



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA
METROPOLITANA
UNIDAD XOCHIMILCO

DIVISIÓN DE CIENCIAS SOCIALES Y HUMANIDADES
MAESTRÍA EN ESTUDIOS DE LA MUJER

EL VIAJE DE LAS INVISIBLES

**Manifestaciones del Régimen Heterosexual en
experiencias de mujeres lesbianas en consultas ginecológicas**

T E S I S

PARA OBTENER EL TÍTULO DE:
MAESTRA EN ESTUDIOS DE LA MUJER

QUE PRESENTA:

Patricia Karina Vergara Sánchez

DIRECTORA DE TESIS: Dra. Monserrat Salas Valenzuela

LECTORAS: Dra. Norma Mogrovejo Aquisé

Dra. Ángeles Sánchez Bringas



México D.F.

Febrero 2013

Resumen

Existe un Régimen Político que norma concepciones culturales y comportamientos sociales. Cuando dicho Régimen se articula con el Modelo Médico Hegemónico surge un *binomio* de poder que en la atención a la salud construye y alimenta un único sujeto de atención: el heterosexual.

En consecuencia, cuando una mujer enuncia que es lesbiana y solicita reconocimiento como sujeto de atención ginecológica pone en tensión, al menos: la construcción social de mujer en el orden patriarcal, a la heterosexualidad obligatoria junto con sus principios hetero-reproductivos y el biologismo imperante en la biomedicina sobre lo que deben ser y para qué sirven los cuerpos de las mujeres.

El nudo no se resuelve: narraciones de invisibilidad y otras violencias en las experiencias de lesbianas en consultorios ginecológicos del Distrito Federal y Estado de México fueron colectadas en esta investigación.

Estos relatos no sólo consignan lógicas discriminatorias del sistema médico, si no dan cuenta de un fenómeno de dimensiones políticas; pues esas violencias y discriminaciones resultan de una estructura social, cultural y económica que controla el cuerpo y la sexualidad de las mujeres en general. En particular, respecto a las mujeres lesbianas, genera un proceso que en la cotidianidad afecta su salud y sus vidas.

Palabras clave: Régimen Heterosexual, Modelo Médico Hegemónico, Salud, ginecología, Antropología Médica Crítica, Lesbofeminismo.

Abstract

The extant Heterosexual Political Regime rules cultural concepts and social behaviors. When such Regime is mixed with the Hegemonic Medical Model, a power entity is born that focuses and enhances only one subject: the heterosexual person.

As a consequence, when a lesbian woman assumes herself as such and requests gynecological attention, she distresses at least: the social construction of women within the patriarchal order, the Heterosexual Regime and its principles, and the *biologism* that regulates bio-medics and how women's bodies should be perceived, understood and even used for.

This problem has no apparent solution: While performing this research work, *invisibility* and other types of violent attitudes were detected in gynecologists' offices throughout Mexico City and Mexico State.

The collected stories not only expose the discriminatory practices within the medical system, but denote a problem of political dimensions. These violent behaviors and discriminatory acts emanate from a social, cultural and economic structure that controls women's bodies and their sexuality in general terms. While in particular aspects, it engenders a process that seriously affects the lives and health of lesbian women.

Key words: Hegemonic medical model-Health, Gynecology - Critical Medical Anthropology – lesbian feminism

A Oriana, todas mis razones y sin razones, toda la ternura.

*A Doña Luz, a Tayde, a Enriqueta, a Esperanza y a Elvira, porque soy ustedes y soy
todas mis ancestras.*

A Adriana, porque eres luz de luz, amor de amor y la magia en la palma de las manos.

A Carmen Rico, amada bruja sanadora.

A Yan, amada ceiba que resiste.

A Ana, mi otra madre.

A Dragan, mi hermanito.

A Monse, Norma y Ángeles por el acompañamiento, la paciencia y la complicidad.

A Ana Lau, Mónica, Guadalupe, Eli y Edith: Gracias.

*A Mar, Sara, Maricruz, Elisa, Angélica, Alejandra, Miriam, Irma, Nadia, Xochiquetzal,
Perla, Rosa,*

Daniela, Jezabel y Mariana: Porque entre nuestras búsquedas, nos encontramos

*A todas las Lunas, a las de un día o las de siempre; a todas las cómplices: A Miris, a
María, Cris, Belén, Amparo, Lil, Dju, Alethia, Nicacia,, a Bety, Claudia, Martha, Sara,
Edith, Susana, Bertha, a Margarita, Marlene, Fedía, Lety, Flor, Norma, Diana, Alejandra,
Frida, Esmeralda, Carmen, Nayeli, Alicia, Geno, Vero, Angélica, Raquel, Isabel, Alma,
Dalia, Artemisa, Tere, Sandra, Lore y Vale, Coty, Kit, Elsa, Aurora, Dianita, Alexa, Lucero,
Adriana, Alicia, Juana, Flor, Mel, Fabiola, Layla...*

*A las que no están geográficamente cerca, pero siempre llevo en el corazón: Karla, Pris
Victoria, Julieta, Aymara, América, Marita, Gladys, Caro y todas las de la Gaitana, Ivonne,
Laia, Paz, Dorotea, Adelita, Evelyn, Emme, Rosario, Lilian, Sharly, Tefa, Mercedes,
Eulalia, Odaymara y Olivia, Kate, Tatiana.*

*A las que el sistema tiene tras las rejas: Astrid (Colombia),
Aileen y Marina (Argentina) y a tantas otras.*

A Margarita: Parce, mi hermanita.

A Gaby, porque te siento y me sientes.

*A todas las que hablan, escriben, hacen acciones directas, tocan tambores, rayan
paredes, rescatan gatos, buscan justicia, cocinan, cantan, se acarician, reparan las
puertas rotas; a las que dudan, las que lloran y se levantan, las que se organizan, a las
que la palabra feminismo les suena como una canción en los labios cuando la pronuncian;
a las que preguntan, incomodan y a las que defienden la alegría como refugio, bastión y
causa invencible. A ustedes, amigas, cómplices, compañeras, que hacen posible este vivir
cada día en la utopía.*

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN	1
Para abordar el problema	9
Sobre la estructura del documento	11
CAPÍTULO I. PUERTO DE PARTIDA	15
1.1. Lesbianas, salud sexual y atención ginecológica	15
1.2. Lesbianas y la consulta ginecológica	22
1.3. Algunas consideraciones	24
1.4. Aspectos teórico–metodológicos.....	27
1.4.1. Conocimiento situado	28
1.4.2. Diseño de investigación.....	29
1.4.3. Contexto	35
CAPÍTULO II. ¿QUIÉN SE ATREVE AL VIAJE?.....	41
2.1. Existencias lésbicas en el Estado de México en 2011–2012	41
2.1.1. Mujeres lesbianas.....	43
2.1.2. Lesbianas	45
2.2. Lesbopolitización.....	49
2.2.1. El gusto prohibido en la heterosexualidad	50
2.2.2. La ginoidentificación	51
2.2.3. Formación/información	54
2.2.4. Inicio de la vida lésbica.....	55
2.3. Algunas dimensiones de la existencia lésbica en el Estado de México ...	56
2.3.1. Invisibilidades	57

2.3.2. Relaciones erótico–sexuales–afectivas	60
2.4. Sexopolítica que se enuncia en el consultorio	62
CAPÍTULO III. LA GRAN MALETA Y LA RUTA PREVIA	67
3.1. Imbricaciones	68
3.1.1. “Raza” y clase en el Estado de México.....	68
3.1.2. Entorno geopolítico.....	74
3.2. Medicina mercancía	76
3.3. La relación con el sistema médico	83
3.3.1. Historias escuchadas.....	86
3.3.2. Historias propias	87
3.4. Expectativas.....	91
CAPÍTULO IV. LA ISLA DEL DESENCUENTRO	95
4.1. La princesa esperada.....	95
4.1.1. La pregunta	96
4.1.2. El espejo	99
4.1.3. Alusiones a la maternidad obligatoria	105
4.1.4. Las parejas, también, invisibles	106
4.2. Amazona que irrumpe	108
4.2.1. La cuerpo lésbica.....	111
4.2.2. Vida sexual lésbica	114
4.2.3. Prevención de infecciones de transmisión sexual y otros padecimientos	118
4.2.4. Conocimientos/desconocimientos	122
4.2.5. Motivos para asistir a consulta.....	119
4.3. Violencia.....	123

4.3.1. Invisibilidad	123
4.3.2. Violencia directa.	125
4.3.3. Sobre la confidencialidad.....	125
4.4. Después de la travesía.....	127
4.4.1. Estado de salud	127
4.4.2. Valoración de la consulta.....	128
4.4.3. Información específica.....	129
4.4.4. Acciones institucionales o denuncias	132
4.4.5. Respuestas y estrategias	133
CONCLUSIONES: ESBOZO CARTOGRÁFICO	135
El Binomio Régimen Heterosexual- Modelo Médico Hegemónico.....	142
Nudos Irresueltos.....	142
Lesbofeminismo–Antropología médica crítica	145
Otras posibilidades	142
ANEXO I. BREVE RECuento DE LA GENEALOGÍA TEÓRICA LESBOFEMINISTA. i	
ANEXO II. LAS LESBIANAS NO ADQUIEREN ITS... ..	v
ANEXO III. BAJO EL TÍTULO: “¿CUÁNTAS ACTIVAS HACEMOS ESTO?”	vi
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	vii
HEMEROGRAFIA	ix
DOCUMENTOS ELECTRÓNICOS	xiv

EL VIAJE DE LAS INVISIBLES

INTRODUCCIÓN

Cuando las mujeres lesbianas requieren atención ginecológica pueden encontrar dificultades para acceder a ella. Aún más, una vez logrado el acceso al consultorio ginecológico, ni las preguntas ni las rutinas de exploración parecen responder a sus necesidades e intereses. Incluso, pueden encontrar malos tratos al nombrarse lesbianas. Esto no es sólo una forma de violencia del sistema médico sumada a lógicas discriminatorias, si no un fenómeno de dimensiones políticas; pues esas violencias y discriminaciones resultan de una estructura social, cultural y económica que controla el cuerpo y la sexualidad de las mujeres en general, es decir, las somete a la heterosexualidad obligatoria¹. En particular, respecto a las mujeres lesbianas, se genera un proceso que en la cotidianidad puede afectar su salud y su vida, en tanto diversos estudios señalan que una de las consecuencias de esta violencia estructural es que asisten con menor frecuencia que las heterosexuales a consultas ginecológicas y se realizan menor número de pruebas diagnósticas preventivas (Patlatonalli, 1997; Eiven, 2002; Galarreta, 2006 y Liga Brasileña Lésbica, 2010).

Así mismo, permanece todavía la creencia entre las propias lesbianas y alguna/os especialistas de que no requieren esta atención al no tener relaciones

¹ Institución patriarcal que por medio de mecanismos de disciplinamiento y control naturaliza la heterosexualidad como "deseo" *para asegurar la lealtad y sumisión emocional y erótica de las mujeres respecto a los varones* (Rich, 1985: 11) y agrego: con el fin de mantener los sistemas económicos y políticos que en esta *lealtad y servicio* se sostienen.

sexuales con varones; también persiste una cierta creencia de invulnerabilidad a las Infecciones de Transmisión Sexual (ITS) y existe un temor fundado a ser discriminadas en espacios de atención médica (Patlatonalli, 1997; Eiven, 2002; Galarreta, 2006 y LBL, 2010).

Es por ello que con esta investigación pretendo mostrar algunos aspectos de cómo el poder político de la heterosexualidad que norma distintas relaciones sociales y concepciones culturales en la actualidad, el Régimen Heterosexual², se articula/vincula con el Modelo que dicta la Medicina Hegemónica³. Esta articulación construye un *binomio* cuya consecuencia es que la atención a la salud se diseña y ejerce a partir de concebir a hombres y mujeres sólo en la posibilidad de la heterosexualidad. A partir del reconocimiento de dicho binomio he logrado leer y consignar aquí algunas de sus manifestaciones en praxis de la biomedicina⁴ durante consultas ginecológicas en las narraciones que se analizarán en las páginas siguientes.

Problematizo además, al considerar que el Régimen Heterosexual, en tanto régimen político opresivo, está imbricado u ocurre en simultaneidad⁵ con opresiones como el racismo, el clasismo y el sexismo, entre otras.

² Concepto acuñado por Monique Wittig en donde muestra que existe una estructura de la cual devienen una serie de instituciones procedimientos y valores que sustentan el poder de la heterosexualidad normando y controlando las sociedades contemporáneas, por lo tanto su poder es político.

³ Modelo propuesto por Eduardo L. Menéndez, que hace referencia al sistema asistencial organizado por la medicina profesional o biomedicina y que incluye los submodelos de la práctica privada (individual o corporativa) y al de práctica pública.

⁴ El término biomedicina se utiliza desde la antropología médica para referirse a la medicina profesional o convencional de origen occidental, debido a que enfatiza su orientación predominantemente biologista, distinguiéndola así de medicinas profesionales procedentes de otras culturas (Gaines y Hahn: 1985).

⁵ Tomo este concepto de la formulación pionera del Combahee River Collective en 1979 en donde *imbricación* se utiliza en el sentido de enunciar que una síntesis de opresiones crea las condiciones de vida: “estamos activamente comprometidas en la lucha en contra de la opresión racista, sexual, heterosexual y de clase y nos damos como tarea especial desarrollar un análisis y una práctica integradas, basadas en el hecho de que los principales sistemas de opresión están imbricados [interlocking]” (Falquet, 2009:7).

Entonces, el objetivo general de esta investigación fue conocer cómo se manifestó el Régimen Heterosexual en las narraciones de experiencias de seis mujeres del Estado de México que acudieron a consultas ginecológicas y se nombraron lesbianas o hicieron explícita su práctica sexual lésbica en 2011 y 2012.

Este trabajo tiene dos aportes que me interesa resaltar. En el ámbito académico pretendí vincular las herramientas de la antropología médica crítica respecto a la medicina hegemónica, la cual controla, normativiza y legitima o deslegitima lo que es considerado saludable, incluyendo las prácticas sexuales y de vida cotidiana de las personas; junto con las herramientas del lesbofeminismo con su crítica a la heterosexualidad que, finalmente, también es hegemónica y controla, normativiza y legitima o deslegitima sobre los cuerpos y vidas de quienes habitamos el mundo occidentalizado actual. Ambas miradas teóricas de profundo contenido crítico.

El segundo aporte de este trabajo, en constante diálogo con lo anterior, implica abordar el rubro poco explorado de la atención a la salud sexual y ginecológica de las mujeres lesbianas.

Aquí entiendo el término *salud*, de acuerdo a la definición de la Organización Mundial de la Salud (OMS, 1994) no sólo como ausencia de enfermedad si no como un estado de bienestar físico, mental y social.

Dicho estado de bienestar depende de una trama compleja que tiene que ver con factores biológicos pero, además, con condicionantes económicos, culturales y sociales. Por supuesto, también, la salud se vincula con el vivir con un sexo asignado femenino; cómo se concibe a una mujer en una comunidad dada.

Es decir, cuáles son sus labores, deberes y libertades, tipo de alimentación que recibe, capacidad de decisión sobre el número de hijos que se tiene, estereotipos de belleza que debe satisfacer, autonomía en general y costumbres de cuidado y auto cuidado; así como acceso a atención en general de su propio bienestar.

Por lo anterior, respecto a la salud, ser mujer no es un dato indiferente. Aún, más, si esta mujer desobedece el mandato de heterosexualidad, se tornan más complicadas las rutas del disfrute de la salud. Adentrarse en estas rutas, dibujarlas y visibilizar el pendiente de una exploración más atenta, es fundamental para que nuestras sociedades construyan opciones de solución, pues mujeres sanas son mujeres con posibilidad de aportaciones sociales, de participación, de emitir opinión, de incidencia, de transformación.

Uno de los factores que condicionan el disfrute de la salud es el nivel de acceso a la biomedicina y su eficacia, una vez que se ha accedido a ella. En México y otros países de América Latina no está garantizada la atención médica ni que ésta sea de calidad para todos -mucho menos para todas-. Por ello, es interesante preguntarse sobre, cuando se accede a ella, cuál es la idoneidad de su respuesta para diversos sectores de la población, pues la biomedicina se ha convertido ya en fundamental para el modo de vida contemporáneo. Es decir, es la que determina/dicta lo que es sano, deseable, o no para los habitantes de una comunidad.

Es, además, en la actualidad el referente prioritario para la población cuando tiene molestias físicas, la opción general y más inmediata en lo que concierne a los procesos de salud–enfermedad y en la solución de situaciones que

requieren pronta atención como urgencias o padecimientos dolorosos, así como en prácticas preventivas de enfermedad.

Entonces, cabe explorar las formas de atender la salud que se encuentran en un sistema de atención que privilegia lo curativo y lo técnico, pero no siempre considera la forma de acceder, percibir y recibir la atención. Cómo es que se problematiza cuando intervienen cuestiones de clase, sexualidad, etnia o color de piel (Oliveira, 1996). Es decir, este sistema ofrece una visión que difícilmente reconoce las posibles necesidades y percepciones de quien no responde al sujeto universal de la modernidad: hombre, blanco, heterosexual (Postigo, 2007:181) y, agregó, con privilegios de clase.

Estas formas biomédicas de atender la salud ya han sido abordadas de manera crítica desde la medicina social, y la antropología médica crítica, disciplinas que han señalado su conformación clasista, racista y etnocentrista (Menéndez: 1988). Así mismo, en las décadas recientes, la mirada androcéntrica del saber médico ha sido confrontada, desde feministas quienes se ocupan críticamente de la medicina patriarcal y proponen otras formas de atención a la salud y por la calidad de la atención. Distintas corrientes que han ya colocado a las mujeres mismas como sujeto de atención (Salas, 2001). Sin embargo, todavía son contados los trabajos que se ocupan de la salud de las lesbianas. Es en este punto que la presente investigación puede aportar a la construcción de una crítica feminista a la medicina hegemónica poniendo la mirada en los sujetos no heterosexuales, aquí en el cruce entre ser mujer y la desobediencia a la heterosexualidad.

Como se mostrará a lo largo de este trabajo, las mujeres lesbianas tienen dificultades para acceder a la atención ginecológica debido a la incidencia de fenómenos de estigma y discriminación, cuya intensidad es variable según su contexto local específico y a que son invisibles para los sistemas de salud, por lo que no hay estrategias de inclusión para ellas. Incluso, accediendo al sistema biomédico, en el caso que me ocupa, se verá que las prácticas médicas de interrogación y exploración ginecológica no son necesariamente eficaces para las necesidades lésbicas.

Además, la capacitación del personal tiene un sesgo marcado por la heterorealidad⁶. Ortiz, un investigador mexicano sobre salud gay y bisexual señaló que profesionales como profesores, médicos, enfermeras y psicólogos frecuentemente reciben insuficiente información al respecto: “Son formados en instituciones educativas donde se enseña que la homosexualidad es una enfermedad o una forma de inadaptación social, o bien, en sus planes de estudio no se contemplan las necesidades de esta población” (Ortiz, 2004: 176).

Es importante visibilizar que la salud de las mujeres lesbianas tiene las mismas vulnerabilidades que la de las heterosexuales, además de algunas incidencias concretas de afecciones a su salud sexual y ginecológica que se derivan no del ser lesbianas, si no de la forma en que distintas condiciones de vida afectan a su salud. Algunas son las siguientes:

⁶ Hetero-realidad: es la percepción de un mundo en el que la mujer existe siempre en relación al hombre [...] describe una situación creada por las hetero-relaciones [...] que expresan la amplia gama de comunicaciones afectivas, sociales, políticas, económicas, entre hombres y mujeres [...] decretadas por los hombres (Raymond, 1986).

