro se reconoce que la discriminación también acarrea problemas de salud, principalmente cuando nos referimos a SSR, y entre estas expresiones señala: “las dificultades de acceso a la consulta ginecológica por parte de las mujeres lesbianas, baja tasa de realización del Papanicolaou (PAP), prevalencia de infecciones de transmisión sexual, problemas derivados de la utilización de hormonas o el uso inadecuado de siliconas e implantes por parte de las personas trans, entre otros”

Por lo cual la formación y sensibilización del personal de salud es fundamental a la hora

de generar mayores niveles de acceso a los servicios por esta población.

También refieren a la necesidad de “una reeducación para el uso de los servicios desde esta nueva situación, más incluyente” por parte de la comunidad LGBTI.

Se pretende que esta experiencia aporte a otros centros de salud del país por esta razón se continuó trabajando también en el Centro de Salud perteneciente al Centro Cívico Salvador Allende de Barros Blancos, Canelones. En este espacio “el trabajo rindió muchísimos frutos por ejemplo conocimos a la gente del resto del lugar, no sólo de la policlínica sino a los residentes que probablemente fueron unos guerreros e impulsaron mucho el tema. También la gente del centro de atención ciudadana.” Se expresa que en el centro de atención ciudadana de Barros Blancos quedó toda la folletería en las carteleras, además “las funcionarias/os preparados para dar un folleto a la población y explicarle de qué se trata e incentivarlo para que llegue a la policlínica y eso fue maravilloso, el mejor equipo de trabajo”.

Esta experiencia de trabajo en ambos centros para la inclusión de la población LGBT permitió aumentar la demanda de esta población en los servicios así como la demanda de los equipos de salud por querer tener capacitación en el tema. “también fue un baño de realidad de que hay lugares donde llega más y donde la capacitación externa no tiene necesariamente que ser el mejor método para llegar. A veces hay lugares donde hay que buscar otras formas complementarias. Todo este trabajo nos hizo darnos cuenta, la demanda que crecía después que salíamos en la prensa que nos llamaban de todas partes como si viviéramos de esto, incluso si viviéramos de esto no nos daban las horas del día para asumir toda la demanda que llovió.”

Metodología de la investigación

El estudio se basará en una muestra tomada de los diferentes sub grupos identificados como población objetivo. La selección de los grupos objetivo se basa en el concepto de que para contribuir al desarrollo y fortalecimiento de los servicios integrales de salud sexual y reproductiva en el marco del Sistema Nacional Integrado de Salud, es necesario conocer las creencias y percepciones de los diferentes actores intervinientes en el proceso de atención de la salud sexual y reproductiva.

Según estos antecedentes es que para la presente investigación se ha elegido realizar entrevistas en profundidad a informantes calificados/as del área de la salud y de organizaciones de la diversidad sexual, a lesbianas y a profesionales de la salud sexual y reproductiva que trabajen en los servicios de SSR, y en el Centro de Salud Libre de Homofobia.

Esta elección tiene como fundamento realizar un estudio que incluya especialmente la voz de las lesbianas en esta investigación, que permita caracterizar la atención que se brinda actualmente en nuestro país en los servicios de SSR a las lesbianas y bisexuales y analizar cómo es la atención de las y los profesionales de la salud y las necesidades específicas de las lesbianas.

Ginecología: relatos de la atención ginecológica.

Se consulta a cuatro profesionales de ginecología. Se presentan a continuación sólo algunos elementos de análisis de la investigación.

La atención de las mujeres aparece vinculada, en la investigación, generalmente a la salud reproductiva. Se colocan una serie de supuestos en ellas que condicionan cómo será la atención de una mujer que consulta. Al indagar sobre abordaje del servicio en relación con la orientación sexual, se observa que no es un tema que se aborde, ni se conoce cómo hacerlo, ya que no hay protocolos de atención en las instituciones públicas ni privadas.

Se observó una actitud respetuosa por parte del personal, si bien manifestaron explícitamente encontrarse con dificultades para un abordaje integral que no parta de una lógica heterosexual.