Tres trabajos de especialistas en salud (O'Hanlan, 2002; Hernández, 2003 y Galarreta, 2006) señalan que existe una alta coincidencia de factores de mayor riesgo epidemiológico, respecto a las heterosexuales, para que las mujeres lesbianas desarrollen cáncer mamario como son el tener –en promedio–, mayor sobrepeso; mayor ingesta de alcohol y tabaco; haber parido y amamantado con menor frecuencia y visitar con menor asiduidad el consultorio ginecológico.

En México, de acuerdo al Sistema Nacional de Información en Salud, anualmente mueren cerca de 4,400 mujeres a consecuencia del cáncer de mama y 4000 por el cáncer cérvico–uterino (SINAIS, 2011) y no es posible saber cuántas de estas muertes son de mujeres lesbianas, mucho menos cómo pueden prevenirse dichas muertes.

Por otro lado, del total de casos nuevos en México de Infecciones de Transmisión Sexual (ITS) en 2007 (177 627), casi el 96% eran de personas del sexo femenino (Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática, INEGI, 2010:76). Nuevamente, no hay registros sobre cuántas de las mujeres que padecen estas ITS registradas son lesbianas o practican sexo lésbico.

En organizaciones lésbicas y en documentos gestados por grupos lésbico, gay, bisexual, transgénero (LGBT) y de lucha contra el Virus de Inmunodeficiencia Humana–Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (VIH–SIDA) se está dando un debate interesante. Por una parte, se sostiene que las prácticas sexuales lésbicas por sí mismas no serían de alto riesgo para la adquisición del VIH, pero otra postura pone en consideración que las condiciones de vida de algunas de las lesbianas menos privilegiadas económicamente o habitantes de espacios políticos–geográficos de mayor represión a la sexualidad, hacen a la población

lésbica vulnerable por escenarios diversos (Benavides, 2010; EDITUM, 2008 y EHGAM, 2005). Algunas de estas situaciones son matrimonios o relaciones heterosexuales forzadas o por conveniencia; la búsqueda de la maternidad en encuentros heterosexuales sin condón, cuando no se tienen recursos para inseminaciones asistidas; prostitución; sexo no consensuado; sexo por drogas; otros fenómenos como migración o sexilio⁷ y violencia sexual hacia las mujeres o como castigo por la desobediencia de la heterosexualidad (las llamadas violaciones correctivas). Hasta el momento, desde un punto de vista biomédico, se desconoce a qué padecimientos son más o menos vulnerables las mujeres lesbianas.

Es cierto que la compleja trama de acceso a los servicios de salud es generalmente violenta para todas las mujeres, en su praxis y concepción institucional (Vergara, 2008) y que las anatomías de las mujeres lesbianas y de mujeres heterosexuales no son radicalmente diferentes –mamas, vulvas, vaginas, úteros– y, por lo que sabemos hasta el momento, virus, bacterias o etapas de vida que actúan sobre unos y otros cuerpos, no son distintos y no tienen agentes que diferencian según opción sexual⁸. Sin embargo, resulta necesario trascender la mirada en donde prima lo biológico y pensar en que para las mujeres lesbianas, si bien es necesaria la atención ginecológica, la forma en que se ofrece actualmente

⁷ Norma Mogrovejo, lesbofeminista mexicana, explica el neologismo sexilio, como migración que llega a ocurrir cuando mujeres lesbianas tienen que dejar su lugar natal a causa del estigma y la discriminación o para proteger a sus familias de origen de ser señaladas en la comunidad por tener un miembro no heterosexual. También cuando la rigidez de algunas costumbres en la localidad impidan el encuentro entre pares.

⁸ Es interesante observar que hay cierta incidencia de padecimientos que se dan con más frecuencia en hombres homosexuales que heterosexuales, como problemas rectales, derivados de determinadas prácticas sexuales. No encontramos en esta investigación estudios que nos permitan comparaciones sobre incidencias de padecimientos entre mujeres lesbianas y heterosexuales. En su investigación, en 2005, sobre problemas en la salud por los que acuden los homosexuales al servicio médico, Ortiz señala que no encontró ningún reporte que abordara a las lesbianas (Ortiz, 2005:33).

no las reconoce como sujeto de atención, ni a nivel del discurso ni en la práctica, ya que no existen consideraciones a las subjetividades de personas no heterosexuales, ni de aquellas que rompen mandatos de género. La exploración clínica concibe los cuerpos solamente en tanto sus funciones orgánicas–reproductivas y desconoce las prácticas sexuales lésbicas y sus posibles implicaciones sobre los cuerpos de las mujeres⁹.

Para abordar el problema

Ante el panorama descrito, han sido grupos o mujeres de la propia comunidad lésbica quienes se han interesado por el tema de la salud sexual de las lesbianas, llevando a cabo un trabajo pionero, diseñando modos de prevenir e informando sobre Infecciones de Transmisión Sexual, lo que ha hecho visibles las necesidades de salud de las lesbianas. Igualmente, se ha buscado obtener datos y cifras sobre padecimientos de lesbianas, se ha denunciado la discriminación en los consultorios y se han propuesto algunos cambios en espacios particulares del sistema médico, creando estrategias de exploración clínica, pidiendo cambio de preguntas heteronormadas¹⁰ en la historia clínica, entre otras. También se han ofrecido talleres de sensibilización al personal de salud, y se han propuesto leyes

⁹ Por ejemplo: el tribadismo y el contacto y frotamiento de secreciones en distintas zonas del cuerpo sin ser exclusivamente genitales. Puede ocurrir que al desconocer la práctica lésbica, se omita la revisión en zonas que también pueden acoger infecciones virales o bacterianas como son pliegues en piel de piernas, senos y nalgas; frecuencia, tipo y uso de juguetes sexuales; cuerpos que han sido o no penetrados vaginalmente y sus distintas implicaciones sobre ITS y otros padecimientos.

¹⁰ Heteronormatividad es un concepto de Michael Warner que hace referencia “al conjunto de las relaciones de poder por medio del cual la sexualidad se normaliza y se reglamenta en nuestra cultura y las relaciones heterosexuales idealizadas se institucionalizan y se equiparan con lo que significa ser humano”. “En este sentido, la heteronormatividad no solo implica un prejuicio contra la homosexualidad, si no que trata de identificar el conjunto de normas sociales que ejercen una presión y que sirven para construir una sexualidad idealizada” (Warner, 1991).

y protocolos –algunos de los cuales están en proceso de creación o de aprobación legislativa en la actualidad-. Al mismo tiempo, han lanzado invitaciones a la población lésbica a visibilizarse, nombrarse en el consultorio ginecológico para ir generando la respuesta necesaria; para que quienes laboran en salud se enteren de que hay mujeres lesbianas en búsqueda de ser atendidas.

Esta investigación se realiza en un intento de aportar hacia la construcción de otras posibles formas de abordar el fenómeno; como un ejercicio meramente exploratorio que retoma la sospecha feminista. Propongo entender la denominada *lesbopía*, (Eiven, Sardá y Villalba, 2002) es decir, la *ceguera de la medicina hacia las mujeres lesbianas*; no como un *desencuentro* que ocurre a puerta cerrada en la intimidad del consultorio a causa de que un o una profesional de la salud no estén debidamente capacitadas/sensibilizadas; tampoco a causa de que una mujer que ponga su cuerpo en el consultorio no sepa cuáles son o como exigir sus derechos; ni como un asunto de desconocimiento o de postergación del tema, que atañe únicamente a la individualidad o privacidad del consultorio. Es preciso hacer una lectura que coloque a la lesbopía biomédica como parte de la actual violencia estructural y cultural¹¹ contra las mujeres que mantiene el control sobre los cuerpos sexuados femeninos. Desde una lectura lesbofeminista, partir de la demanda de la inclusión para llegar al cuestionamiento sobre cómo en el proceso de lo cotidiano se imbrican distintas opresiones en la esfera de la salud: partiendo de las concepciones epistémicas hasta en la práctica misma.

¹¹ Violencia estructural, es la violencia que forma parte de la estructura social y que impide cubrir las necesidades básicas, como la generada y que genera la desigualdad social: ingresos, la vivienda, la carencia o precariedad de los servicios sanitarios y la Violencia cultural está los aspectos del ámbito simbólico (culturales, lengua, educación, religión, arte, medios de comunicación, ciencias) que se utilizan para justificar o legitimar la violencia estructural o directa (Galtung, 1998).

Este cuestionamiento abre múltiples líneas de posible indagación sobre la forma en que actúa el binomio entre la biomedicina y el Régimen Heterosexual. Líneas que pueden preguntarse desde la forma en que los procesos generados por este binomio condicionan el acceso al sistema médico o cómo se da la construcción de los conceptos y categorías usados en él o el desarrollo de la investigación científica desde las heteroconcepciones¹² o muchos otros, tantos como posibilidades tiene la biomedicina misma. Sin embargo, me interesa indagar sobre la atención ginecológica a la salud de las mujeres lesbianas, porque es aquella que se ocupa de los cuerpos concretos y el cuidado de su estado, pero también de su control y, al mismo tiempo, resulta ser un espacio en donde se requiere explicitar el propio cuerpo como irruptor de la heterosexualidad obligatoria y reproductiva.

De manera que, para la investigación que aquí presento, partí de suponer que cuando una persona cuyos genitales pudieran remitir al sexo femenino, se presenta ante el sistema biomédico y enuncia que es lesbiana (o que tiene preferentemente prácticas sexuales con otras sexuadas femeninas) y que solicita el reconocimiento como sujeto de atención ginecológica, pone en tensión, al menos: la construcción social de mujer en el orden patriarcal, el Régimen Heterosexual y el biologismo imperante en la biomedicina sobre lo que deben ser y para qué sirven los cuerpos de las mujeres.

¹² Me refiero a los conceptos que se utilizan y desarrollan a partir de considerar sólo la posibilidad heterosexual en los seres vivos.

Sobre la estructura del documento

En las páginas siguientes presento cuatro capítulos. En el primero, *Puerto de partida*, describo de manera general los pocos trabajos que se han ocupado de la relación entre las lesbianas y la ginecología, a partir de lo cual propongo una estrategia metodológica para abordar la investigación.

En el segundo capítulo, *¿Quién se atreve al viaje?*, me ocupo de señalar que no todas las lesbianas asisten a consultorios ginecológicos y no todas se nombran lesbianas, por lo tanto exploro la enunciación y puesta en marcha de la *existencialésbica* de las mujeres que narraron sus experiencias.

En el tercer capítulo, *La gran maleta y la ruta previa*, muestro las imbricaciones entre el género, la clase, la “raza”, el haber desobedecido a la heterosexualidad obligatoria y estar ubicada en un determinado espacio geopolítico, y cómo estas imbricaciones se vinculan con los temores y expectativas con las que las consultantes llegan a los espacios de atención ginecológica.

En el último capítulo, *La isla del desencuentro*, muestro elementos que dibujan un nudo entre el sujeto esperado por el diseño de atención ginecológica y la cuerpolésbica¹³ que se hace visible y presente con la enunciación pero que, ciertamente, no responde al sujeto esperado y que, sin embargo, requiere de la

¹³ En al menos tres décadas anteriores, diversas autoras como Rich, Wittig, Lauretis se han preguntado cómo es el cuerpo lesbiano. Mogrovejo escribe: “Sigue siendo una incógnita, una necesidad en construcción que parte de una negación, no quiero un cuerpo para lo demás, necesito un cuerpo para mí. Fuera de la lógica masculina y heterosexual en un intento por romper con una historia sobredeterminada por el cuerpo femenino” (2004). En el lustro reciente, colectivaslésbicas feministas en distintos lugares de Latinoamérica (en México las Sucias, Lunas y Chuekas, al menos) y Lesbianas feministas independientes han venido usando el concepto *Cuerpa* para referirse a aquella unidad físico-biológica con genitales y características que le asignan el sexo femenino, pero que no es el cuerpo femenino construido en relación y/o correspondencia al masculino, si no esa construcción de *para sí misma* en una lógica diferente al binarismo heteronormativo.

consulta. En el mismo capítulo presento también el apartado, *El retorno de la travesía*, que se refiere a la percepción global de la post consulta, así como las resistencias, estrategias y soluciones que las mujeres que compartieron su experiencia han llevado a cabo en relación a su encuentro con la biomedicina y a su salud ginecológica.

Así, he pretendido construir un puente entre la antropología médica crítica y la teoría lesbofeminista, el cual me permite mostrar cómo la enunciación de la existencia lesbiana y/o la presencia de la cuerpo lésbica irrumpen al sujeto de atención esperado creando así un punto que no se resuelve, si no que incluso trasciende la propia consulta para convertirse en parte del bagaje de existencia lésbica de la mujer que vivió la experiencia.

También, la experiencia individual es parte de la experiencia colectiva lésbica, como lo señala Margarita Baz. El sujeto y la experiencia subjetiva se relacionan con la cultura y el tejido social. “El sujeto, al constituirse en actor social [...] está revelando un excedente de sentido, un más allá de las vicisitudes particulares que le dan forma a su experiencia, y que remite, como decíamos, a la dimensión colectiva que porta como miembro de la sociedad” (Baz, 1999: 79).

Entonces, sospecho que, sin pretender generalización alguna, es posible realizar un ejercicio vinculante de la experiencia de algunas lesbianas en el consultorio ginecológico con la forma en que el Régimen Heterosexual se manifiesta en la biomedicina. Así, estas experiencias sirven como denuncia, pero la trascienden porque permiten enfocar y visibilizar el fenómeno para crear propuestas de atención desheteronormativizadora para las mujeres lesbianas.

Aún más, el análisis de las narraciones colectadas permite cuestionar y proponer transformaciones al sistema mismo de atención o la creación–visibilización de otras formas de atención para todos los sujetos y, más allá, hacia enfrentar y comprender un poco más la lógica que construye las opresiones, instituciones patriarcales¹⁴, y el sistema mundo que sostienen.

¹⁴ Alda Facio llama institución patriarcal a un conjunto de prácticas, creencias, mitos, relaciones, organizaciones y estructuras establecidas en una sociedad cuya existencia es constante y contundente y que junto con otras instituciones estrechamente ligadas entre sí, crean y transmiten de generación en generación la desigualdad (Facio, 2002:49).

CAPÍTULO I. PUERTO DE PARTIDA

1.1. Lesbianas, salud sexual y atención ginecológica

En 1973 se eliminó la homosexualidad del Diagnóstico y Manual de Desórdenes Mentales de la Asociación Americana de Psiquiatría (DSM), pero fue hasta el 17 de mayo de 1990 que la Organización Mundial de la Salud la retiró de su lista de trastornos mentales. Es decir, hace apenas veinte años que, cuando menos en el discurso, unos cuantos de aquellos y aquellas que hacen ciencia médica comenzaron a dejar de patologizar y tratar de curar la homosexualidad. Entonces pudo contemplarse el inicio de reflexiones, desde especialistas que pertenecían o reconocían los reclamos de la población no heterosexual, sobre una atención que respondiera a las necesidades de salud de lesbianas, homosexuales y bisexuales. Esta novedad relativa y el que las iniciales investigaciones se dedicaron a la homosexualidad masculina con un mayor énfasis en el tema de VIH¹⁵, hacen difícil encontrar en Latinoamérica material documental especializado en la atención ginecológica para las lesbianas.

Sin embargo, es posible hacer el recuento de algunos trabajos y formas de ocuparse del tema que comenzaron a gestarse durante la última década, los cuales abordaré en las páginas siguientes, mediante una reseña inicial de los trabajos que comienzan a surgir sobre la salud sexual de las lesbianas en

¹⁵ “Prácticamente la totalidad de la producción científica en América Latina sobre condiciones de salud y enfermedad en población BLH [bisexual, lésbica, homosexual] (en total se identificaron 15 reportes) se ha centrado en la infección por VIH/SIDA” (Ortiz, 2004,34).

estrecha relación con la salud ginecológica y prosigo con aportes que se han realizado sobre la atención ginecológica a lesbianas.

Respecto a la salud sexual, han sido las organizaciones lésbicas y lesbianas independientes quienes han tomado la iniciativa de visibilizar y ocuparse del tema. Han elaborado y reflexionado, en ocasiones desde el conocimiento empírico, materiales informativos como trípticos, carteles y sitios web en donde se aborda la salud sexual en el marco del derecho al placer y el conocimiento del propio cuerpo. Igualmente, se han ocupado de romper el mito de que las lesbianas sólo tienen sexo con mujeres o que al tener sexo con mujeres no corren peligro de Infecciones de Transmisión Sexual.

En América Latina, estos han sido algunos de los espacios lésbicos y organizaciones que han publicado información y artículos: *Rompiendo el silencio*, sitio web en Chile, *La Fulana* en Argentina, *Cultura Lesbiana*, también sitio web chileno que tiene una sección dedicada a la salud sexual lésbica y otras. En México: *Patlatonalli*, en Guadalajara en los noventas con la publicación de un tríptico sobre cáncer mamario y cérvico; *Diversiless*, también en Guadalajara en la década reciente, con trípticos informativos de prevención de ITS y con distribución de materiales como condones, lubricantes, látex dental y otros métodos de barrera que pueden usar las lesbianas y *Lesvoz*, una revista lésbica del Distrito Federal, desde los noventas con publicación de artículos y elaboración de trípticos.

También, estas y otras organizaciones lésbicas han informado y creado campañas de concientización sobre qué son y cómo afectan las ITS y otros trastornos de la salud a las cuerpos lésbicas. Así mismo, han construido estrategias de prevención de transmisión de Infecciones. Sin embargo, estas

estrategias todavía están en camino de desarrollo. Marian Pessah, lesbiana feminista, durante una entrevista publicada en 2005, que le fue realizada por la revista *Ciudadanía Sexual*, hace una crítica al respecto:

No podría dejar de mencionar el contexto masculinista y heterocéntrico (de los materiales para prevenir las ITS). Los preservativos están hechos para hombres o para mujeres heterosexuales. Una, como lesbiana, se siente un poco humillada al tener que adaptar cuidados ajenos como cortar un preservativo para tener sexo oral, comprar una barrera de uso dentario o utilizar guantes de cirujano que quitan sensibilidad...Es común ver folders impresos con algunas pocas informaciones, generalmente las mismas, porque mencionar cuidados básicos, da dinero para las ONGs¹⁶. Pero...no resuelve los problemas de salud” (Pessah, 2005).

Algunos de los materiales virtuales e impresos gestados en distintos puntos de Latinoamérica como folletos y volantes informativos y parte de campañas y documentos dirigidos a mujeres lesbianas y mujeres que tienen sexo con mujeres que se ocupan de salud sexual, mencionan la importancia de manifestar al ginecólogo o a la ginecóloga la orientación o prácticas sexuales, por ejemplo:

En el año 2000 La periodista Cecilia Navarro escribió el artículo *Razones para visitar al ginecólogo* (Navarro, 2000), que, al parecer, fue el primero en México sobre el tema y que invitaba a las lesbianas a asistir en busca de atención ginecológica.

En 2006, en Perú, María Galarreta, publicó *Salud de lesbianas en Lima: Apuntes desde la experiencia de atención*. Es un artículo de divulgación sobre su experiencia ginecológica en atención a pacientes lesbianas y menciona las

¹⁶ Pessah se refiere a que las financiadoras de proyectos de mujeres ofrecen apoyos económicos para la promoción del cuidado y prevención de ITS, pero eso no necesariamente significa investigación o desarrollo de nuevas y más adecuadas técnicas de esos métodos preventivos.

principales afecciones de salud detectadas por la especialista, incluye las afecciones que detectó en materia ginecológica y hace énfasis en la importancia de hablar del tema al ginecólogo: “La opción por permanecer en el closet conduciría a la automarginación en la búsqueda de atención preventiva, un retraso de la atención médica, o a una historia clínica incompleta o inexacta”. (Galarreta, 2006).