“Eso surge en el momento de la charla, que parte un poco del paciente el cual lo manifiesta. A mí me ha tocado ¿tiene hijos? No. Mantengo relaciones solamente homosexuales, y se respeta.”

Hay desconocimiento sobre cómo habilitar que la persona lo plantee, ocurre que surge sólo por iniciativa propia de la mujer que consulta.

“Hay que aprender a trabajar, y a decir no, porque obviamente uno dice que es muy fácil, que son distintas opciones y que todo, pero tenes que aprender que nunca viene y te lo dice y que obviamente es una paciente igual a cualquier otra, tenes que asesorarte y también hay que aprender que no hay que decirle a nadie, porque es un tema confidencial de ella”.

Existe un gran desconocimiento de qué acciones son las específicas para mujeres lesbianas, en cuanto a prevención y atención en salud. Las y los ginecólogos manifiestan su escasa o nula formación para abordar una consulta cuando la mujer es lesbiana. Falta información de los/as profesionales sobre las formas de protección para evitar la transmisión de ITS en las relaciones lésbicas y se desconoce cómo brindar asesoramiento acerca del sexo seguro entre lesbianas.

“Creo que me he mantenido distante con eso, porque nunca les pregunté les ofrecí un asesoramiento... además no me siento capacitada, cuando me dicen, soy lesbiana, que me ha pasado unas cuantas veces, me siento un poco incómoda porque yo les pregunté por ejemplo, ¿usas preservativo?, en algunas cosas di por sentado que ella era heterosexual.”

Si bien estos ejemplos nos muestran que tenemos grandes problemas para llegar a incorporar nuevas nociones de sujeto, es interesante la humildad del planteo y se identifica la falta de formación. Asimismo, más allá de que hubiese voluntad y en el discurso se le consultara si tiene pareja y sobre sus prácticas sexuales, no hay capacidad instalada para abordar la consulta.

“Cuando me entero que es lesbiana porque me dicen: mi compañera... ta? Y ahí bueno, hay que recular, saltar, dar la vuelta pa’ atrás y volver a empezar.”

“Hay veces que les digo, hay perdón, y después quedas medio cortada, no por ser cortada, pero sino por la tontería de haberle dicho tu compañero.”

La orientación sexual de las mujeres no es una temática abordada por el personal médico, han manifestado que no poseen las herramientas necesarias para este abordaje. Esta dimensión de la sexualidad no está interiorizada ya que en general se parte del estereotipo de mujer heterosexual que representaría “supuestamente” la mayor proporción de consultas.

Por esta razón los servicios de salud deben considerar las necesidades y demandas de todas las mujeres, para que todas accedan y se las habilite a plantear su consulta en un servicio de salud. Es pertinente generar condiciones para dar las respuestas más adecuadas a estas necesidades. La sensibilización y capacitación del personal de salud es un elemento fundamental si pensamos en políticas públicas que puedan ser inclusivas, pero también la investigación en este campo que tan poco reconoce el discurso médico. No hay protocolos de atención, no se contempla la posibilidad de la mujer de ser lesbiana, no se la visibiliza y en consecuencia no estarían formando parte de las políticas de salud.

La atención ginecológica y la voz de las lesbianas.

Con la finalidad de conocer la situación de las lesbianas en relación a la atención en salud, se realiza una caracterización de la atención que se brinda en la consulta ginecológica según como es percibida por las usuarias.

A nivel del sistema sanitario identificar algunas barreras puede ser una herramienta que permita comprender cuál es la situación de las lesbianas en la consulta.

Se accede a realizar entrevistas en profundidad a lesbianas, a través de la metodología “bola de nieve”. Las entrevistadas se encuentran entre 25 y 35 años, cursan o han finalizado estudios terciarios y/o universitarios, y al momento de la entrevista se encuentran trabajando. Viven en distintos departamentos del país, en zonas urbanas. Tienen cobertura médica por el FONASA y son socias de una institución de asistencia médica colectiva.

Consulta a medida de quién?