A pesar de las diversas invitaciones de cercanía al consultorio (RMSLAC, 2007), de forma concomitante, investigaciones han documentado la inasistencia de las lesbianas a revisiones ginecológicas:

Patlatonalli, AC, organización lésbica, publicó en 1998 el tríptico: *Todas las mujeres pueden vencer el cáncer cérvico uterino y mamario*. En donde comparte datos sobre una encuesta realizada sobre salud sexual de las lesbianas, sin especificar el tamaño de la muestra, la cual reveló que el 48% de las entrevistadas 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.

El *Dossiê Saúde das Mulheres Lésbicas – en promoción por la Equidad en salud* (2006) publicado por la *Red Feminista de Salud en Brasil* presenta los resultados de una encuesta aplicada a 109 mujeres lesbianas en 29 barrios de 5 ciudades distintas de Brasil que arrojó datos de que las lesbianas y bisexuales que van en busca de atención en un 40% no revelan su orientación sexual. Entre las

mujeres que sí la revelaron 28% refieren que el médico las atendió con rapidez inusual y el 17% consideran que se dejó de recomendarles los exámenes necesarios. Señala que el 93.3% de las lesbianas mayores de 40 años nunca habían tenido mamografías, cifra que es preciso confrontar con el índice de cáncer mamario a nivel mundial y la importancia de realizarse mamografías.

En contextos distintos al latinoamericano las cifras resultan similares. Por ejemplo: en los Estados Unidos de América (EEUU), de acuerdo con un estudio de *The Mautner Project for Lesbians With Cáncer*, solamente el 54% de las mujeres lesbianas se habían hecho un Papanicolaou el año anterior, mientras que 7.5% no se lo habían hecho jamás” (Eiven, Sardá y Villalba, 2002:46).

En 2006 una red mundial de organizaciones de lesbianas, gays, bisexuales y transgénero, la Asociación Internacional de Gays y Lesbianas (ILGA, por sus siglas en inglés), publicó (y tradujo al español en 2007) un informe, ya mencionado en apartados anteriores sobre la salud de las mujeres lesbianas y bisexuales. El documento fue titulado *La Salud de las Lesbianas y. Mujeres Bisexuales: Cuestiones Locales, preocupaciones comunes* y hace mención de actividades de distintas organizaciones lésbicas en el mundo en pro de la salud de las lesbianas. Para nuestro tema, resalta que en tres de estas menciones de labores se aborda la necesidad de buscar servicios ginecológicos que contemplen las necesidades lésbicas.

En el 2006, en un estudio entre Italia y España, cerca del 50% de las lesbianas europeas entrevistadas admitió haber sufrido lesbofobia cuando concurren a una consulta ginecológica. Estas malas experiencias parecen permear en el saber colectivo de la comunidad y tienen otro tipo de

consecuencias: “mientras el 69,3% de las lesbianas entrevistadas admite que es muy importante que el ginecólogo esté informado de su orientación sexual, sólo el 23,5% de ellas se lo han comunicado” (FELGTB, 2008).

Por otra parte, también localicé materiales documentales que tratan sobre cómo el Régimen Heterosexual parece tornar inadecuados los espacios de atención a la salud para las lesbianas. En la edición de 2007 de La Red de Mujeres por la Salud de América Latina y el Caribe (RMSLAC) que trata el tema lésbico, se menciona:

Velar por su propia salud se vuelve más difícil cuando lesbianas y mujeres bisexuales intentan usar el sistema de salud y confrontan la conceptualización médica de la vida y la familia, sin mencionar la falta de evidencia, ni de tratamiento de sus enfermedades particulares relacionadas a sus prácticas sexuales y estilos de vida. Además, tienen que lidiar con un sistema burocrático que en muchos casos no les da protección por posiciones ideológicas y prescripciones formales o legales” (RMSLAC, 2007: 32).

Existen también denuncias en sitios web en los cuales mujeres lesbianas hablan de vivencias en el consultorio ginecológico y denuncian malos tratos, discriminación y violencia. Un ejemplo es el de Kali, bloguera de *Hasta los Ovarios*, quien narra su experiencia en donde, tras la pregunta de rigor durante la entrevista inicial sobre los métodos anticonceptivos que usaba, ella se identificó como lesbiana y, si bien el ginecólogo no le censuró verbalmente, ella percibió un cambio de actitud y una atención descuidada y apresurada que derivó en un mal diagnóstico (Kali, 2009, Mancera 2005).

Un estudio realizado en los Estados Unidos de América por la investigadora feminista Sue Wikinson sobre mujeres que perdieron sus senos a causa del cáncer de mama, cuyo interés central no era el tema lésbico, muestra cómo a

mujeres mayores y lesbianas se les amputan las mamas, al parecer sin los intentos por salvarlas que se tienen con las de mujeres jóvenes y heterosexuales. En el documento se menciona: “En cuanto a las lesbianas (y las mujeres heterosexuales mayores), se presupone a menudo que no les importa su aspecto físico. Según parece, algunos cirujanos incluso les dicen que ya no ‘necesitan’ sus pechos: por lo visto, los pechos sirven principalmente para atraer a los hombres y satisfacerles sexualmente y, en cualquier caso, para amamantar a los bebés” (Wikinson, 2008:31).

En el sitio web de la *Liga Brasileña Lésbica* (LBL), destaca la inadecuación de la entrevista médica: “Hay un pacto de silencio sobre la homosexualidad: los profesionales que no hablan sobre este tema por temor a invadir la privacidad o discriminar a los pacientes o simplemente porque no se sienten capacitados (técnicamente)”. También, en el sitio web, se insiste en la necesidad de que las lesbianas hablen al o la profesional en salud sobre sus prácticas lésbicas, pero reconocen que no es sencillo hablar del tema por diferentes antecedentes de discriminación: “la minimización de los síntomas, los chistes y las insinuaciones acerca de la falta de un hombre, un trato diferenciado de los demás pacientes y el intento de abuso sexual”. Sin embargo, señala el documento que el poner quejas no es la solución para algunas de las entrevistadas pues: “daría lugar a un aumento de la exposición que no se desea ya que se sienten suficientemente amonestadas por la forma en que se les ‘ve’ o por los términos como se refieren a ellas” (LBL, 2011).

1.2. Lesbianas y la consulta ginecológica

Algunas voces de lesbianas o gruposlésbicos en América Latina han enunciado que la atención ginecológica no es la adecuada para mujeres lesbianas y mujeres que tiene sexo con mujeres y han hecho propuestas:

En 2002 se llevó a cabo en Toronto, Canadá el IX Encuentro Internacional Mujer y Salud (EIMS), para el cual Eiven, Sarda y Villaba, activistas por los derechos LGBT, realizaron el informe *Lesbianas, Salud y Derechos Humanos desde una Perspectiva Latinoamericana* (citado prácticamente en todos los trabajos latinoamericanos posteriores sobre salud sexuallésbica) en el cual recopilaron información gestada por diversos gruposlésbicos de América Latina sobre los principales temas de salud que atañen a las lesbianas y si bien recomiendan la asistencia al consultorio ginecológico, un punto importante de este informe es que recomienda a los Estados la incorporación de talleres y seminarios de sensibilización y formación en temas de saludlésbica (así como homosexual y transgénero) en las universidades públicas para las carreras de Medicina, Enfermería, Psicología, Trabajo Social y Derecho.

En 2006, desde la actuancia lesbofeminista, en México se publicó en diversos medios LGBT, el artículo: *Salud sexuallésbica, una experiencia exitosa* que documenta cómo se llevó a cabo un proyecto de la colectiva *Lunas, Lesbianas Feministas* en forma de talleres a médicos y médicas con trabajo en atención ginecológica con la intención de hacer visible a la poblaciónlésbica en los consultorios y fomentar un trato más sensibilizado (Vergara, 2006).

En el mismo año en Argentina, *Espartiles, Espacio de Articulación Lésbica*, también interpelando a la comunidad médica, lanzó la Campaña “*Cambiamos las preguntas*” intentando concientizar acerca de la atención ginecológica que reciben las lesbianas y mujeres que tienen sexo con mujeres para erradicar las prácticas y actitudes discriminatorias fuertemente naturalizadas por parte de los integrantes de los sistemas de salud. Entre otros aspectos, la campaña proponía una transformación del protocolo de atención ginecológica en donde no se asumiera como pregunta inicial el uso de anticonceptivos, pues, de entrada, consideraban, ya remitía a la heterosexualidad y dejaba fuera otras posibilidades de vida y prácticas sexuales (Espartiles, 2006).

El planteamiento de *Espartiles* es un paso fundamental en la crítica a la medicina hegemónica, cuando ya no se conforma con señalar que la atención médica es inadecuada. *Espartiles* plantea la posibilidad de cuestionar políticamente las preguntas que se lanzan en el procedimiento médico y darles la vuelta, hacer otras propuestas, como el iniciar la entrevista para la historia clínica preguntando si los encuentros sexuales son con hombres, mujeres o ambos, para no dar por presupuesta la heterosexualidad. *Espartiles* se concentró en reivindicaciones que ocupan al sistema como educación sexual, un protocolo incluyente, capacitación al personal y fomento de la no discriminación.

Desde 2010 en Brasil se está llevando a cabo un trabajo conjunto entre el Ministerio de Salud y la *Liga Brasileña Lésbica*. Con base en encuestas a médicos

y a lesbianas buscan crear un protocolo de atención ginecológica lésbica que debería estar en las políticas públicas en salud a finales de 2011 (LBL, 2011)¹⁷.

Finalmente, los grupos y organizaciones lésbicas enumerados en este apartado han llevado a cabo propuestas como ejercicios de sensibilización al personal que trabaja en salud, realización de carteles y folletos informativos sobre derechos de las lesbianas y sobre no discriminación, con impacto diverso. Así mismo, han continuado invitando a las lesbianas a hacerse visibles en los consultorios:

Hablar a nuestro médico/a sobre nuestra orientación sexual depende de cada una y de cuan cómoda se sienta abordando este tema. Tu sexualidad y orientación sexual no causará directamente un cáncer, pero sí puede tener una influencia indirecta. Si tu médica/o conoce tu orientación, la información puede servirle para adaptar mejor los tratamientos que considera aptos para ti (RMSLAC, 2007:42).

1.3. Algunas consideraciones

La información presentada proviene mayormente de organizaciones denominadas “activistas” o “militantes,” lo cual en sí mismo ya es un dato sobre la invisibilidad para la biomedicina y algunos sectores académicos sobre los problemas de salud de las lesbianas. De esta manera es posible disponer de un panorama de la situación y se evidencia la necesidad de abordar reflexivamente el tema. Eiven, Sardá y Villalba señalan que los prejuicios y la invisibilidad afectan a la literatura médica, psicológica y científica en general: “Influyen en la casi nula existencia de

¹⁷ La página no ha tenido actualizaciones y no he encontrado noticias al respecto en diciembre de 2012.

investigaciones científicas serias y exhaustivas sobre la salud de las lesbianas, lo que a su vez dificulta de manera seria la atención a su salud, aun por parte de aquellas/os profesionales carentes de prejuicios” (2002:50).

Así se caracteriza brevemente el estado de la atención ginecológica a las lesbianas en Latinoamérica y la forma en que las organizaciones lésbicas han buscado incidir sobre ella. Sobre estos abordajes, me interesa resaltar tres aspectos:

1. En primer lugar, que la mayor proporción del material documental que se ocupa de la salud sexual de las lesbianas, salud ginecológica y atención de la misma, todavía está en proceso de desarrollo. Incluso, aún es necesaria la creación de conceptos mínimos comunes entre quienes abordamos el tema. Todavía no es posible establecer corrientes o formas divergentes de acercamientos. Sin embargo, se puede observar que en la mayoría de estos documentos se utilizan herramientas conceptuales tomadas desde los marcos de las reivindicaciones de políticas de la diversidad sexual y desde la sexología. También, en un mismo tiempo y espacio, aunque teóricamente no son siempre coincidentes, otros conceptos que usan son creados y retomados desde el lesbofeminismo -referentes a la crítica a los mandatos heterosexuales-, pero no necesariamente y no siempre en un sentido de herramienta de análisis, si no que trabajan más en los marcos de lo reivindicativo o como instrumento de denuncia.

2. En segundo lugar, reconocer la construcción del conocimiento de los aportes generados desde la militancia/actuancia lésbica, aportes que van desde el señalamiento de las cuestiones que atañen a la salud sexual y reproductiva, a la

creación de categorías, a la desmitificación y hacen, también una labor de denuncia de tratos discriminatorios en los servicios de salud.

3. En tercer lugar, considerar las limitaciones de alcance que pueden tener propuestas, cursos, talleres de impacto difícilmente medible, legislaciones y protocolos de atención que pongan el tema de la sexualidad y sus prácticas en el discurso médico de lo políticamente correcto o de solicitar la inclusión o plantear que quienes asisten a consulta y ponen su cuerpo en ella sean también quienes exijan en ese momento sus derechos. El problema en lo anterior, es que, entonces, pudiera interpretarse como que se trata solamente de una falta de reconocimiento a individuos para la prestación de un servicio, y, de igual manera, parecería que el personal de atención no estuviera informado. Puede inferirse que sólo hiciera falta información y un cambio de actitud o normas que obliguen a atender de determinada manera, así como legislaciones punitivas a los y las trabajadores en salud, en caso del incumplimiento con las normas. Cuando, como se verá en las páginas siguientes, el Modelo Médico Hegemónico está inserto, es creado y es creador de la cultura dominante que a su vez es heterosexual y androcéntrica. Es decir, no se trata de un asunto que solamente ocurre entre particulares médico–paciente, si no que responde a un régimen político–social heteronormativo, por ello el sentido en las líneas siguientes, en busca de construir más rutas posibles de abordar el fenómeno.

1.4. Aspectos teórico–metodológicos

Es por la relativa novedad en el tema, que la aproximación teórico–metodológica de esta investigación cualitativa, cuyo carácter es exploratorio, se sitúa entre dos campos del conocimiento no comúnmente interactuantes. Por un lado, me auxilio de la antropología médica crítica, concretamente a partir del concepto de Modelo Médico Hegemónico desarrollado por Eduardo Menéndez ya que me permite una caracterización de la biomedicina y sus funciones curativas, pero también normativizadoras y político–económicas. Sin embargo, como en este abordaje a la hegemonía médica no ha sido mirada, ni ha mirado de manera crítica la heterosexualidad obligatoria como una categoría de análisis, he recurrido al aporte del lesbianismo feminista¹⁸.

La vinculación de estos dos campos reflexivos supone un salto teórico y político desde la demanda de atención a las “especificidades de lesbianas” (que es una manera de continuar pensando la práctica lésbica como un asunto de sólo sexualidad o de *diversidad sexual*) a intentar aplicar el análisis teórico de la heterosexualidad como régimen de poder que actúa en todas las relaciones sociales y se articula con las instituciones de un sistema patriarcal, en este caso, en la biomedicina.

Es así, pues, que he pretendido construir un puente entre la antropología médica crítica y la teoría lesbofeminista. Entendiendo aquí que tanto la

¹⁸ La genealogía del lesbofeminismo pasa por autoras como Cheryl Clarke, Mary Daly, Janice Raymond en décadas anteriores y en la Latinoamérica contemporánea continúa con los trabajos de Ochy Curiel, Margarita Pisano, Norma Mogrovejo y otras; con un mayor énfasis en los aportes de Monique Wittig y Adrienne Rich, autoras que han teorizado al respecto de la heterosexualidad, como un régimen opresor

diferenciación hombres–mujeres como sexo, la cual sostiene la heterosexualidad obligatoria, como el Modelo Médico Hegemónico son construcciones que responden a lugares históricos y geopolíticos. Esto significa que ambos son susceptibles de ser cuestionados y transformados.

1.4.1. Lugar de enunciación

Para este abordaje, he propuesto acercarme a las mujeres lesbianas que participaron en esta investigación buscando no *otrificar* (Curiel, 2010:14). Es decir, no investigo a otras o por otras, si no planteado–me que no soy ajena a la población ni al problema que investigo, soy parte de ambos. Yo misma podría ser sujeta a entrevista. Así, explico con todos los costos que desde la exigencia de “objetividad positivista”, que no es la mía, podría tener. Por el contrario, hago patente mi implicación política, ética y personal respecto al trabajo que aquí presento. Me muestro en la dualidad de investigadora y mujer lesbiana. Tomo en cuenta el planteamiento de Sandra Harding, filósofa feminista, sobre la necesidad de evidenciar la subjetividad de la investigación (Harding, 2002) quien, me parece, hace eco de la vieja consigna feminista que enuncia lo personal como político.

Así que, siguiendo a Harding y la consigna feminista, planteo que mi relación con esta investigación comienza desde este lugar teórico-político, posicionándome como lesbiana feminista, nahua descendiente, pero no nahua hablante, madre y cursante de posgrado; también participante de la colectiva *Lunas, Lesbianas Feministas (Lunas)* desde hace 10 años.

1.4.2. Diseño de investigación

Atendiendo justamente a que Harding propone partir desde el punto de vista feminista que “empieza por la vida de las mujeres” (2002:33) y la revalorización del conocimiento fundado en la experiencia de las mujeres (Harding, 2001), surge el diseño de investigación que me ha parecido más pertinente para conocer algunas manifestaciones del Régimen Heterosexual en dichas experiencias. Parto, pues, de observar que constantemente se coloca al consultorio como espacio público de atención, pero que al cerrar la puerta pareciera ir a la dimensión de lo privado. Por ello, imito la estrategia que Menéndez utiliza para abordar el tema de la autoatención, para el cual investiga a través de los sujetos y los conjuntos sociales porque a partir de los mismos, especialmente de la trayectoria de la “carrera del paciente” puede identificar todos o, por lo menos, la mayoría de los aspectos del fenómeno en un contexto determinado, lo cual sería difícil de obtener si partimos inicialmente de cualquier otra fuente de información.

En un momento previo a iniciar la recolección de narraciones de experiencias que formaron la parte medular de la investigación, realicé dos entrevistas estructuradas a informantes clave, médicas, trabajadoras de una ONG de atención a la salud que se declara *sensible a la diversidad sexual*. Busqué indagar sobre cómo conciben lo que necesita una mujer que tiene sexo con mujeres, si existen variaciones o protocolos adecuados en el espacio en donde laboran, frecuencia y razones porqué las lesbianas acuden a consulta, cuántas y cuando se nombran, relaciones entre personal de salud y las consultantes

lesbianas, razones por las que debe enunciarse una lesbiana en el consultorio, entre otras. Estas entrevistas sirvieron para ir configurando lo que podía esperarse en la consulta ginecológica, auxiliándome en la elaboración de las motivaciones que formulé para dar pie a que las mujeres lesbianas que participaron en esta investigación comenzaran a compartir verbalmente sus experiencias. Los datos de las informantes se presentan en la *Tabla 1*.

Tabla 1. Relación de datos de informantes por pseudónimo

Pseudónimo elegido	Edad	Estudios
<i>Kate</i>	36	Médica General
<i>Luisa</i>	42	Ginecóloga

Fuente: Elaboración propia

Posteriormente, busqué mujeres que se hubieran enunciado como lesbianas o explicitaran su práctica sexual lésbica durante la consulta ginecológica, misma que no hubiera ocurrido más de seis meses atrás; mayores de edad y no haber identificado estar entrando o ya haber pasado el periodo de climaterio y menopausia –esta consideración, obedece a que el climaterio y la menopausia tienen implicaciones de construcción sociocultural y biomédica que salen de la delimitación del problema de esta investigación-. Igualmente, consideré el que no estuvieran gestando -ya que la gestación implicaría, también contemplar la atención obstétrica-. Las seis entrevistadas son de piel morena, dos de ellas con abuelos hablantes mazahuas, nahuas y una con padre y abuelos hablantes de zapoteco. Las seis tienen grados universitarios y cuatro de ellas trabajan como

empleadas. Todas dieron su consentimiento informado para la realización de la entrevista y posterior difusión de los resultados. A continuación, en la *Tabla 2*, presento un cuadro con las características generales de las participantes en esta investigación.

Tabla 2. Relación de datos por pseudónimo

Pseudónimo elegido	Edad	Municipio del que proviene	Estudios	Trabajo	Lugares de atención	Vive con	Relaciones sexo y/o afectivas
<i>Janeth</i>	37 años	Cuautitlán Izcalli	Ing. Química	Empleada	ONG, DF	Una amiga	Relaciones sexuales ocasionales
<i>Lilith</i>	41 años	Cuautitlán México	Ing. Química	Comerciante por cuenta propia	ONG, DF	Pareja	Monogámica
<i>Jazmín</i>	41 años	Atlacomulco	Lic. Trabajo Social	Empleada	Centro de salud, Atlacomulco	Sola	Monogámica
<i>Alicia</i>	53 años	Naucalpan	Lic. Psicología	Empleada	Privado, DF	Sola	Relaciones sexuales ocasionales
<i>Victoria</i>	30 años	Naucalpan	Lic. Relaciones Internacionales	Desempleada	Privado, DF	Pareja	Monogámica
<i>Marbel</i>	25 años	Xalostoc	Lic. Diseño Gráfico	Empleada	Privado, Aragón	Familia	Monogámica

La primera estrategia que seguí para contactar a las mujeres que compartieron su experiencia fue, como participante de una colectiva lesbiana feminista, *Lunas*, que realiza propuestas de encuentro sororario entre lesbianas de distintos municipios del Estado de México. Pedí a mis compañeras de colectiva que invitaran a las asistentes de un nuevo ciclo de talleres sobre Derechos Humanos para lesbianas convocado en Cuautitlán Izcalli. Yo no me presenté en el lugar ni impartí los talleres, pues un acuerdo con mi asesora, la doctora Monserrat Salas, fue no hacerme notar como parte de la colectiva para no sesgar las respuestas. Mis compañeras preguntaron al final de la primera sesión quiénes habían asistido a consulta ginecológica recientemente y se habían nombrado lesbianas o habían mencionado que tenían encuentros sexuales con otras mujeres durante la consulta y si desearían participar en un estudio sobre la atención ginecológica a lesbianas. Once (de catorce) de ellas levantaron la mano y yo obtuve once direcciones de correo electrónico y/o teléfonos. Mientras en grupo respondieron afirmativamente, al intentar concretar el contacto, los resultados fueron de que algunas no contestaron en ningún momento a los mensajes; otras habían ido cuatro o cinco años antes al consultorio ginecológico o bien habían asistido en los últimos meses pero no se habían enunciado en consulta o llevaban una playera que tenía la imagen de dos chicas besándose o portaban una pulsera con los colores de la bandera gay y sospechaban que por ello el médico pudo haberlas considerado gays o lesbianas, pero no podían afirmarlo.

Para la siguiente sesión del taller, pedí a mis compañeras que abordaran individualmente y con cierta privacidad a las asistentes. Aun cuando fueron

amables y dispuestas a cooperar, no se logró encontrar alguna que conjuntara el haber ido recientemente y enunciarse en el consultorio ginecológico.

En búsqueda de obtener entrevistadas, acudí a otra organización en donde acuden lesbianas del Estado de México, a tres *Yahoo grupos* y a cinco grupos mexicanos en *Facebook* con el mensaje siguiente:

SOLICITO LESBIANAS

Mi nombre es Karina Vergara y les escribo porque estoy haciendo una maestría en Estudios de la Mujer y mi tema de investigación es sobre las experiencias de las lesbianas cuando asistimos a los consultorios ginecológicos.

Por ello, sería de gran utilidad para esta investigación si alguna de ustedes, habitante del Estado de México, que haya visitado a un ginecólogo o ginecóloga en los meses recientes, quisiera hacerme el favor de narrarme esta experiencia. La recolección de esta narración se realizaría en el lugar y a la hora que le sea más cómoda.

Si ustedes no han ido recientemente al servicio de atención ginecológica, les agradecería si pasan esta invitación a otras lesbianas que pudieran haber asistido.

Las entrevistas serán anónimas.

Mi correo electrónico es pakave30@yahoo.com.mx y mi teléfono es 0445516790669

Muchas gracias por tu participación.

La primera semana no obtuve respuestas, salvo de algunas que proponían las entrevistara, pero no se habían enunciado en el consultorio. Tres que sí lo habían hecho, vivían en Puebla, Monterrey y Guadalajara, respectivamente.

Mientras tanto, recordé que una de las informantes clave mencionó: “Las lesbianas que se autonombran en consultorio es porque ya salieron del closet, porque ya se reconocen ellas mismas”. Casi al mismo tiempo, la doctora Edith Flores, me comentó durante una sesión de trabajo en la Universidad Autónoma Metropolitana Unidad Xochimilco (UAM–X), que el sujeto de esta investigación (no

textualmente) implicaba una construcción de identidad sexual a partir de la cual se construye un sujeto de derecho. Esto fue fundamental en mi búsqueda, pues me permitió sospechar que no es aquella que construye una identidad (lesbiana) la que se nombra, si no, probablemente, quien ha vivido un proceso de “politización” quien se asume sujeto de derecho, de derecho de atención y por ende se puede nombrar.

Entonces, recurrí a buscar mujeres lesbianas que fueran de participación política, aunque no necesaria o indispensablemente lésbica. Contacté a seis mujeres de participación en movimientos sociales que ubicaba bajo diversas circunstancias y yo reconocía o sospechaba como lesbianas y les propuse participar en la investigación. Tres aceptaron la invitación. Una se dedica al trabajo en Derechos Humanos con comunidades indígenas, su seudónimo es *Victoria* y otras dos, *Lilith* y *Judith*, han sido militantes de una organización de obreros, con tendencia socialista. Las parejas de *Victoria* y de *Lilith*, también habían ido y se habían enunciado en una consulta ginecológica recientemente, pero preferí intentar encontrar otras mujeres para entrevistar.

Me preocupaba la realización de esta colección de narraciones, mediante entrevistas si eran las únicas que obtenía, pues tenía el temor de que fuera sesgada la información que yo presentaba, justamente por la “politización” de las entrevistadas. Pero, después de unos veinte días de haber estado poniendo los anuncios vía internet, por Facebook obtuve respuesta de dos mujeres más: *Janeth*, quien es trabajadora social en un centro de salud y *Marbel*, joven ciberfeminista.

Asistí a cuatro *antros* y bares LGBTTTI del Estado de México contacté veintisiete mujeres, más sólo una, *Alicia*, había asistido recientemente y se había enunciado lesbiana en el consultorio ginecológico.

Las entrevistas se recopilaron solicitando primero los relatos en forma abierta y, posteriormente una con una entrevista semiestructurada. Esta estrategia me permitió proponer ejes temáticos que propiciaran una narración un poco más libre de la experiencia en donde fuera posible reconocer temas emergentes y diversos aspectos de la experiencia misma y, en una segunda parte, hacer indagaciones concretas de otros aspectos de mi interés.

A petición de ellas, las entrevistas se realizaron en sus casas. Salvo en un caso, que se realizó en una cafetería.

1.4.3. Contexto

El Estado de México se encuentra en el centro sur del país, geográficamente casi rodea al Distrito Federal. Tiene más de quince millones de habitantes, de los cuales más de dos tercios se concentran en la Zona Metropolitana del Valle de México, 40 de sus municipios están sobrepoblados. Es, también, la segunda economía del país. Su fortaleza está en la industria manufacturera, principalmente de maquinaria y equipo, de electrónicos, automotriz, textil y maquiladora; también se sustenta en comercio y servicios. Hay un alto grado de desigualdad social y económica. Un ejemplo de esa desigualdad es que en este estado se encuentran al mismo tiempo tanto los dos municipios más ricos como los dos más pobres del país.

Para referirme al contexto geopolítico que caracteriza las situaciones específicas que atañen a la población Lesbico, Gay, Bisexual, Travesti, Transexual, Transgénero e Intersexual (LGBTTTI) y también las que implican las políticas amplias de género de la localidad, comenzaré por recordar que el Estado de México ha permanecido durante tres años en el primer lugar en feminicidios en el país, superando a Ciudad Juárez (Dávila, 2012); hay a la fecha, aproximadamente 600 desapariciones de jovencitas en la localidad (Torres, 2012).

El 8 de marzo de 2010 se presentó a los medios de comunicación la versión estatal de la *Ley de Acceso a una Vida Libre de Violencia*, que debería ser un aporte a la equidad de género, pero en el estado se constituyó como un marco jurídico “para la familia” dejando de lado el espíritu original de dicha ley a nivel federal. Cabe mencionar que esa versión de ley modifica el Código Civil local para poner un candado a la posibilidad de matrimonio entre personas del mismo sexo. (Alonso, 2011).

La mencionada modificación al Código Civil tiene un sentido y un mensaje reactivo de rechazo y discriminación dentro de la política nacional, pues tras la aprobación de los matrimonios del mismo sexo en el Distrito Federal hace dos años, ha ocurrido en México un fenómeno mediático de visibilización y discusión de la agenda LGBTTTI que podría dar la impresión de un marco de protección a los Derechos Humanos de esta comunidad. Sin embargo, la aprobación de un punto en legislación de materia civil en una entidad federativa, da una percepción no del todo certera al respecto, pues en esa y otras 31 entidades continúan manifestaciones de homo–les–bi–trans fobia, ya que la heteronormatividad cultural

no ha sido transformada y en otros estados, se presentan, como ésta, acciones legislativas, políticas y culturales reactivas.

Basta mencionar que México ocupa el segundo lugar en Latinoamérica por crímenes de homo–les–bi–transfobia –y que el propio Distrito Federal tiene el número más elevado, con 196 asesinatos de este tipo. Al mismo tiempo, la Encuesta Nacional sobre Discriminación en México en 2010 reveló que una de cada dos personas lesbianas, homosexuales o bisexuales, considera que el principal problema que enfrenta es la discriminación.

En cuanto al estado que me ocupa, de acuerdo con el Consejo Ciudadano para Prevenir y Eliminar la Discriminación de la Comisión de Derechos Humanos del Estado de México (CODHEM), el 75 por ciento de la comunidad lésbico–gay relata haber sido objeto de burla, escarnio, amenazas, extorsión y agresiones e incluso de *Bullying* [acoso] por parte de la sociedad. El mismo organismo tenía contabilizados, hasta 2011, 208 asesinatos de miembros de la comunidad lésbico–gay en los últimos cinco años en la entidad.

Un caso que podría ejemplificar el clima político al respecto, es que para el gobierno de Enrique Peña Nieto, gobernador saliente y presidente electo del país, tanto la Organización de las Naciones Unidas como la Corte Interamericana de Derechos Humanos (CIDH) han emitido desoídas recomendaciones por homofobia, tortura, violación y aprehensión por un móvil político, en el caso del maestro Agustín Estrada¹⁹ quien a la fecha vive en exilio político tras una segunda violación, presuntamente ocurrida por represión política.

¹⁹ Maestro y activista homosexual que tras ser despedido por homofobia, demandó el reconocimiento de sus Derechos Humanos y ha sido perseguido político del gobierno estatal.

En cuanto a las voces activistas y de visibilidad a las demandas de la comunidad LGBTTTI: Hoy el presidente del Consejo Ciudadano para la Prevención y Eliminación de la Discriminación de la Comisión de Derechos Humanos del Estado de México (CODHEM; 2012), es el mismo que participa en la organización llamada *Grupos Vulnerables*, quien ha sido organizadora de las 8 marchas LGBTTTI llevadas a cabo en Toluca, la capital del Estado. Aunque cabe acotar que las propuestas legislativas de este grupo han causado polémicas como la de proponer el matrimonio de personas del mismo sexo, pero sin derecho a la adopción (Alonso, 2011). Es aquí interesante mencionar que durante estos años el mismo personaje ha sido, precisamente, el coordinador estatal de Atención a *Grupos Vulnerables* brazo político perteneciente al Comité Directivo Estatal del Partido Revolucionario Institucional (Expresión, 2012), el mismo partido en el poder durante los fenómenos sociales de feminicidios, crímenes por homofobia y legislaciones desfavorables a la comunidad LGBTTTI.

En cuanto a mujeres lesbianas y bisexuales organizadas por la defensa de sus derechos, identificadas durante esta investigación, en la zona metropolitana, que es la habitada por las mujeres que narraron sus experiencias para esta investigación fueron *Lunas, Lesbianas Feministas* como grupo organizado y el *Grupo de Ayuda Emocional de mujeres para mujeres AA*.

Otro indicador del clima político para la comunidad LGBTTTI en este espacio geográfico es que este año, 2012, bajo un nuevo gobierno encabezado por Eruviel Ávila - perteneciente al mismo partido político que el anterior gobernador, Enrique Peña, el Partido Revolucionario Institucional (PRI)-, se creó, como estrategia contra la discriminación, el Premio Estatal contra la Discriminación. Este premio

considera cinco categorías referentes a adultos mayores, discapacidad, entorno laboral y otras. Ninguna alude directamente a la diversidad sexual o comunidad LGBTTTI. Es decir, en la agenda gubernamental que se ocupa de la *discriminación*, la que afecta a la comunidad LGBTTTI parece no ser relevante.

En 2012, también se han registrado en este año ya 35 asesinatos con lo que llaman “características de crimen de odio”, asesinatos a personas de la comunidad LGBTTTI (González, 2012).

Así mismo, se ha elevado el número de femicidios; se han hecho públicas las desapariciones de jovencitas; se ha sumado el caso de la violación de varias chicas en un campamento juvenil y se ha visibilizado la existencia y captura de un violador y asesino serial en la entidad. Por ello, organizaciones de mujeres han solicitado, nuevamente, la emisión de una Alerta de Género, pero el gobierno se ha negado a ello (Carbajal, 2012).

Así, expongo el clima político actual en lo que al cruce de género y diversidad sexual se refiere, con las implicaciones que pudiera tener en cuanto a políticas públicas en atención a la salud y en cuanto a acceso a la misma para mujeres lesbianas. Me permito, también, marcar la relación directa que tiene con el acceso a la atención de la salud ginecológica y sexual para las mujeres del Estado de México. Siguiendo esa línea de ideas, señalo su relación con las implicaciones en la vida y la salud de las mujeres en donde, de acuerdo a cifras del INEGI (2008) en el Estado de México, el cáncer ocupa el tercer lugar como causa de mortalidad general; el cáncer de mama es la primera causa de muerte por tumores, seguido del carcinoma cérvico-uterino. Además, la tercera causa de

morbilidad por egreso hospitalario son los padecimientos genitourinarios y la primera causa, son los padecimientos relacionados con la reproducción.

Por otra parte, el INEGI (2008) también señala que en el Estado de México la ITS que presenta la mayor incidencia reportada en mujeres es el Virus del Papiloma Humano, seguido por Herpes Genital y la tercera incidencia es del Chancro Blando. Así mismo, indica que las Infecciones de Transmisión Sexual son causa importante de enfermedades agudas, infertilidad, discapacidad y muerte. También, su presencia favorece la adquisición del VIH/SIDA, sobre todo por aquellas infecciones que provocan lesiones. En ese sentido, su vigilancia epidemiológica, diagnóstico temprano y tratamiento oportuno en lesbianas, no sólo benefician su prevención y control, si no también, el de prevenir el VIH/SIDA.

Como se había señalado en otro apartado, no hay información epidemiológica respecto a los padecimientos de mujeres con prácticas sexuales lésbicas, ni conocemos aún si existe relación entre las complicaciones de estos padecimientos y el acceso con el que cuenta la población lésbica a la atención ginecológica, pero sirvan estos elementos para comenzar a delinear el mapa de las circunstancias que rodean las narraciones de experiencias recogidas en esta investigación.

CAPÍTULO II. ¿QUIÉN SE ATREVE AL VIAJE?

2.1. Existencias lésbicas en el Estado de México en 2011–2012

En el apartado metodológico previo expuse la dificultad que tuve para encontrar mujeres lesbianas que se hubieran enunciado²⁰ durante una consulta ginecológica pues no todas las lesbianas asisten a consultorios ginecológicos y no todas se enuncian.

Este fenómeno no es una casualidad. Enunciarse irruptora del régimen heterosexual puede tener consecuencias, por lo que existe un fundado temor a la discriminación y/o violencias de parte del personal que trabaja en salud. Mogrovejo (2008) explica, que no es posible “ser”, “existir” lesbiana en todas partes: “Ser lesbiana es una construcción social que se realiza al interior de marcos sociales que determinan la posición de los actores, orientan sus representaciones y actos. No todas dicen que son, el reconocimiento también depende de la seguridad que ofrezca su entorno”.

No es sencillo nombrarse lesbiana, pero el no hacerlo implica no existir. Hay un mecanismo de invisibilización dentro de las lógicas sistémicas que operan la presunción de heterosexualidad obligatoria; Ello que da lugar, de acuerdo con Robledo (2008), a que “el menoscabo de los derechos civiles, económicos, culturales que se infringe a las lesbianas, no suscita mayores reclamos de reparación desde el momento que por definición se trata de sujetos inexistentes y

²⁰ Es decir que hablaran sobre su existencia lesbiana, ya sea utilizando explícitamente la palabra lesbiana, informando que tenían sexo con mujeres o algún indicativo de que se relacionaban sexual, erótico y/o afectivamente con otras sexuadas femeninas.

por lo tanto sin derechos”. Robledo explica que sin sujeto de derechos, no hay derechos.

Esta paradoja -la dificultad de nombrarse y la necesidad de hacerlo para existir- se manifiesta también en el momento de requerir atención ginecológica y tener que decidir entre enunciarse para ser reconocida o conformarse con la atención que se pueda obtener y con inventar respuestas de heterosexualidad durante la entrevista para la historia clínica. Hay una frontera ideológica: fuera de la heterosexualidad, no se es legible para el interlocutor. En estos casos, si no se nombra se es irreconocible para el o la ginecóloga.

Por ello, en este capítulo muestro el lugar desde donde seis mujeres lograron enunciar su existencia lesbiana en consultorios ginecológicos.

Esta existencia, de acuerdo con Adrienne Rich (1981b:32), sugiere pensar tanto en la presencia histórica de las lesbianas, como en la puesta en marcha del sentido de tal existencia. Así, ellas están situadas en un lugar histórico y geopolítico como es el Estado de México y narran cómo ponen en marcha y dan sentido a su existencia, subjetividad y posicionamiento político en un mismo tiempo y espacio. Esta existencia construye una cuerpo, la cuerpo lesbiana. En estas experiencias en particular lesbopolitizadas²¹ y/o informadas respecto a temas de salud, son las cuerpos las que se presentan, enuncian y exponen en el consultorio ginecológico.

²¹ Utilizo el término lesbopolitización para explicar el trayecto personal de construcción de las mujeres lesbianas como sujeto político.

2.1.1. Mujeres lesbianas

Para ubicar a los sujetos de esta investigación partiré de sus propias narraciones, siendo que todas se enunciaron mujeres y desde ahí se consideran lesbianas, como mujeres en relación con otras mujeres. Por ejemplo, *Victoria* se reivindica mujer ante los estereotipos sobre el ser lesbiana que ha escuchado en espacios tanto heterosexuales como de esparcimiento gay:

Yo soy mujer, quiero ser lesbiana. No quiero ser un hombre ni comportarme ni vestirme como tal. Ni ponerme un arnés en la relación sexual.