Desde las usuarias se identifica que tanto la consulta ginecológica, como los servicios de

salud no están pensados para cualquier mujer, la imagen de este espacio refiere a la idea de una mujer madre o con potencialidad de serlo. Toda la atención está vinculada con la reproducción, sea para buscarla como para evitarla.

“siempre se dice que el sistema de salud está pensado para las mujeres, no, el sistema de salud está pensado para las mujeres en tanto madres biológicas, en tanto mujeres gestantes parturientas o mamás de niños muy chiquitos.”

Las mujeres por lo general recurren con mayor frecuencia a los servicios de salud cuando están gestando, por controles, incluso se asocia que se vinculan más aún cuando está presente el cuidado de sus hijos.

“La potencialidad de embarazarse primero, en el embarazo luego y en el parto. Entonces qué pasa, las mujeres lesbianas tenemos estadísticamente muchos menos gestas y partos porque es una decisión no una consecuencia, que las mujeres heterosexuales.”

Estas usuarias expresan que las imágenes y mensajes que se transmiten desde quienes llevan a cabo y gestionan los servicios de SSR, incluso desde temprana edad, están dirigidos a determinadas mujeres.

“En plena adolescencia o ya un poquito después, toda la información que se vuelca a la población para incentivarlos para ir a consultar, tienen que ver con embarazos no deseados, tienen que ver con enfermedades o que vinculás directamente con relaciones heterosexuales. Capaz que se podría pensar como no siento que esta información o esta motivación a consultar venga dirigida hacia mí. Me pasa eso.”

Se identifica que las políticas de SSR están dirigidas a determinadas mujeres, que la información siempre es sobre el embarazo o sobre formas de contagio de ITS que refieren a la relaciones entre heterosexuales. La folletería, los afiches están dirigidos a determinada población de mujeres, por lo cual es menos probable que se sientan incluidas las lesbianas y creer que la consulta es un espacio para ellas.

“Sobre todo desde el principio, previo a eso que te decía recién, el hecho de incentivar y dar información y repartir preservativos y que te repartan un folleto que diga cómo no quedar embarazada, que sea desde ese lugar la información más abierta, dirigida a todos homosexuales, bisexuales y heterosexuales.”

“No estaría identificada cuando te llega un folleto para vos mujer homosexual este folleto te va ser de ayuda. Capaz que si para una mujer adolescente heterosexual le puede brindar más información o ayuda. Tampoco está mal recibir información heterosexual pero siento eso.”

“En cuanto a la información que se brinda esto que te decía que a veces no está muy diversificada, viene más dirigida.”

Preguntas que incomodan

Se describe que existe un conjunto de preguntas que son de rutina en la consulta, que se repiten en todas las usuarias entrevistadas.

“Ahí empezaron las preguntas de rutina”

“cuándo fue tu primera relación sexual, le dije que no había tenido con penetración con un hombre nunca tuve una relación sexual y me dijo cómo te cuidas, no me cuida, por qué no te cuidas, y le dije tengo relaciones con una mujer y fue ah bueno bien, y seguimos.”

No se muestra un clima de escucha hacia la información que transmite la usuaria. Luego de que la usuaria plantea que tiene relaciones con mujeres parece que no hay nada más para conversar.

Los sentimientos que aparecen frente a estas preguntas son variados y tienen en común que son negativos en todos los casos. Incomodidad, vergüenza, no saber si podrán o no expresar su orientación sexual, inseguridad y desconcierto. La consulta implica para varias de estas mujeres el prepararse para salir de closet una vez más, sabiendo que puede implicar un respuesta hostil incluso.

“En principio porque siempre asumen que estuviste con un tipo y después alguna vez me pasó que le dije yo tengo relaciones con mujeres como que se ríen, les causa... y te hace sentir muy incómoda.”

“En realidad muy incómoda, me fui lo más rápido posible y chau.”

Desde los profesionales se presentan actitudes tales como burlas, risas, expresiones que no corresponden a una atención amigable como debería ser el espacio.

“Esperaba que se tratase más de forma profesional, me parece que el tema de la risa y toda esa pelotudez no va, de última te gusta o no te gusta pero manejalos. Si tenés formación tenés que tratarlo de forma profesional.”

Para la mayoría existe desconocimiento por parte de las y los ginecólogos para abordar la consulta de manera profesional.

“He ido y es como medio raro siempre el tema de ir al ginecólogo. Yo lo planteé con el ginecólogo porque me parecía que era una necesidad más allá de que yo no tenía ninguna duda con nada ni nada para preguntarle, si que el supiera que mi pareja era una chica y si había algo de lo que conversar. El no supo tratar el tema, y me siguió haciendo preguntas medias tontas como con qué me cuidaba, si usaba preservativo o si no, si quería quedar embarazada, no recuerdas que yo te había dicho, fue medio raro, ahora hace pila que no voy.”

Se entiende que estas situaciones son un gran obstáculo porque no contribuyen a que estas mujeres asistan y consulten con frecuencia en los servicios de SSR. Por otra parte se observa con claridad que es una consulta donde no las consideran.

Según una de las usuarias requiere un esfuerzo el tener que explicar que no tienen relaciones con hombres. “En realidad la pregunta que te hacen, nunca piensa que yo hace como 10 años la última relación que tuve con un hombre. Entonces caigo ahí y las preguntas no son para un público, por cuándo fue tu última relación, cómo te cuidaste para no quedar embarazada, esas preguntas son..., me esfuerzo en decirle hace 10 años que no tengo relaciones con un hombre.” Las preguntas aparecen descolgadas del contexto que las mujeres plantean. Se refieren a la necesidad de tener que esforzarse para explicar repetidas veces que no tienen relaciones con varones. “Claro. Estoy segura que no estoy embarazada porque hace 10 años que no tengo relaciones con un hombre.”

La frecuencia en que asisten, en todas las entrevistadas es muy escasa, pasan entre 2 y 4 años entre las consultas. Algunas solamente han consultado una vez en su vida.

“Yo fui nomás porque hacía cuatro años que no iba y me pareció como una necesidad plantearle el tema de que yo estaba con otra chica (...) Le conté y me dijo bárbaro no hay ningún problema. Seguimos la consulta y me hizo una serie de preguntas que ya tenía estipuladas que siempre me las hace, si tuve abortos yo que sé y después de una serie de preguntas me pregunta con qué métodos me cuido de manera anticonceptiva y quedé como diciendo no tiene coherencia la pregunta.”

Se vuelve a repetir que se utilizan preguntas cual si fueran una rutina, se identifica que no hay escucha, cuando plantean que tienen relaciones con mujeres la consulta no es modificada, aún como que si eso que dicen no tuviese importancia o no alterara la consulta. Este tipo de situaciones desestimula a volver a consultar, afecta en si esta mujer volverá o no y además se desestima la pertinencia de hacer alguna consulta nuevamente.

“El cambio de la entrevista es fundamental, la entrevista de presentación. Eso es fundamental porque te dicen tenés pareja: si. Tuviste algún embarazo: no, te cuidas: si. Qué medio usas para no quedar embarazada: ninguno y ahí quedan y no saben qué responder entonces tienen que cambiar un poco eso.”

Se espera algo distinto en la consulta ginecológica y quienes atienden no cumplen con sus expectativas. La consulta se la describe como cortante y concreta. Si la mujer no se cuida con ningún método queda todo por ahí.

En las consultas las usuarias manifiestan que se da por entendido que “tenés relaciones en primer lugar, que es con un hombre en segundo lugar y que tenés que usar preservativo”

Algunas revelan que la consulta no les aporta “nada” y lo repiten en varios momentos en las entrevistas, que quienes las atienden no les dicen nada luego que expresan su orientación sexual o también que lo que dicen no modifica en nada la consulta. Será que no se toma en cuenta, no se escucha o no se quiere ver? Cualquiera podría ser la respuesta.