Simone de Beauvoir, filósofa francesa, en 1949 publicó *El Segundo Sexo* en donde mostró como el ser mujer no es una condición *a priori*, si no que es una construcción social, cultural, material y psíquica: “la mujer no nace, se hace”. Aproximadamente treinta años después, Monique Wittig pensadora lesbiana feminista, al mismo tiempo que cuestionó el concepto de “mujer” y señaló que refiere a algo inexistente, un ideal que mantiene la opresión; explicó como lo que sí existe son “mujeres”, en tanto clase social en relación antagónica respecto a una clase opresora, porque: “lo que constituye a una mujer, es una relación social específica con un hombre, relación que otrora hemos llamado servidumbre, relación que implica obligaciones personales y físicas, tanto como obligaciones económicas” (Wittig, 2006:36). Esta misma autora estableció que entonces las lesbianas no son mujeres pues escapan de esa relación al negarse a ser heterosexuales: “porque el sujeto designado no es una mujer, ni en lo económico, ni en lo político, ni en lo ideológico” (Wittig, 2006:36).

Sin embargo, si bien las lesbianas escapan a la apropiación individual, no lo hacen de la apropiación colectiva. Colette Guillaumin contribuyó al análisis con el concepto de *sexaje*, definido como “la relación social de apropiación privada, física, directa de las mujeres en forma individual por parte de sus padres, maridos, novios; y la apropiación colectiva de la clase de las mujeres por la clase de los hombres”. Es decir, se trata una “relación social, material, concreta e histórica. Esta relación social es una relación de clase, ligada al sistema de producción, al trabajo y a la explotación de una clase por otra” (Brecha Lésbica, 2005).

Retomando estos aportes, es posible observar que las mujeres que narraron sus experiencias pudieran escapar de la estructura social jerárquica, dado que no necesariamente cumplen con las condiciones relacionales individuales, asignadas dentro de esa estructura social con relación al otro/uno/hombre, ni necesariamente utilizan el atuendo y actitudes de la *performance* generizante. Pero, pueden ser leídas en la categoría mujeres a la manera en que lo hacen las pensadoras materialistas, como una clase social que confiere una unidad de sentido. Como lo escribe Robledo, pensadora lesbiana (2008): “Políticamente, para ser inteligibles, las lesbianas nos englobamos dentro de la categoría mujeres, aunque la pongamos epistemológica y ontológicamente bajo sospecha”.

Por ello, me es preciso retomar la construcción de sujeto “mujeres”. Es decir, a quienes han nacido con la característica identificable en una generalidad de vulva–vagina entre las piernas y por ello fueron sexuadas femeninas, pero también fueron socializadas en el “ser mujer” y lo que ello representa en su existencia –y más adelante en cuanto a su acceso y formas de él a la salud. Se

trata del conocimiento situado desde la materialidad corporal y desde lo que implica la diferencia sexual; no de un asunto de determinismo biológico si no de una categoría útil para el análisis del sujeto que me ocupa, en palabras de la filósofa Rossi Braidotti:

Uno habla como mujer, aunque el sujeto mujer no es una esencia monolítica definida de una vez y para siempre, si no que es más bien el sitio de un conjunto de experiencias múltiples, complejas y potencialmente contradictorias, definido por variables que se superponen tales como la clase, la raza, la edad, el estilo de vida, la preferencia sexual y otras [...]. Uno habla como mujer con el propósito de dar mayor fuerza a las mujeres, de activar cambios socio simbólicos en su condición: ésta es una posición radicalmente antiesencialista (Braidotti, 1994:30).

En este caso, consideradas *mujeres* en el lugar complejo que ocupan dentro del sistema mundo patriarcal, en la construcción de la existencia lésbica, que se relaciona y en gran medida condiciona o determina el disfrute de la salud y acceso a atención de la misma.

2.1.2. Lesbianas

Aun cuando en toda la historia han existido mujeres que se relacionan erótica afectiva y/o sexualmente²² con otras mujeres, no siempre puede usarse la palabra *lesbiana* para definir las. Por ejemplo, Suárez, investigadora española feminista, pregunta: “¿Y de qué calificar a las lesbianas en cuya cultura o período histórico no existía (o no existe) el concepto contemporáneo u occidental de “lesbianismo”?”

²² La distinción entre relaciones eróticas–afectivas y sexuales–afectivas es de *Janeth*, quien la explica ampliamente en el último apartado de este capítulo.

¿Y de qué calificar a las mujeres que aun sintiéndose lesbianas son incapaces de superar las presiones ambientales y mantienen una vida heterosexual?” (Suárez, 2006:8). Así, estoy consciente de la complejidad que el término encierra. Incluso, la definición de lesbiana ocupa hoy apasionados debates en el propio movimiento lésbico y otros. Hay un debate por la *inteligibilidad* de la palabra (EKIPA, 2009). Las discusiones hoy vigentes en torno al sujeto del feminismo, se trasladan en torno al sujeto del movimiento y de la teoría lésbica, justamente, sobre la inteligibilidad de la “lesbiana”.

Sin embargo, me es posible identificar en la región latinoamericana, tres acepciones principales en el uso de la palabra, las cuales se intersectan, cuestionan e interpelan entre sí.

La primera acepción de *lesbiana* que identifiqué es como categoría de la sexología que surge a finales del siglo XIX y que se clasifica en una orientación sexual, referida concretamente a prácticas sexuales, la cual de acuerdo con el discurso sexológico “no es una elección”. Este discurso ha sido repetido constantemente por parte del movimiento LGBTTTI y utilizado como argumento para demanda de políticas públicas de inclusión.

La segunda acepción la identifiqué en la discusión del pensamiento posmoderno, que se desarrolla a partir de una línea liberal de la sexualidad, cuyos análisis parten de señalar la jerarquización de la sexualidad y el posterior pensamiento *queer* que analiza a partir de concebir el género como una serie de conductas, códigos de vestuario y actos repetitivos, una performance que diluye la propuesta lesbiana, (machorra, bollera, tortilla en el discurso *queer*) nuevamente, hacia un asunto de sexualidad, en este caso “desheterosexualizadora” por lo que

la invisibiliza al subsumirla con otras prácticas de disidencia a los mandatos de la sexualidad normativa (Falquet, 2009).

En un ámbito distinto, en las páginas que aquí presento, el uso de la palabra *lesbiana*, más acorde con las concepciones de la mayoría de las mujeres lesbianas participantes en esta investigación, es en su connotación teórica lesbofeminista que nace en la década de los setentas. Se contrapone al discurso de la orientación o no elección “el lesbianismo dejó de ser una identidad sexual esencial (definida por una clasificación sexológica) o innata en algunas mujeres...Todas las mujeres nacemos con capacidad para ser lesbianas “existenciales”, es decir, para tomar la decisión política consciente de abandonar la heterosexualidad y hacerse lesbianas” (Suárez, 2006).

Se trata de una identidad construida en un momento político e histórico determinado, correspondiente a la cultura urbana occidentalizada. Su utilidad, como lo señala Jefreys (2003) ha sido señalada por las lesbianas políticas que han hecho hincapié en la relevancia de una identidad reconocible como instrumento organizador dentro de su propio contexto.

Con puntualizaciones, pero sin perder el sentido político y antipatriarcal, esta concepción sigue vigente, en 2009 Yan María Castro, lesbiana feminista mexicana, escribió: “Es una actitud política (consciente o inconsciente) que ha confrontado por sí misma al sistema patriarcal negándose a su pretensión de reducir a todas las mujeres a propiedad de los hombres a través de la familia, el matrimonio, la heterosexualidad, la maternidad y la monogamia impuestos” (Castro, 2009).

Lilith, Marbel, Janeth y Alicia, parecen coincidir con estas miradas, no ponen del lado el deseo sexual, pero también aluden a una decisión política, explícita y/o implícita:

Lilith reflexiona:

Trasciende a lo coital, pues es una relación amorosa con las mismas mujeres y puede ser un derrotero hasta de principios, que puede ser de responsabilidad política de elegir amar, querer y también apoyar a las mujeres. Como justo nos educaron para el heteropatriarcado; a quien se le defiende y se le da el apoyo y todos los recursos es al hombre y aquí no, aquí puede ser diferente” (*Lilith*, 2011).

Janeth dice:

Si sientes placer tocando a una mujer yo digo que ya es ser lesbiana, pero también como en las relaciones comunes [...] bueno hablando como de erótico/afectivo porque quieres a otras mujeres, que sería como lesbiana política [risas], que tu quehacer político es así, con otras mujeres porque, pues, porque te sientes a gusto, porque lo disfrutas (*Janeth*, 2011).

Sin embargo no es una única concepción, de acuerdo con Fusková, lesbiana feminista argentina, ya que: “Hay varios modos de vivir el lesbianismo. Uno de ellos es aquel que supone solamente una elección de un objeto sexual distinto, es decir, una mujer en lugar de un varón” (Fusková, 1991:2), esta concepción es cercana a lo expuesto por *Jazmín*:

Un gusto de cada quien, porque hay quien le gusta estar con un hombre como a mí me gusta estar con una mujer (*Jazmín*, 2011).

“El otro, [modo de vivir el lesbianismo] además de esto o tal vez a partir de allí, es cuestionar el sistema en el que vivimos y, desde nuestra situación, atacar a una de sus pautas fundamentales: la heterosexualidad obligatoria”, sostiene Fusková (1992:2), que es un planteamiento que trasciende hasta cuestionar el

sistema que oprime a las lesbianas, y a otras, el cual mantiene el statu quo en general. *Victoria*, parece responder, cuando se explica en resistencia al sistema mismo:

Para mí, ser lesbiana es que me siento libre, como decir: sí estoy en este sistema porque aquí, bueno, no hay muchas opciones, pero soy libre dentro de él, de con quien estar, con quien hacer (*Victoria*, 2011).

Entonces, parto de observar que de las mujeres que narraron su existencia para esta investigación, *Marbel*, *Janeth*, *Lilith*, *Alicia* y *Victoria*, tienen una concepción más politizada –sin dejar de lado lo erótico y afectivo– del término lesbiana, mientras que para *Jazmín* es un gusto, más enfocado al marco del discurso sexológico. En uno u otro caso, Robledo (2008) plantea que una de las estrategias que tienen las lesbianas para visibilizarse e intentar *existir* es utilizar el término lesbiana en sentido político. Es decir, no es una connotación esencialista si no más bien como posibilidad de crítica frente un paisaje heterocentrista, pero que es necesario nombrar para que exista.

2.2. Lesbopolitización

Respecto a las narraciones colectadas, puedo identificar que el enunciarse lesbiana, ya sea en un consultorio o en distintos ámbitos de la vida, puede considerarse parte de un proceso. Este proceso no necesariamente es secuencial, muchas veces es vinculado y otras progresivo o no necesariamente se cumple en todas sus fases; pero, en general, las seis mujeres que narraron sus procesos coinciden en señalar, que además del gusto o el deseo por otros cuerpos

sexuados femeninos, tuvieron el acceso a formación, información; el “identificarse” o “amar” a otras mujeres y la materialización de relaciones sexuales, eróticas y/o afectivas construyendo así un sujeto político que se puede enunciar.

Por razón de estructura presento el cómo identifiqué el proceso de lesbopolitización en cuatro apartados, pero insisto en considerar que no necesariamente son secuenciales ni están jerarquizados:

2.2.1. El gusto prohibido en la heterosexualidad

En distintos instantes, las entrevistadas evocaron sus primeras nociones de deseos lésbicos. Sin embargo, estas vivencias estaban marcadas por una sensación de lo “prohibido” o por el temor hacia lo desconocido. Aquí son pertinentes las reflexiones de Margarita Pisano, teórica lesbiana feminista, (2004:75) quien menciona las historias coincidentes de muchas mujeres en donde generalmente contamos con una aliada u otras mujeres cercanas con la(s) que ocurren nuestros primeros o pequeños incidentes lésbicos, pero luego ocultos, negados, sobrentendidos, Pisano expone: “Esta negación se enraíza en la sensación de terror de descubrirse pensando o sintiendo el traspaso del límite de lo permitido, sustentado en la formación de los modelos de la erótica y la ética/moral establecidos” (2004:75). *Jazmín, Victoria, Janeth y Lilith* mencionaron que ese deseo es difícil convertirlo en una concreción, o incluso volviéndolo un acto concreto, como cuenta *Lilith*, se renuncia a él. Nuevamente Pisano explica: “La mujer se paraliza ante la sanción inminente del sistema, se niega a sí misma, para no ser negada dos veces: una por ser mujer y la segunda por ser lesbiana”.

Victoria narra:

Desde la prepa ya me había enamorado de una chava pero ella se veía muy hetero y yo no me atreví a hablarle. Lo que hice fue meterme al equipo de voleibol para estar cerca de ella (*Victoria*, 2011).

Lilith explica sus vivencias en ese sentido:

La verdad es que yo desde niña tuve practicas amorosas con otra niña y, bueno, también prácticas sexuales y pues era bien rico. Primero, porque no te embarazan y segundo porque, este, se siente rico [risas]. Pero ya cuando adolescente, pues ¿cómo crees? ¡Eso no puede ocurrir! (*Lilith*, 2011).

Alicia, expone como ese deseo, aun concretado, le produjo miedo:

Después de aproximadamente 4 meses rechacé completamente a esta persona, me alejé. Me entró como ese miedo, superstición, se me vino como una situación de shock y en lugar de hacer una continuidad con ese proceso yo lo que hice fue negarlo, rechazarlo. Yo pensé que era como un castigo de dios o de mi religión (*Alicia*, 2012).

2.2.2. La ginoidentificación

A pesar, tal vez a causa, o independientemente de los momentos de duda, desconocimiento o temor recopilados arriba, algunas de estas mujeres lesbianas construyeron relaciones de sororidad, reconocimiento y encuentro con otras mujeres. Uso aquí el término ginoidentificación, reconociendo el aporte de Charlotte Bunch, una de las pioneras de la política feminista lesbiana, quien define también el lesbianismo como una opción política: “La lesbiana, la mujer identificada con otra mujer, se compromete con las mujeres no sólo como alternativa a las opresivas relaciones masculino/femenino, si no primeramente

porque ama a las mujeres” (Bunch, 1975). Respecto a las narraciones de *Jazmín* y *Janeth*, como se verá, ellas explican que no lo relacionaban con su lesbianismo. Sin embargo, lo contaron como parte de la reflexión a partir de la cual se les pidió compartieran los eventos significativos en su existencia lésbica.

Janeth, narra:

No me asumía como lesbiana, pero como siempre estoy cerca de mujeres y, bueno, sobre todo pues en esos movimientos [sociales]. Siempre éramos muchas mujeres, siempre me gustó mucho y pues pienso que conocí como las caricias y todo, pero yo no me sentía que era lesbiana [risas]. No lo tenía en mi código, pero si pienso que besé y que acaricié a las mujeres y además no sentí ningún prejuicio, lo hacía con mucho amor. (*Jazmín*, 2011).

(*Janeth*, 2011)

Jazmín parece coincidir:

Siempre, toda la vida trabajé y viví más con mujeres. Sólo con mujeres. Así me ha gustado estar aun cuando todavía no sabía que era lesbiana (*Jazmín*, 2011).

Charlotte Bunch plantea que las relaciones entre hombres y mujeres son de índole política porque implican poder y dominio. Así, la relación entre mujeres, su identificación, alianza, es también una propuesta política, una propuesta contra la forma establecida de relacionarse dentro el sistema mismo (Bunch, 1972). Al respecto, Adrien Rich propone el término *continuum lesbiano* que implica no sólo, ni indispensablemente el deseo sexual de una mujer por otra, si no las experiencias (políticas de este modo) de identificación: “Muchas más formas de intensidad primaria entre dos o más mujeres, incluido el compartir una vida interior más rica, la solidaridad”. (Rich, 1981b:25)

Lilith pone en voz y práctica las propuestas de estas autoras, cuenta (refiriéndose a una amiga):

Ella se espantó cuando supo que yo era lesbiana, también pensó que era castigo divino, pero le dije: “¡Óyeme no, también nosotras somos lesbianas desde que tú me quieres y yo te quiero, no precisamente tenemos que “copular”, ahora que si quieres, pues, también, [Risas] y ya nos arreglamos!” [Risas] (*Lilith*, 2011).

No puedo atreverme a señalar la frecuencia o infrecuencia de las identificaciones en general entre mujeres, pero sí considero importante considerar la convocatoria que hace Pisano a interrogar sobre la misoginia con la que han sido diseñados nuestros pensamientos, relaciones y la necesidad de entrar en diálogos entre nosotras. Sin esta interrogación, señala Pisano: “No nos amaremos a nosotras mismas, no nos amaremos como mujeres y, fundamentalmente, no nos respetaremos como género y como especie” (Pisano, 2004:73).

Marbel, hablando de su ejercicio de identificación con otras, parece responder a Pisano:

Yo creo que hay que protegernos entre nosotras. Creo que mi yo lesbiana decide amar al género, pese a lo complicado que a veces puede ser y yo decido relacionarme con otra mujer, pero respeto a todas las mujeres y no me importa que haya pasado en sus vidas y con quien se relacionen... Me gusta cómo vivo, es como una forma de amor, el amor... Me gusta mi vida, me gusta partir de que yo soy lesbiana, por ese amor (*Marbel*, 2011).

Son *Jazmín*, *Janeth*, *Lilith* y *Marbel* quienes hablaron de sentirse identificadas con las mujeres.

Aquí me permito, nuevamente señalar la propuesta de Rich respecto al *Continuum lésbico* como un término que hace referencia a una gama de experiencias identificadas a través de la vida de cada mujer y a través de la historia y no simplemente el hecho de que una mujer haya tenido o deseado conscientemente experiencia sexual genital con otra mujer. Si lo expandimos para

que incluya muchas más formas de intensidad primaria entre mujeres, como el compartir una vida interna rica, el dar y recibir apoyo práctico y político. Este concepto *continuum lésbico*, hace referencia al rescate de la experiencia de las mujeres en resistencia al patriarcado, como una suerte de alianza entre mujeres en un contexto donde el patriarcado para sobrevivir impone la competencia entre nosotras, impulsando el culto a lo masculino.

2.2.3. Formación/información

En las seis narraciones surgió un aspecto que ocupó un espacio significativo de los relatos sobre su existencia, el trayecto de búsqueda de información o formación sobre temas lésbicos, lugares en sus existencias de relación y encuentro con otras lesbianas, de politización y de apoyo.

Marbel y *Alicia* mencionaron el sentirse apoyadas por una colectividad o grupo LGBT al que recurrieron en momentos determinados y la obtención de información consiguiente:

Me sentí muy cómoda porque nunca estuve sola, hubo un grupo... que dijeron: “No te preocupes, si alguien te hace algo, pues aquí estamos” y yo me sentí muy bien como muy cobijada y pues sí, así fue como empecé. Luego descubrí en el internet, las páginas lesbianas y feministas: ¡Ahhhhhhh! (*Marbel*, 2011).

Lilith y *Janeth* obtuvieron información feminista y lésbica durante actividades de participación política:

Pues en movimientos, en movimientos sociales...cuando me tocó estar como cerca de chavas que cuestionaban...no les decían feministas, les decían lesbianas, “¡Ay, de seguro es lesbiana”, porque dicen eso de nosotras los hombres [risas]... y no todas eran

lesbianas, pero otras sí y me gustaba mucho esa relación... Entonces, para la gente la consecuencia era que yo fuera lesbiana, por toda la información que recibía “pues, claro, pues en qué vas a terminar” ¿no? [Risas] (*Janeth*, 2011).