“yo no soy tonta y me informo por otros lados pero me parece que me podría haber aportado en la manera en que te puedes cuidar así sea una pareja estable, hay métodos para cuidarse, tu manera de moverse o de enfermedades que se puedan dar, nada, no me dijo nada.”

El expresar que tienen relaciones con una mujer hace que la consulta se termine, se vacíe de contenido, y no haya más que decir.

“Entonces es como que decís es con una mujer, bueno y no hay ninguna pregunta de si se cuidan de alguna forma. En ese sentido fue bien concreto, al menos mi experiencia fue así. No me cuido, tengo relaciones con una mujer, bien, y nada más.”

Algunas se manifiestan con cierta predisposición a que esta situación suceda en la consulta, por este motivo surge la pregunta sobre qué puede implicar para una mujer el ir a una consulta ginecológica dispuesta a que la consulta pueda no tener nada que ver con ella.

“No me generó un impacto de violencia más allá de que yo sabía que podía suceder de las preguntas que podía esperar que me hicieran que no tenían nada que ver conmigo, iba predispuesta a eso.”

“Ya esperaba las preguntas que me hicieron y en ese sentido es un trámite.”

La consulta se transforma en un espacio impersonal, sin referencia a lo que la usuaria plantea, parece que no hay nada más luego del momento incómodo.

Al consultar si esa idea previa que tiene el doctor o la doctora influye en que la mujer que consulta no se anime a decirle o no quiera decirle que tiene relaciones con mujeres, responde una usuaria:

“Totalmente. Porque yo voy a suponer que esa persona no me va a entender porque si dice algo de tuve relación con un hombre, cómo le voy a decir algo si se que ella no está bien para entenderme. Yo hablé porque soy así y no tengo problema pero cuántas personas no pueden hacer lo mismo, yo conozco un montón y supongo que tú también.”

Otra práctica que se observa es que cambian de ginecólogo/a, y por lo tanto, no mantienen un vínculo con el mismo profesional. “Obviamente que cambié.”

“En general está bueno tener alguien de referencia y luego si te sentís bien mantenerlo”

En algunos casos hay usuarias que nombran que les han pasado el nombre de una ginecóloga que tiene mayor sensibilidad para la consulta con lesbianas. Estos relatos muestran que existe una búsqueda por una mejor atención de la que existe.

“Había pensado en algún momento cambiarme a MP o alguna medicina privada pero a veces es la misma gente.”

PAP

La realización del PAP es la forma que se tiene para detectar de forma temprana patologías del cuello del útero, por lo tanto si las lesbianas con frecuencia saltean la consulta ginecológica y la realización de este estudio existe menor probabilidad de la prevención de estas enfermedades en estas mujeres.

Las lesbianas realizan el PAP por la necesidad de contar con el carné de salud para trabajar. Se aprecia que esa es la razón para hacerlo y no parece relacionarse con su salud si no con la obligación de contar con él. Incluso se observa que cuando tenían relaciones con varones sí lo hacían como examen de rutina, sin mayores cuestionamientos.

“Nunca tomé pastillas anticonceptivas y ese tipo de cosas. Las veces que he ido a las consultas con ginecóloga es por el carné de salud, tengo que hacerme el PAP.”

Sin embargo, la obligatoriedad del PAP para la obtención del carné de salud, a veces tiene formas de ser evitada que las mismas lesbianas identifican y eso implica que no asisten ni siquiera a la consulta.

“el carné de salud que fue otro impacto en la vida de las mujeres porque ahora cada seis meses lesbianas y bisexuales tienen que ir por lo menos a hacernos el carné de salud a menos que decidamos pasar por el PAP y ahí lo tenemos dos años. Qué pasa una va por el carné de salud, llega a la consulta ginecológica y se encuentra con un cuestionario que está lleno de asunciones porque tampoco se hace automáticamente como está diseñado.” Entonces la obtención del Carné de Salud es uno el motivo por el cual estas mujeres llegan a la consulta ginecológica. Por lo cual podría ser interesante profundizar si este hecho puede o no implicar un facilitador, ya que surge de la mayoría de las entrevistas que es este el motivo principal para llegar a los servicios de salud, por la necesidad de contar con el PAP para obtener posteriormente el carné.

Violencia institucional

Son varias las lesbianas entrevistadas que identifican que este tipo de actitudes descritas por parte del personal de salud pueden configurar una situación de violencia institucional, teniendo en cuenta que provienen de un servicio que tiene por finalidad garantizar su salud sexual y reproductiva.

Algunas manifiestan que existe violencia en esta forma de atención que se viene describiendo. “Hacer las preguntas sin dar por supuesto cosas que no son así. Cosas que generan esa violencia en una consulta.”

Las respuestas de las y los ginecólogos cuando las usuarias plantean que tienen relaciones con mujeres o que no han tenido o no tienen relaciones con varones, van desde el silencio, las risas, la burla a respuestas que bastante distan de una atención adecuada y atenta a los planteos que están escuchando. Estas conductas se vinculan con el ninguneo y la invisibilidad a la que están tan acostumbradas las lesbianas en otros espacios

“Se lo tomó como que yo era una persona que no tenía pareja hace 10 años. Medio que se rió y dijo bueno no está fácil, algo así me dijo. Totalmente anti ético y anti cualquier cosa”

“para mí el obstáculo más grande es la apertura del médico, es la condición de que todas las parejas son todas heterosexuales, desde que llegas hasta que salís las parejas son todas heterosexuales.” La heterosexualidad normativa es uno de los mayores obstáculos que aparece en la consulta para estas mujeres.

Entre sus pares conocen otras lesbianas que han vivido experiencias percibidas como violentas, incluso que han significado que realicen denuncias.

“Con compañeras hemos hablado he sabido de mucha gente que se ha sentido muy mal, que ha llegado a hacer denuncias o cosas de esas.”

Todas estas son algunas de las barreras que se presentan en las consultas y provienen del sistema de salud, sin embargo tenemos que sumar a esta situación, que estas mujeres también confluyen otras barreras vinculadas a su contexto social y de construcción de sus identidades.

La salida del closet en las lesbianas implica un proceso, pero al mismo tiempo hay quienes dicen que cada vez que una lesbiana se visibiliza es una nueva salida del closet. Por lo tanto, implica que estas mujeres previo a ir a la consulta, piensan y planifican si expresarán o no su orientación sexual, cómo lo hará y qué momento podrá ser el mejor para plantearlo.

“Con todo eso era como que me daba vergüenza, no podía ser así, estaba mal visto, en mi casa era un tema de mierda entonces menos que menos se lo iba a plantear a un médico que encima es el médico de mi mamá. Seguí así, tuve que consultar por un temita y tampoco ahí fue que le planteé, me acuerdo que fui y dije yo se lo tendría que plantear y llegué y lo dudé y dije no se lo planteo nada y más adelante, siendo más grande y habiendo pasado más cosas dije se lo digo y ta.”

Se aprecia que según como sea la consulta las lesbianas ocultan o no su orientación sexual y definen cómo transitar la misma.

Es presente trabajo de tesis incluye otros dos capítulos más de análisis que versan sobre a) el sexo seguro entre mujeres y b) la maternidad y las lesbianas, donde se desarrolla y analiza el vínculo con la salud sexual y la salud reproductiva, respectivamente.

Por último resta expresar que los servicios de salud deben considerar las necesidades y demandas de todas las mujeres, para que todas accedan y se las habilite a plantear su consulta en un servicio de salud. Es pertinente generar condiciones para dar las respuestas más adecuadas a estas necesidades. La sensibilización y capacitación del personal de salud es un elemento fundamental si pensamos en políticas públicas que puedan ser inclusivas, pero también la investigación en este campo de las políticas. Preocupa profunzamente que no se pueda considerar la posibilidad de la mujer de ser lesbiana, no se la visibiliza y en consecuencia no forman parte de las políticas de salud.

Cuáles serían las posibles recomendaciones para generar políticas más inclusivas en salud para las lesbianas?

Les invito a aportar propuestas

marianose@gmail.com