Jazmín y *Victoria* encontraron información en espacios institucionales, una en un diplomado de sexología y la otra en una maestría en Derechos Humanos:

Victoria comentó:

Tuve la suerte de conocer a muchas feministas, lesbianas y activistas y es cuando me di cuenta desde otra perspectiva lo que es ser lesbiana política...Antes había más misoginia en mí, pero con el feminismo me veo como lesbiana, veo las cosas diferentes (*Victoria*, 2011).

Como se puede apreciar, las trayectorias de formación/información sobre temáticas lésbicas son muy diversas, desde la franca militancia, como en *Janeth* y *Lilith*, los espacios LGBTTTI y el internet como ocurre con *Marbel* y *Alicia* –las de menor y de mayor edad de las entrevistadas– o en espacios institucionales como ocurrió con *Victoria* y *Jazmín*. El feminismo como teoría y práctica atraviesa en distintas maneras los procesos en la mayoría de las narraciones de ellas. En general son formaciones y miradas distintas, cuyo elemento en común es la obtención de herramientas teóricas, políticas y/o discursivas con las que podrían identificar–enfrentarse a las manifestaciones del Régimen Heterosexual en los espacios de su vida cotidiana.

2.2.4. Inicio de la vida lésbica

Otro aspecto de la vida lésbica que apareció también en todas las narraciones es el momento a partir del cual ellas se conciben a sí mismas como lesbianas.

Jazmín lo vive como algo que le ocurrió, pero las demás mencionan haberlo buscado y propiciado concretamente:

Jazmín:

Pues cuando me empecé a dar cuenta de que era lesbiana fue cuando empezó a haber algo con ella; cuando por primera vez nos dimos un beso y eso. No te creas, como que sí andaba desubicadona y como que dije: ¿Qué onda, qué está pasando? Se fue dando sin que lo planeara (*Jazmín*, 2011).

En cambio, para *Victoria*, *Janeth* y *Lilith*, fue una concreción buscada:

Janeth:

Si una no lo intenta como por iniciativa propia, pues es muy difícil, o sea, no pasa que llegue y te bese. No sé, algo así. Tú tienes que ver dónde vas a meterte en ese camino... Hasta que pruebas y ya dices: ¡Ay claro, pues sí, soy de aquí! (*Janeth*, 2011).

Jazmín primero vivió una experiencia sexoafectiva y después la significó como una experiencia lésbica. En tanto, *Janeth*, *Victoria*, *Lilith* y *Marbel* ya reconocían los deseos y una cierta significación lésbica, buscaron establecer relaciones sexo y/o afectivas como una forma de concretar sus deseos. *Alicia* también reconocía sus deseos y una significación lésbica, incluso tenía una vida sexual lésbica, pero es hasta que establece claramente una relación afectiva que se reconoce a sí misma como lesbiana.

2.3. Algunas dimensiones de la existencia lésbica en el Estado de México

A continuación se presentan algunos aspectos de la existencia lésbica, cómo es puesta en marcha y experimentada en su particular lugar social, histórico y geopolítico.

2.3.1. Invisibilidades

La invisibilidad es una constante en las narraciones que ocupan a esta investigación, al respecto Rich señala que esta invisibilidad es una medida para mantener a las mujeres dentro de un contexto sexual masculino, es “la imposición sobre las mujeres de la heterosexualidad. Uno de muchos mecanismos de imposición es, evidentemente, el hacer invisible la posibilidad lesbiana, un continente sumergido que se asoma fragmentario de vez en cuando a la vista para ser hundido de nuevo”. (Rich, 1981^a :38) *Alicia* y *Jazmín* identifican esa invisibilidad en el entorno en el que se desarrollaron dentro del Estado de México y en sus espacios familiares:

Alicia:

La lesbiandad era... bastante señalada...poco mencionada. En mi entorno, más bien se hablaba de gays y era siempre satanizada, ridiculizada, menospreciada. Entonces, todo eso me hizo tener una idea de que esto era malo, desagradable, que iba a ser ridículo y que además era pecaminoso (*Alicia*, 2012).

Jazmín:

Pues, como vivimos en un pueblo muy cerrado, la gente de por sí a veces aunque tenga estudios, no le da para más. Como que se cierran en todo, entonces es muy difícil. Muy poca gente sabe que soy lesbiana. La mayoría de mi familia nadie sabe, aunque se lo imaginan. La verdad sí es difícil porque no puedes abrirte libremente (*Jazmín*, 2011).

Respecto a la sanción por la existencia lésbica Rich escribe: “Ha, por supuesto, incluido el aislamiento, el odio hacia sí misma, la crisis, el alcoholismo,

el suicidio y la violencia entre mujeres; idealizamos a nuestra costa lo que significa amar e ir contra corriente, y entre puniciones enormes”. (Rich, 1981b:14)

Alicia, Lilith y Victoria mencionaron formas de lesbofobia que han vivido en su entorno como críticas, rechazos e incluso violencias.

Lilith:

Compañeras lesbianas a las que he tenido que acompañar, compañeras que les he dado posada, compañeras que las he tenido que acompañar al Ministerio Público porque las han golpeado por su identidad, por leer una revista lésbica, por decir que son lesbianas... Que las han corrido, golpeado sus padres y sus madres y lo que les reclaman es eso, lo lesbiana. Esa es la razón por la que las lastiman (*Lilith*, 2011).

Cito a *Lilith*, nuevamente, respecto a un noviazgo que tuvo:

Cuando el señor se enteró de que yo y ella éramos novias, pues...este... me amenazó de muerte y yo lo viví con mucho dolor y mucho miedo esa relación (*Lilith*, 2011).

Victoria y Jazmín, de distintas formas vivieron las consecuencias de la presión social que obliga a las mujeres hacia la heterosexualidad, a *Victoria* la amenazaban con mandarla a otro país:

Que me iban a mandar con mis primas a Estados Unidos, que me iban a tener vigilada, que ya no me iban a dejar estudiar y por eso tuve que esconder lo que yo quería por años. (*Victoria*, 2011).

Jazmín y su expareja vivieron lesbofobia de su familia:

Afecta mucho, inclusive las dos fuimos con el psicólogo porque nos afectó. Lo que pasa es que ella es de Guerrero, y su familia se empezó a dar cuenta...por eso ella empezó a andar con un hombre para que dijeran que tenía novio. En ese transcurso se casó, pero, a pesar de todo, no dejamos de estar juntas (*Jazmín*, 2011).

Un aspecto de la invisibilidad/lesbofobia sobre la existencia de *Marbel* y de su compañera, es que afecta a la niña que crían:

Ahora se han agudizado los problemas con la niña, porque ella crece en un ambiente que le dice que *tiene que tener una figura paterna* y que eso que quiere su mamá no es. Entonces, es muy difícil porque si una llega a tener prejuicios, no me imagino cómo debe ser para una niña que todo el día está rodeada de: “*Esta debe ser, esta es la familia, esta es la familia*” y que voltea y dice: “yo no tengo esa familia” (Marbel, 2011).

Respecto a las familias, encontré que en las narraciones de *Lilith*, *Victoria*, *Janeth* y *Alicia*, la familia inmediata conoce desde hace más de dos años la elección lésbica de estas mujeres, la de *Marbel*, hace un año, mientras en la familia de *Jazmín* no se habla al respecto:

En la mayoría de mi familia nadie sabe, aunque se lo imaginan. ¿Por qué? Porque casi siempre ando con amigas. Yo tuve una relación siete años con una persona y yo digo que se lo imagina mi familia, pero no dicen nada. Casi siempre tratamos de evitar...cada quien.... con la distancia (*Jazmín*, 2011).

Marbel cuenta:

Hace como un año decidí decirle a mi mamá, aunque yo creo que ella ya sabía porque me dijo: “¡Ay!, ¿desde cuándo crees que lo sé?” (*Marbel*, 2011).

Respecto a lo que ocurre en sus trabajos, recuerdo que Adrienne Rich, expone la problemática laboral de las mujeres lesbianas, dentro de un sistema patriarcal y al mismo tiempo, hace una diferencia de ésta respecto a la que se presenta en la vida laboral de los homosexuales: “Una lesbiana, parapetada en su lugar de trabajo a causa de los prejuicios heterosexistas, se ve obligada a algo más que a negar la verdad de sus relaciones externas o su vida privada. Su puesto de trabajo depende de que finja ser no simplemente heterosexual, si no una mujer

heterosexual en términos de atuendo y del rol femenino y deferente exigido a las (verdaderas) mujeres (Rich, 1981:16).

Jazmín no comenta nada sobre su vida lésbica en el trabajo y *Alicia* cuenta que se ve precisada a ocultar su vida privada:

No lo hablo en el trabajo, porque en el trabajo y hasta la fecha son sumamente homofóbicos (*Alicia*, 2012).

Lilith vende comida preparada en un negocio propio y, al igual que *Janeth*, obtienen sus sustentos en lugares que no dan oportunidad a compartir otros aspectos de sus vidas. *Victoria* está desempleada.

2.3.2. Relaciones erótico–sexuales–afectivas

Aun cuando *Alicia*, *Marbel* y *Lilith* relataron en algunos momentos de su vida haber tenido experiencias poliamorosas o polisexuales, en el momento de recoger sus narraciones no estaban viviendo estas experiencias. Ahora se están relacionando en parejas monógamas. Retomo aquí la propuesta de Pisano cuya mirada crítica alude a la posibilidad de observar posibles reestructuraciones de las relaciones lésbicas en busca de no caer en romanticismos patriarcales, de amor irracional y sacrificado, podríamos decir ese amor diseñado por un sistema que sujeta a las mujeres a relaciones de servicio doméstico, renunciadas y dolorosos apegos. Pisano escribe: “Es precisamente aquí donde el patriarcado tiende su trampa, pues la transgresión no radica en traspasar el límite demarcado de la erótica establecida, si no en pensar dicha transgresión, en diseñar estrategias políticas para que tal transgresión no sea, como todas, recuperada” (Pisano, 2004:78).

Lo encontrado en las narraciones, fue que en su existencia lesbiana, *Lilith* intenta esas reestructuraciones en su vida cotidiana:

Pues una parte, hablar de los roles, porque como lesbiana de una pareja que creció en esta misma sociedad y me reclama que por qué no está la ropa limpia y yo ¿QUÉ? [grito] “¿Por qué designio divino a alguien se le ocurrió que a mí me toca?” Y, ella misma reconocer que no es mi obligación. No me toca a mí del todo, que reclamarlo es un poco *machín*... creo que ambas debemos poder decir que no hay trabajos más importantes que otros, que es asunto de las dos, que hay que resolverlo y dignificarlo ¿no?, porque si no nos vamos a seguir peleando para ver quién lo hace y, bueno, como puedes ver no es precisamente una casa de muñecas donde vivimos, pero podemos transitar y llegar a la cama (*Lilith*, 2011).

Jazmín, habla de la relación que recientemente ha roto en términos no de un amor romántico desgarrador, mejor dicho, de la construcción de una relación entre mujeres que al terminar busca ayuda para que sea una ruptura en términos distintos:

Nos empezamos a distanciar y empezamos a ir con el psicólogo las dos, porque sí nos afectó a las dos... Entonces decidimos ir con el psicólogo a que nos ayudara un poquito, a entender las cosas y todo. Nuestra relación se terminó, pero seguimos una amistad (*Jazmín*, 2011).

A *Marbel* le cuesta un poco más de trabajo negociar dentro de su relación actual, construida, según sus propias palabras en un amor “demandante”:

Ella nunca ha tenido novias, entonces es complicado porque es irte al principio de las cosas. Cuando yo empecé a tener novias fue a los 16 años. Los parámetros de ella siempre habían sido las relaciones heterosexuales y no, aquí es diferente porque venimos de historias diferentes y yo soy la primera novia... es tan complicado, yo creo que las mujeres somos más demandantes... somos como: ¡Ahhh, te amo y te amo descomunamente, Ahhh! (*Marbel*, 2011).

Janeth y *Alicia* no tienen una pareja actualmente y *Victoria* prefirió no hablar al respecto por el momento.

2.4. Sexopolítica que se enuncia en el consultorio

He reunido en estas páginas la forma en que *Marbel*, *Jazmín*, *Janeth*, *Lilith*, *Alicia* y *Victoria* definen lo que es ser lesbiana, el relato de sus lesbopolitizaciones, y algunos aspectos de la cotidianidad de esa existencia como son sus relaciones con un entorno lesbofóbico, la familia, en sus trabajos y en parejas. A partir de estas narraciones, me permito convocar aquí las palabras de Binford, lesbofeminista guatemalteca, quien considera que “ser lesbiana” es de por sí una trasgresión al sistema patriarcal pero, dice, no basta con serlo para cuestionarlo: “requiere que reconozcamos el sistema patriarcal como opresor, es decir, tener una visión crítica de este y a la vez, una actitud transformadora que permita asumir una praxis coherente con un paradigma alternativo” (2008:37). En el sentido de lo señalado por Binford, la existencia lesbiana de las mujeres que aceptaron compartir sus narraciones para el presente trabajo, en este sentido es muy rica, muy cuestionadora, aunque no exenta de matices.

Por una parte estas existencias lésbicas en marcha, presentan una construcción política muy comprometida en la mayoría de ellas. Por otra parte, muestran el intento por ser congruentes con esa misma construcción en sus relaciones personales, de pareja, con otras mujeres. Sin embargo, al mismo tiempo, las vivencias materiales y sociales ponen esa existencia en el *clóset* [armario] para poder conservar el sustento o para conservar la seguridad física–

emocional en un entorno que perciben hostil o los modos distintos de enfrentar, ceder–resistir respecto a la lesbofobia. Respecto a *Jazmín*, que narra una politización distinta, en el marco de lo discursivo a la del resto, puedo adelantar que se verá en otros capítulos, que al trabajar en el sector salud y por ello estar informada en el tema de la salud sexual concluye que es importante enunciarse en el consultorio ginecológico. Es decir, pone en marcha aspectos de su existencia lesbiana ante lo que aprecia en su entorno, también es muy interesante ver cómo desde las herramientas con las que ella cuenta construye un forma de amor no hegemónico de relacionarse con su expareja.

En otro punto, hay momentos en las entrevistas en donde percibo una cierta carga de esencialismo, en particular, en los discursos de lo que “es” o “debe ser” una lesbiana, una idealización. Sin embargo, es así cómo viven, experimentan, conciben y significan sus propias existencias.

Un aspecto que me parece de sumo interés es el tema del amor entre mujeres que constantemente aparece tanto en las narraciones colectadas como en los textos de teóricas feministas que utilicé para acompañar el análisis correspondiente. Puedo observar que dicho amor está, evidentemente, en el lugar de la apuesta política, pero también en el lugar del cuerpo–cuerpa deseante. Mogrovejo, lo expone en términos de la sexualidad entendida como práctica erótica y como postura política, es decir:

Un paradigma social que no solamente tiene que ver con la relación amorosa, si no que descubre los intrincados dispositivos de control que sobre ella se asientan y las posibilidades de resistencia que proyecta, o lo que se ha denominado la sexo–política, es un planteamiento que convierte al lesbianismo en asunto político (Mogrovejo, 2010).

Así, ese amor politizado está presente también en lo expuesto por *Victoria*, *Marbel* y *Lilith*, pero en un mismo tiempo y espacio, incluyendo aquí a *Jazmín* y a *Alicia*, también está presente el deseo sexual y la necesidad o las ganas de hacerlo concreto. *Lilith* lo explica claramente:

Su sola presencia era hermosa. Creo que yo ya era lesbiana hace mucho, pero no me daba cuenta, hasta que me di cuenta de que eso hacía antes: de amar a mis amigas, de quererlas, de buscar relaciones horizontales y lo hacía aunque no copulara con mujeres. Claro que lo sexual es muuuuy hermoso [risas]. Tampoco sería de esas lesbianas que no cogen [risas]: Trascendí, evolucioné. ¡Chingá! (*Lilith*, 2011).

Entonces, se construye una existencia política, pero sexual también, existencia sexopolítica, la cual construye a su vez un cuerpo: cuerpo político–cuerpa–. También es una cuerpa de placer, de la que se ocupará el cuarto capítulo. Cuerpa que en lo fisiológico puede tener padecimientos y necesidades de atención a la salud ginecológica. Cuerpas estrechamente relacionadas con esta existencia sexo política que se enfrenta al Régimen Heterosexual cuando solicita atención a esas necesidades en los sistemas derivados del MMH.

En las narraciones que me ocupan, tras el proceso de politización descrito, se dio un encuentro/desencuentro entre el sujeto de atención esperado por la institución -o el sujeto institucionalizante, el médico- y la existencia sexopolítica encarnada en una unidad físico–biológica que solicitaba atención; lo cual, según lo expuesto en las líneas siguientes hizo necesaria la enunciación:

I. *Alicia* no quería más enfrentarse a recordatorios sobre maternidad obligatoria:

Porque me insistía mucho en que me embarazara, me daba muchas recomendaciones de relaciones heterosexuales y así como que “Ay ya, ya le voy a decir para que nos

ahorremos tanta palabrería y nos enfoquemos a un buen tratamiento de acuerdo a mis necesidades” (*Alicia*, 2012).

II. *Alicia, Marbel y Janeth*, no querían recibir más alusiones a la heterosexualidad obligatoria, *Marbel* lo expresa así:

Entonces jamás me preguntó: “¿Te acuestas con hombres o con mujeres?”, eso lo dan como por hecho y entonces dije: “¡Alto, alto, alto, pero yo soy lesbiana!” (*Marbel*, 2011).

III. *Marbel y Victoria* no querían tener que seguir explicando por qué no usaban métodos anticonceptivos (que también es una alusión directa a la heterosexualidad). *Victoria* narró:

Es porque desde el principio me preguntó de los métodos anticonceptivos y ya me había pasado una vez que cuando pasé por donde hacían pruebas de VIH y me preguntaron métodos anticonceptivos dije que ninguno y casi casi se infartan. Luego, luego sacaron la tira de condones y ya les dije que yo no concibo (*Victoria*, 2011).

IV. Tanto *Lilith, Janeth, Jazmín y Marbel* como *Victoria* consideraban o tenían información de que su práctica sexual lésbica podría ser un dato importante para considerar en su salud.

Porque como yo no soy casada, no tengo una pareja, no tengo relaciones, dicen que estamos más propensas a tener cáncer o virus, o cosas así, por eso como cada tres o cada cuatro años me hago el Papanicolaou (*Jazmín*, 2011).

Así, partiendo de entender que hay un disciplinamiento político desde el Régimen Heterosexual en todos los ámbitos de la vida en sociedad, en este caso, podemos observar que se manifiesta en la atención médica hacia un sujeto de atención que supone obediente a esa misma heterosexualidad, por lo que no considera la posibilidad de la no elección de la maternidad, ni de la heterosexualidad obligatoria o simplemente no reconoce posibilidades diversas en

el ejercicio de lo sexual. Las que aquí comparten su experiencia porque se atrevieron a realizar la travesía que implica el enunciarse y propiciar el encuentro-choque entre el paradigma de lo biomédico y la disidencia sexual, son mujeres lesbianas que han tenido un proceso de lesbopolitización. Es decir, de reconocimiento, organización política con otras u otros y/o de información-formación que les han acompañado en esta forma de resistencia que implica el nombrarse en el consultorio y otros espacios de la vida cotidiana.

CAPÍTULO III. LA GRAN MALETA Y LA RUTA PREVIA

En este capítulo muestro cómo la experiencia de la consulta ginecológica no comenzó cuando la consultante cruzó la puerta del consultorio. Si no que estuvo configurada por la *maleta* que llevaba a cuestas, consistente en su relación previa con el sistema médico y conocimiento–desconocimiento de él. También, contenía sus pudores, preferencias y expectativas respecto a la atención que iba a recibir y las historias conocidas, propias o ajenas, de atenciones previas. Todo ello sumado al temor de padecer malos tratos, prejuicios o discriminación al solicitar la consulta y enunciarse.

Además, es preciso considerar que llegar al consultorio en busca de la atención ginecológica requerida también implicó recorrer una ruta, un trayecto delineado por la imbricación o simultaneidad de condiciones de clase–raza ante los costos y poca accesibilidad a la biomedicina con la incidencia del Régimen Heterosexual (RH) en la geopolítica local. Esto se muestra en las narraciones compartidas para esta investigación en donde es posible observar una búsqueda de espacios de atención que respondió a las opciones y a los medios económicos de que se disponían así como a las preferencias personales, como sucede en el caso de cualquier mujer consultante. Pero, además, en estas experiencias de mujeres lesbianas, para acceder a un lugar que les refiriera un mínimo control respecto del temor a padecer discriminación tuvieron que acudir a lugares lejanos de sus espacios de vivienda o trabajo.

3.1. Imbricaciones

3.1.1. “Raza” y clase en el Estado de México

Como se expone en el apartado metodológico, el Estado de México es una entidad federal que ha sido señalada a nivel nacional e internacional por el número creciente de crímenes de lesbo-homofobia, feminicidios y represiones políticas por parte del gobierno estatal contra organizaciones de la diversidad sexual y de mujeres. En los últimos meses, además se ha visibilizado el número de mujeres desaparecidas en el mencionado estado y sus alrededores, de acuerdo al Observatorio Nacional de Feminicidios.

Las seis existencias lésbicas narradas para esta investigación pertenecen a mujeres que habitan en esta demarcación territorial. Igualmente, dichas existencias están atravesadas, además por el tema de la clase y la raza con características particulares del lugar.

Si bien es complicado concebir la necesidad de usar el término “raza” en el México contemporáneo, ya que décadas de políticas públicas nos han pretendido convencer de la multiculturalidad mestiza de esta nación. Como muestra Olivia Gall, investigadora mexicana, la ideología posrevolucionaria del Estado y su política hasta la década de los setentas del siglo XX era “integrar a los indios, en forma consciente y directa, en el universo mestizo...una fusión étnica y cultural de alcances nacionales” (Gall, 2007).

La inducción de la identidad mestiza ha creado una idea generalizada del mestizaje: “Todos somos café con leche”, escribe Gargallo (2007), denunciando

esta imagen como una mistificación que ha dificultado el que se reconozcan múltiples formas de racismo. Sin embargo el racismo es una constante, no sólo a la comunidad indígena, si no también a las personas descendientes de indígenas quienes han pasado por un proceso de mestizaje, blanqueamiento sociocultural, pero cuyo fenotipo y aspecto –también ligado a la clase, pues depende del tipo de ropa que se porta, estado nutricional, uso de la lengua, e, incluso, herramientas de interacción social de que se disponen– provoca fenómenos de racialización. La racialización ocurre a pesar del blanqueamiento que diluye herencias culturales. Siguen siendo la población no blanca la que tiene salarios, vivienda, accesos a educación, alimentación, servicios de salud y calidad de vida en general, que no es la misma de las comunidades indígenas no urbanas, pero no es, tampoco, la de las minorías blancas con privilegios.

Así, no me fue posible desentenderme de la necesidad de reconocer este aspecto en las existencias lésbicas que me ocupan partiendo de entender el funcionamiento del racismo como es descrito por Julieta Paredes, feminista comunitaria Aymara: “el patriarcado se dedicó a jerarquizar unos cuerpos respecto a otros para erigir, cual falo, un sistema de privilegios, opresiones y discriminaciones. Negar esas articulaciones del poder es no reconocerse y no reconocer a las/los/les demás” (Paredes, 2010).

Entonces, utilizo “raza” entre comillas, pues se refiere a la racialización operada sobre el cuerpo y la existencia, una construcción, como indica Victoria Morales Aldunate: “El racismo es un fenómeno que se maneja en razón de quién es el otro estructural y físicamente. Una construcción que se hace en nuestros cuerpos, en nuestros espacios, en nuestras memorias, en nuestros tiempos, e

incluso que se reflejan muchas veces en nuestros movimientos” (Morales Adulante, 2010).

Así, cito a Paredes para referirme a la “raza” en este trabajo: “pretendo evidenciar a nuestros cuerpos, con su piel incluida, dentro de una red de relaciones de poder” (Paredes, 2010).

Jazmín nació y vive en una población de origen Mazahua y sus padres todavía hablan su lengua originaria; la familia paterna de *Alicia* era de la Purépecha de Michoacán y migró hacia el centro del país; el padre de *Janeth* es migrante del pueblo Mixe de Oaxaca y todavía habla el zapoteco, *Janeth* lo está aprendiendo; la familia materna de *Lilith* es de migrantes provenientes de Tlaxcala. *Marbel* y *Victoria* desconocen el origen étnico de su familia. Ninguna de estas seis mujeres es de piel blanca, la piel más clara la posee *Jazmín*, sin llegar a ser rubia, y cuando se lo señalo, ríe: “Dicen que pasaron franceses por aquí” (se refiere a Atlacomulco).

Lo que me interesa señalar es que estas habitantes del Estado de México poseen un fenotipo y una historia de migración de padres y/o abuelos que las identifica como no blancas. Su fenotipo delata su origen racial y la estrecha relación con su lugar de clase, pues habitan lo que se conoce en México como ciudades dormitorio. Estas ciudades en procesos de hace dos o tres décadas fueron ocupadas por empleados de la misma clase trabajadora sin capital de vivienda en el Distrito Federal y migrantes del interior del país. Se trata de primeras y segundas generaciones de empleados provenientes de pueblos originarios impulsados a buscar sustento en el centro del país y a adquirir viviendas alejadas (Huerta, 2010). Les hijes de estos trabajadores que adquieren

viviendas de interés social –a pagar en 30 o 35 años–, si bien pudieron obtener, como en los casos de las mujeres que aquí consigno, grados universitarios, es importante preguntarse qué tanto estos grados universitarios implican un capital ya sea cultural o económico y qué tanto son especializaciones requeridas por el mercado laboral neoliberal, que, sin embargo, no transforma las relaciones con los medios de producción y por ende con el lugar de clase.

Es en este punto en donde me es preciso mostrar que en este lugar geopolítico y respecto a estos sujetos no percibo una clara línea que separe los lugares de raza con los de clase, pues parecen estar en íntimo y directo vínculo. Cabe aclarar que estoy entendiendo *clase* en su sentido económico más clásico, que se refiere a la existencia de grupos sociales antagónicos. De acuerdo con el Diccionario de Marxismo (1971), se trata de una jerarquización en donde uno se apropia del trabajo del otro a causa del lugar diferente que ocupan respecto a la apropiación de los medios de producción. De acuerdo con Carmen Añez, investigadora venezolana, ante el advenimiento de las propuestas neoliberales en la década de los ochentas, las relaciones de desigualdad se agudizaron debido a la imposición de la flexibilización de las relaciones laborales y la privatización de la protección social, lo que genera constantemente inseguridad social, precarización y pobreza extrema (Añez, 2004).

Las mujeres en tanto clase trabajadora participan de este proceso de crecimiento de la desigualdad, pero también, dentro de la clase trabajadora reciben una doble opresión pues Christine Delphy, teórica francesa, muestra como las mujeres son, a su vez, producidas como clase por una relación de explotación a través del contrato matrimonial, en el “modo de producción doméstico”, que

existe conjuntamente con el modo de producción industrial descrito por la teoría marxista.

En este punto, es pertinente el aporte de Adriene Rich, cuando expone como la heterosexualidad obligatoria está ligada a las formas de producción capitalistas en tanto que sustenta, por una parte, instituciones como la maternidad y el matrimonio -en donde se naturaliza la explotación descrita por Delphy-, mediante la reproducción y el trabajo doméstico y por otra que produce la segregación por sexo en la esfera laboral, asignando a las mujeres posiciones inferiores, sexualizando el trabajo mismo (Rich, 2001).

Lidia Falcón, pensadora feminista, por su parte, explica que la apropiación del trabajo doméstico no es sólo por la figura del marido, también por los padres, los hermanos y la naturalización de la explotación de las mujeres para estas labores (Fontanela, 2008).

En este sentido, puedo señalar que *Jazmín* es trabajadora social de un centro de salud, está construyendo su casa en un *terreno* en su pueblo, pero por ahora sólo tiene un cuarto, no tiene auto, pero sí tiene un contrato permanente de trabajo.

Janeth estudió Ingeniería química y labora para una empresa de producción farmacéutica; *Marbel* tiene estudios en diseño gráfico y trabaja para una imprenta; *Lilith* estudió una ingeniería industrial, tiene un puesto de comida en un mercado; *Victoria* estudió Derechos Humanos y hace un año que está desempleada.

Janeth, *Lilith* y *Victoria* viven en departamentos rentados, utilizan el transporte público y no tienen contratos permanentes laborales.

Jazmín, Janeth, Marbel y Victoria colaboran con parte de su salario y con labores domésticas al sustento y cuidado de sus padres, madres y/o hermanos.

Sólo *Alicia* que es la mayor de todas y cuyos padre y madre ya fallecieron, tiene un contrato permanente de trabajo, auto y un departamento propio.

3.1.2. Entorno geopolítico

Con excepción de *Jazmín* que labora en su propia población, las demás trabajan en el Distrito Federal, a donde se trasladan con recorridos de entre una hora y dos de distancia, mismos recorridos que realizan muchas otras personas de la clase trabajadora. Es pertinente señalar aquí que de acuerdo con Huerta, investigador en temas relacionados con vivienda, se han empezado a llamar *workilometer*, término que describe a la persona que invierte todos los días más de 3.5 horas de ida y regreso del trabajo, problema que involucra a uno de cada diez empleados del Valle de México. También, señala Huerta, para el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) los *workilometer* son ya un problema de salud pública (Huerta, 2010).

Entonces, las posibilidades de existencia de las lesbianas en estos municipios se relacionan, también con las condiciones generadas por estas marcas de raza, de clase y de condiciones geopolíticas respecto a la discriminación:

Marbel, hablando de la necesidad de encuentro con otras lesbianas dice:

Yo como lesbiana me siento muy insegura en el Estado de México. Yo prefiero ir a Zona Rosa, al centro, en el DF. Ahí puedo besar a *Flor* y nadie nos hace nada, pero si voy a Jardines de Morelos [Estado de México] y me estoy besando con *Flor* siento que me van a balacear (*Marbel*, 2011).

El problema que *Marbel* observa en ir a lugares del Distrito Federal es el económico:

Pero el microbús ya cobra 17 pesos, imagínate de ida y de venida y luego, lo que consumes allá y si vamos juntas *Flor* y yo....uff, sólo que sea en día de pago [risas] (*Marbel*, 2011).

El Estado de México es percibido, para las seis mujeres lesbianas de esta investigación, como un lugar hostil a la existencia lésbica.

Cito a *Victoria* quien compara lo que aprecia cuando concurre a laborar en el Distrito Federal y lo que vive en su cotidianidad:

En el Distrito Federal te hacen creer que te puedes crecer, que es una ciudad de vanguardia, sé que son estupideces, pero en tu subconsciente te sientes más segura y te dicen que en el D.F. no te hacen ningún fuchi... En el metro que es del DF, veo gays y lesbianas que se besan y nadie les dice nada. Todo mundo es lesbiana ahora, Aunque te lleguen a hacer una jeta.... Ahora que estoy con ella en *Tlalne* [Tlalnepantla] que también es Estado, preferimos venir a salir al D.F., lo que implica gastos... Yo en el Estado me siento súper insegura, no me han hecho nada, pero se le nota a la gente si se te ocurre darte un beso te ven feo. Lo que pasa es que en el Estado no se pueden ver, Yo no he visto en el Estado otra pareja que no sea yo... Tal vez hay parejas pero piensan lo mismo que yo...No nos vemos (*Victoria*, 2011).

Jazmín también señala invisibilidad:

La verdad sí es difícil porque no puedes abrirte libremente, no puedes expresar tus sentimientos, no puedes nada, prácticamente tienes que estar al límite.... Pues la vida de una lesbiana prácticamente es como si fuera una heterosexual, como si no fuera lesbiana, pues, porque nadie sabe (*Jazmín*, 2011).

Lilith dice:

No pueden reconocer como la visibilidad de la pareja lésbica. Son amigas y ya. No hay más. En cuestiones de enfermedad y eso no aparecen, porque es su amiga nada más, no es su hermana, no es su mamá, no es su papá. También es difícil en ese sentido (*Lilith*, 2012).

Entonces, en este entorno y ante la falta de oferta de lugares de atención donde no estén invisibilizadas o no se sientan en riesgo es que me parece importante señalar que, salvo en el caso de *Jazmín*, los espacios de atención a los que pudieron acudir están a una distancia de entre hora y media o dos respecto al lugar en que habitan.

Marbel relata sobre el lugar al que acudió en busca de consulta:

Pues está complicado. También es Estado de México, pero hay que tomar dos combis. Está por la ENEP Aragón, como distancia está como a una hora y media. No es lejos, pero es complicado llegar (*Marbel*, 2012)

Janeth sale del Estado:

Tiene muchos años que yo viajo hacia el Distrito Federal del Estado de México, o sea, prácticamente toda mi vida ginecológica he viajado hacia el D.F., para consulta porque, pues porque sentía que no había espacios dignos (*Janeth*, 2012).

3.2. Medicina mercancía

Es compleja la búsqueda de espacios percibidos como adecuados o no hostiles para la atención ginecológica a mujeres lesbianas que se encuentren en su localidad o en su cercanía geográfica. Esta búsqueda también es atravesada por la forma en que con sus recursos económicos ellas se enfrentan a la creciente mercantilización de la atención médica.

Para explicar este fenómeno, Menéndez, señala que la forma que más se ha naturalizado de atender la salud es por medio de la biomedicina, tanto para la curación como para la prevención. La biomedicina ha transformado en subalternas otras concepciones de atención de la salud correspondientes a diversos conjuntos

sociales, al grado de que en la gran mayoría de los países de hegemonía occidentalizada, es concebida como la: “única forma de atender la enfermedad legitimada tanto por criterio científicos, como por el Estado”. (Menéndez, 1988:451).

Entonces, ya que la biomedicina es percibida como la principal posibilidad de atención a la salud, se convierte en un *servicio de consumo* indispensable para la vida de la población. Ante ello, surge uno de los señalamientos más concretos de Menéndez, al explicar al Modelo de impartición de esta medicina (El Modelo Médico Hegemónico) como una construcción de la que no niega la importancia de la cientificidad, pero crítica su apropiación elitista y deslegitimadora de otros saberes. También muestra, entre otros aspectos, cómo la medicina hegemónica tiene como una de sus principales funciones el servicio a la lógica económica imperante y ha convertido los procesos de salud/enfermedad en una mercancía a partir de medicalizar, controlar y legitimar, generando, por supuesto, ganancias económicas (Menéndez, 2003:49).

Al respecto, la posibilidad de adquirir–acceder a la atención, en el mercado neoliberalizado de la salud en nuestro país, interactúa con las condiciones, también neoliberalizadas del campo laboral en el que se desenvuelven quienes aquí comparten sus experiencias.

En el caso de *Alicia*, ella contaba con una prestación de atención médica debido a un convenio de su empleador con un hospital privado. Sin embargo, tras una experiencia de violencia sexual por parte de, justamente, un ginecólogo, vivida en ese espacio de convenio, decidió atenderse en un hospital privado que le

recomendó una amiga. A pesar de que el costo le resultaba significativo, argumenta que asumía ese pago por ser “una vez al año”.

Marbel, explica en su narración que si bien cuenta con la prestación laboral, ella valoró el costo no económico en su trabajo entre asistir al Seguro Social y una consulta privada y se decidió por la segunda opción a pesar de que sí resultaba costoso y de que tuviera incidencia para su presupuesto cotidiano el pago de la consulta.

No fui al Seguro porque es muy caro ir. O sea, si faltas dos días, uno para consulta y otro para estudios, no te corren pues porque fuiste al seguro, pero sí te descuentan y te ven feo por faltar. Sí sumas, pues al final es lo que te gastaste en consulta y no quedas mal con los jefes por estar faltando. Prefiero venir a trabajar e ir el fin de semana a los doctores. Mejor voy a trabajar y pago algo que sea cómodo para mí. No estar haciendo filas. Sólo en caso de que necesites una cirugía o algo, bueno hay gente que puede costear una cirugía, pero yo no (*Marbel*, 2011).

Cabe aclarar que *Marbel* previamente buscó opciones de atención y si bien hubo una primera que le pareció la mejor opción en el Distrito Federal, tuvo que descartarla por razones económicas:

Hice dos presupuestos. Una clínica por metro Portales que es la Clínica de la Mujer que se ve súper bonita y está bien padre, pero está súper cara, la consulta cuesta como \$500 más los análisis. El chistecito me iba a salir como en 1500 y ya dije ¡gulp!, ya qué... porque no tenía ni idea cuánto costaba, con qué comparar (*Marbel*, 2011).

En tanto *Lilith*, *Janeth* y *Victoria* que no cuentan con ninguna prestación en salud, tuvieron que buscar medicina privada.

Victoria señala:

Unas amigas me recomendaron con la actual ginecóloga con la que asisto. La verdad, es muy buena pero nada más que te ve la cara con signo de pesos... Es más, si vas y estás

reglando y no te hace nada porque no puede, de todos modos te cobra la consulta.... yo tengo que ir a consulta cada año o cada seis meses (*Victoria*, 2011).

Jazmín normalmente prefiere pagar un médico particular a pesar de que le parece que es muy caro un ginecólogo, aproximadamente \$350 pesos la consulta. Sin embargo, en el caso de la atención que nos narra, eligió atenderse en el propio centro de salud donde labora pues la ginecóloga era una lesbiana que llegó a trabajar en ese sitio.

Janeth, respecto al costo de la consulta a donde asistió (\$400 pesos), dijo:

Pues siento que, en este momento lo puedo pagar porque tengo un empleo y pues sí lo puedo pagar, pero no siempre lo puedo pagar y tampoco creo que muchas de mis amigas lo puedan pagar y aparte hay que trasladarse al D.F. porque pues allá no hay ese tipo de... de atención y eso que tampoco estamos diciendo que es la octava maravilla. (*Janeth*, 2011).

Sin embargo, menciona *Janeth*, el costo de la consulta parece no garantizar la calidad de la misma:

Prácticamente la viví igual que todas las demás consultas, pues es una pesadilla ir con la ginecóloga,... pues para empezar fue muy corto. Ya estaban atrás... ahí casi, casi en la puerta de que "ya sálganse, ya, ya viene la otra" así como en el seguro, se me hizo y pues nos cobraron como una consulta cualquiera (*Janeth*, 2011).

Insistiendo en las funciones económicas del Modelo Médico Hegemónico, que describe Menéndez en lo referente a la industria de la salud y de la enfermedad (1988:456); en la situación contemporánea de privatización de la atención a la salud y de desaparición gradual de servicios asistenciales, me es preciso remitirme a considerar que las mujeres lesbianas participantes en esta investigación pertenecen a una clase que influye en el acceso a la atención

biomédica y a la compra de los fármacos que se producen en la industria de la salud. Además del costo de la consulta, otros gastos también fueron significativos para las mujeres lesbianas que narraron su experiencia.

Alicia, Lilith y Victoria hicieron menciones referentes a estudios y análisis recomendados. En el caso de *Lilith*, el retraso en el obtener esos estudios causó complicaciones en la búsqueda de lograr el diagnóstico posterior. Al mismo tiempo, la búsqueda de opciones económicas que pudiera pagar, para llevar los estudios a cabo, la puso en el lugar de haber padecido un fraude. Además del daño económico, ella percibe haber recibido un daño físico. Incluso, ella explica que fue un “Radiólogo violador” pues le introdujo un endoscopio en la vagina, al parecer, para simular que hacía su trabajo. *Lilith* encuentra muchos elementos en su propia narración para pensar que en realidad no hubo el ultrasonido ofrecido y un segundo estudio en otro espacio, que implicó otro pago, confirmó que había ocurrido un fraude:

Ese día salí llorando porque me ratificaron que el pinche radiólogo me había visto la cara, porque había gastado más dinero de lo que yo había pensado que iba a ser un paquetazo y pues...¿Cuál? No el de la ONG, me pareció ese bien; el del radiólogo era un gancho nada más...porque me ofrecía colpo, papa, ultrasonidos de mama, vagina, útero y yo...¿todo eso por 450 pesos?, ¡Era una ganga!...por el ultrasonido de mama yo pensaba corroborar que todo estaba bien y ¡Oh, sorpresa!, lo que corroboré es que él no hace nada, más que hace como que hace las cosas y todavía está ahí en el pueblo (*Lilith*, 2011).

Para el presupuesto de *Victoria*, los estudios también son onerosos:

Mil quinientos pesos un solo estudio y se necesitan varios, por eso no vas, de imaginarte cuánto va a ser (*Victoria*, 2011).

Otro aspecto económico que complica el acceso a la atención ginecológica es la consideración del costo de los tratamientos y medicamentos que recetan tras la consulta. Las seis participantes en esta investigación hicieron menciones respecto a lo costoso de los tratamientos:

Jazmín:

Unos óvulos, ya me habían dicho que eran caros, pero no pensé que tanto (*Jazmín, 2011*).

“Los pinches medicamentos...bien caros” (*Lilith, 2011*), se queja *Lilith*.

Marbel menciona:

Me mando el tratamiento con unas pastillas, unas cremas que fueron súper caras. Es muy caro todo eso (*Marbel, 2011*).

Cabe destacar que el factor económico influye en que no necesariamente puedan obtener la atención que desean, sólo a la que pueden acceder, *Janeth* y *Victoria* comentaron que hay atenciones que han encontrado y consideran de calidad, pero no la pueden pagar.

Victoria expuso:

Esa pareja me llevó con su ginecóloga en la colonia Guerrero y, la verdad, no tengo queja. Nos trató muy bien, sabía que éramos pareja y todo... pero luego, el dinero, ya sabes, ya no podía yo seguir yendo hasta allá y andaba buscando un lugar que fuera más barato (*Victoria, 2011*).

Janeth narró otra experiencia:

La verdad es que me atendió bastante bien, [...] pero estaba carísimo, en aquel entonces me costó como ochocientos pesos la colposcopia con él, pues creo que nada más la pura colposcopia, es que no me acuerdo. Hace como tres o cuatro años, es que tiene mucho... sí, entonces se me hizo muy caro y, pues, ya no volví a ir y sí, siento que me gustó la consulta pues en general estuvo muy bien. Me dio mucho tiempo, me explicó muchas

cosas y la verdad es que las fotos sí estaban muy bonitas y a colores. Pero pues, no podía ir cada año con esa cantidad de dinero y nada más era la colposcopia (*Janeth*, 2011).

Hay un elemento en la narración de *Victoria* que puede servir para ilustrar cómo, también la edad y el grado de dependencia/independencia económica pueden afectar el acceso a la atención ginecológica.

Ella [su pareja] estaba en otro estado y a veces me mandaba dinero, a veces no porque, bueno, yo era estudiante y yo no le podía decir a mi familia. No podía decirles: “Dame dinero porque necesito unos estudios” (*Victoria*, 2011).

Además, la misma *Victoria*, tuvo una experiencia de violencia durante una colposcopia, que consigno más adelante, pero que me interesa señalar como ella atribuye la violencia en relación directa a lo económico:

Fue muy horrible. Pues es eso que yo pienso... ¿cuántas señoras?... porque ahora yo tengo la suerte, fortuna, privilegios de pagarme [debido a las posibilidades económicas de su pareja]... porque es eso... pagas la atención [*Victoria* llora con más fuerza] y ahí no, o sea como era más barato, van muchas mujeres, señoras de pocos recursos, muchas con rasgos indígenas y es eso (*Victoria*, 2011).

Finalmente, considerando las opciones económicas y el cruce entre las violencias institucionales sobre sus cuerpos sexuados, que abordaremos más adelante, y la búsqueda de espacios que fueran “amigables” o no tan amenazantes, en términos de posibilidades de recibir atención no adecuada o discriminación, es que fueron definiendo a dónde acudir.

Alicia tras ser agredida anteriormente, eligió un espacio recomendado por una amiga y al no recibir ninguna agresión se quedó con la misma atención por más de diez años, hasta que el enunciarse lesbiana cambió la actitud del médico, como se verá en otro apartado.

Me lo habían recomendado, que era una persona buena en su profesión que ya había tratado a otras personas y que había hecho las cosas bien y de hecho sí. En todo el primer tiempo que estuve yo en ratos fue generalmente muy bueno, e inclusive que yo recuerde la mayoría de las veces siempre estaba ahí una enfermera al lado (*Alicia*, 2012).

Jazmín aprovechó la presencia de una lesbiana en el centro de salud como proveedora de consulta.

Victoria, después de su búsqueda, acudió a un espacio recomendado por otras lesbianas.

Lilith y *Janeth*, acudieron a un espacio de una ONG que atiende en salud, que se anuncia como solidaria con la “Diversidad sexual”.

Así, muestro cómo concurren en manera simultánea las condiciones de raza-clase que les caracterizan, con las condiciones de atención y el acceso a la misma desde la clase mujeres. Así mismo, la manera en que el Régimen Heterosexual afecta la geopolítica local y por lo tanto las opciones de atención, lo cual las lleva a buscar estrategias y lugares de atención, fuera de ese mismo espacio geopolítico.

3.3. La relación con el sistema médico

Las narraciones que me ocupan, explican un proceso enmarcado por la relacionalidad entre la mercantilización de la atención a la salud y los factores que articulan género-clase-raza con la desobediencia a la heterosexualidad y el lugar geopolítico que habitan. Por otro lado, también dan cuenta de que existe un bagaje que ellas ya tienen en cuanto a su relación con ese sistema médico, a

experiencias previas y a informaciones sobre experiencias de otras mujeres/lesbianas, a sus propios antecedentes en consultas ginecológicas y a expectativas forjadas y temores.

La mayoría de ellas parece no percibir al consultorio como parte de un sistema médico, más como un espacio autónomo al que recurren para obtener la atención. No refieren más que el encuentro con el especialista, no aluden a la trama de especialistas o a la institución a la que se encuentra adscrita. La práctica privada en muchos casos se ve independiente, alejada de la institucionalidad y por lo tanto parece no haber a quien interpelar en caso de una atención inadecuada. Aquí cabe acotar que no recurrieron a las instituciones más populares de salud, – IMSS, Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSTE), Instituto de Seguridad Social del Estado de México y Municipios (ISSEMYM), Secretaría de Salud Federal (SSA)–, por experiencias previas o por no contar con condiciones para acceder a ellas. Salvo, *Jazmín* quien labora en un centro de salud de la SSA.

Me parece pertinente compartir que *Jazmín* explicó durante su narración que el sistema de salud general y el diseñado como *Seguro Popular*²³ cubre a familias heterosexualmente concebidas, con servicios de medicina general. Si alguna persona necesita alguna atención de especialidad, primero accede a consulta general y sólo si el médico lo considera pertinente, entonces, se le

²³ De a la información proporcionada por el Seguro Popular en su sitio web (<http://www.seguro-popular.salud.gob.mx>): “La unidad de protección del Sistema de Protección Social en Salud es el núcleo familiar” Aunque también establece que pueden afiliarse voluntariamente y de manera individual las personas mayores de 18 años, las cuotas y la información en general del sitio se dirige a “La familia y a los sujetos en tanto miembros de la misma, por ejemplo, embarazadas, ancianos y otros dependientes económicos”.

canaliza a esa especialidad, en este caso en ginecología. Sin embargo, la ginecología se reserva prácticamente para la atención de mujeres embarazadas, es decir obstétrica; hay un solo ginecólogo para veinte clínicas en la zona. También, refiere *Jazmín*, hay un hospital para maternidad, en la búsqueda institucional de reducir las muertes maternas.

Lo que pasa es que el ginecólogo solamente se encarga de embarazadas prácticamente.

En sí nada más está para alguna urgencia, para algo así, porque el hospital está muy saturado para atenderlos y cuando se necesita más del ginecólogo, porque te digo que por lo regular lo demás lo atienden los médicos generales (*Jazmín*, 2011).

A *Jazmín* le expuse la pregunta hipotética de que si se tratase de una mujer, lesbiana o no, que no está dentro de una familia nuclear, como las conciben el programa *Oportunidades*²⁴ y *el Seguro Popular*, que son los que principalmente atiende el centro de salud donde ella labora. Cómo una lesbiana accede a ese servicio de medicina general que podría dirigirla hacia una especialidad, si requiere o desea atención ginecológica, pero no en relación a temas obstétricos, cómo obtiene esa atención. *Jazmín* no tuvo respuesta para estas dos preguntas en un principio. Después de pensarlo en algunos momentos, propuso la asistencia a consultorios privados, como ella misma hace.

Cuando le pregunté si le parece costosa la consulta ginecológica privada en su localidad, me respondió:

Aquí todo es caro, muy, muy caro (*Jazmín* 2011).

²⁴ De acuerdo con la Secretaría de Desarrollo Social, el Programa Oportunidades es un instrumento del Ejecutivo Federal, que desarrolla acciones intersectoriales para la educación, la salud, la alimentación, así como aquellas acciones que promueven el bienestar general de las familias que viven en condiciones de pobreza alimentaria o cuyos ingresos son insuficientes para desarrollar capacidades básicas de sus integrantes.

3.3.1. Historias escuchadas

Además del desconocimiento general respecto a la forma en que funciona el sistema médico, también hay una cierta previsión respecto a lo que sucede en el mismo a partir de experiencias que han conocido de otras mujeres y lesbianas en consultorios médicos, ginecológicos o no.

En el caso de *Marbel* se trataba de un desconocimiento hacia lo que podía esperar, por falta de experiencias previas, pero también por un cierto pudor percibido, respecto a lo que ocurriría, en la actitud de las mujeres en su entorno:

Saber de eso es como muy complicado porque las mujeres son como muy herméticas en mi casa y es así como: “Tengo que ir al *doctor*” [*doctor* dicho en voz baja], tienes que ir al ginecólogo y ahí qué pasa, ¿no? Preguntas y se oyen grillos [hace el sonido: gri, gri gri]. Entonces, tú vas aprendiendo qué pasa como en películas y cosas que van pasando, pero que alguien me hubiera contado qué pasa, ni mi mamá ni mi hermana que han ido a un montón de ginecólogos las dos, o sea es como tabú (*Marbel* 2011).

Otros antecedentes que *Marbel* ha conocido por boca de sus amigas se refieren primero a una que recibió un tratamiento negligente que agravó su condición y a los dictados de monogamia en los criterios de atención a otra amiga.

Sobre este último caso narró:

Le preguntaron número de parejas sexuales y ella dijo siete y así: “¡Ahhhhhh, siete, ella tiene siete, no manches, siete!”. Se había sentido súper incómoda, así como súper juzgada y hasta me dijo: “Siete, pues no son muchos”... hasta le habían puesto una tabla de alto riesgo y ella se había sentido sumamente ofendida... ellas (las dos amigas de las que me habló) son heterosexuales, imagínate lo que nos espera a nosotras (*Marbel*, 2011).

Lilith conocía de maltratos a otras mujeres:

Me contó que en su embarazo, en un consultorio ginecológico, el tipo se la pasó acariciándola, en la auscultación y yo le dije: “¿Qué hiciste? “, pues como ella estaba en una posición así, acostada y con las piernas levantadas, dice que era la total indefensión y además estaba muy molesta por la bebé. Eso vivió con el ginecólogo, que la manoseara (*Lilith*, 2011).

Así mismo, *Jazmín* ha conocido historias de malos tratos o violencias en el centro de salud donde labora:

Ese ginecólogo es bien déspota, y como es el ginecólogo, pueden mandar a todas las embarazadas a que las revise y luego no las revisa... Luego les dicen: “A ver, está embarazada y se viene a revisar. ¿Y cuántos hijos ya tienen?”. “Pues tengo 3”. “¿Y todavía más? ¿Qué no le da vergüenza?”. Regaña, maltrata (*Jazmín*, 2011).

Alicia, debido a su profesión como terapeuta ha conocido historias de malos tratos a lesbianas por parte de profesionales en la medicina.

De dos o tres personas que ginecólogos bien que por ser lesbianas descalifican el que no usen su vagina para tener hijos o que este... que inclusive... en sus comentarios, aunque no abiertamente, demeriten el que sean lesbianas como anormales. Eso es de lo que yo me he enterado (*Alicia*, 2012).

3.3.2. Historias propias

Respecto a experiencias personales con el sistema médico, *Lilith* tuvo dos abortos inducidos con atenciones que resultaron poco satisfactorias en el trato:

Pues, lo médico me ha dejado una sensación de como mucha soledad. Yo tuve dos abortos y las dos intervenciones fui al hospital, en una fue así de... “usted no va a tener hijos si sigue haciendo estas cosas” y yo: ¡Ash, tenía que escuchar esas cosas, justo cuando estoy ahorita en la cama! Como de sanción, de se portó mal (*Lilith*, 2011).

Igualmente, *Lilith* cuenta cómo al ir a consulta médica por infección en la garganta vivió discriminación directa:

Me hizo saber que el que no me pintara y el que yo hubiese dicho que era lesbiana, lo asoció a que me había ido muy mal en la vida y a que por eso no me gustaban los hombres. Por eso puso antidepresivos en la receta, sin decirme. Esa es la historia de que me querían quitar lo lesbiana recetándome antidepresivos...Jajaja". (*Lilith*, 2011).

Otra experiencia de *Lilith*:

También, con mi pareja anterior... estuvo muy mal. En el hospital yo no tenía derecho a saber nada de su salud. Fue ahí toda una odisea el que yo pudiera saber de su salud, el darle seguimiento externo a saber cómo seguía. Los médicos me hacían saber que la persona única con derecho a saber del estado de salud, a pesar de que yo llevaba viviendo cinco años con ella, era su papá (*Lilith*, 2011).

Alicia relata haber tenido malas experiencias en consultorios médicos. Sin embargo, hace la aclaración de que ya no percibe lo que ocurre en esos espacios como incuestionable:

Ha cambiado mi modo de ver, en un principio era algo así como un semidiós... yo era una paciente muy pasiva que lo que dijera el médico era absoluto, ni siquiera preguntaba. "Hágame el favor, ilustre doctor, de poner su sabiduría en una receta para que yo pueda curarme"... además de no tener el conocimiento sobre el cuerpo más que lo mínimo...ahora estoy trabajando en reconocer la capacidad de conocer, de preguntar, de cuestionar, de detener inclusive si algo no me parece... ya sin esta posición de paciente pasiva (*Alicia*, 2012).

En cuanto a la atención ginecológica previa, *Marbel* sólo había tenido una asistencia a atención ginecológica a la edad de trece años, debido a una infección urinaria.

Alicia había tenido alguna consulta previa con un ginecólogo y en esa ocasión vivió un abuso sexual. A partir de entonces buscó otro ginecólogo quien le prestó la atención durante los siguientes diez años, una vez por año aproximadamente.

Tuve que hacerme una curación por una como fistulita que tenía... y el médico que me atendió en su auscultación me pareció libidinoso, la forma en que me tocó, lo que hizo y no tuve la fuerza, más bien dicho entré en shock en ese momento. No tuve la fuerza de detenerlo. Hasta que ya estaba afuera entonces me dio enojo, coraje, lloré, me disgusté, pero inclusive ni siquiera pude regresar y enfrentarlo o reportarlo o decir a nadie. Me quedé completamente en shock. Estaba yo así, como que no lo podía creer que un médico... En ese entonces todavía tenía la concepción de que los médicos eran los sabelotodos del mundo (*Alicia*, 2012).

Lilith había tenido una atención previa en el Hospital General en donde le detectaron lesiones por VPH, ella percibió que ignoraron su enunciación como lesbiana y no le dieron ninguna información adecuada ni consideraron tratamiento para su compañera, a pesar de las posibilidades que ella preveía de contagio.

Yo expresé que yo era lesbiana, entonces creo que fue la primera vez que me di cuenta de que era importante que dijera, que hablara desde el ejercicio de mi sexualidad... pero no hubo como un... Por ejemplo, que me dijeran que ella también tuviera que usar óvulos para la infección que me trataron. No hubo información. En otras experiencias donde yo había tenido una pareja hombre, el medicamento también lo había tenido que tomar él, puesto que era mi pareja sexual. En el Hospital General cuando yo expreso que soy lesbiana no existe la misma indicación. Yo no sé, tal vez creen que no cogemos. (*Lilith*, 2012).

Igualmente, relata *Lilith* que en dos o tres atenciones posteriores recibió malos tratos de los encargados de prestarle atención ginecológica o tomarle

muestras para estudios, diciéndole que a causa del VPH, sus genitales tenían un mal olor o un mal aspecto insinuando que ella era una mujer sucia.

Lo ginecológico, te digo, que lo asocio a sangre, a abortos, a legrados, a que va a nacer un bebé, pero no en un ambiente preventivo, porque me han tratado mal (*Lilith*, 2012).

Jazmín y *Janeth*, buscaron espacios de atención privada y no relatan, como las otras, haber tenido episodios de violencia o discriminación. Sin embargo, *Janeth* considera que las atenciones obtenidas no fueron especialmente sensibilizadas ni buenas en general.

Janeth:

Yo fui a xxxx desde hace muchos años, porque decían que ahí estaban como más sensibilizados y no sé qué... entonces las ginecólogas, pues, te iban a tratar bien y no iban a asumir que eres heterosexual, iban a considerarte y tal cosa. Entonces, fui con esa expectativa, hasta pienso que como que me lo creí, hasta que paso mucho tiempo y yo digo: "no claro que no, no me están tratando bien" [risas] ...pienso que una ginecóloga que trata bien a su pacientes, que le da su tiempo que le explica, que la considera, que la respeta, trata bien a una heterosexual y a una lesbiana, eso es lo que pienso y... pues casi no hay (*Janeth*, 2012).

Relata *Victoria* que tuvo una experiencia agradable con una ginecóloga que después ya no pudo pagar y posteriormente tres experiencias consecutivas de violencias:

Él me dijo: "tienes cándida, esa es una enfermedad de gente promiscua" y que no sé qué... mi mamá, que estaba ahí, no le dijo nada y yo, pues, menos...yo tenía como 21 años (*Victoria*, 2011).

Victoria es parte del grupo de la comunidad lésbica que por diversas razones no es penetrada como parte de sus prácticas sexuales. Sin embargo, como la biomedicina no contempla otra forma de explorar a quienes poseen una

vagina, ella ha recibido esas exploraciones aunque le significan física y emocionalmente trasgresiones a su cuerpo:

Aquella vez que fui, me metió el pato hasta que sangré. Después se vino algo en mi ropa interior, creo que era el himen, me lastimó mucho, fue horrible, sentí que me lastimó mucho esa vez. Fue horrible (*Victoria*, 2011).

Victoria narra otra experiencia similar:

Más horrible fue en una clínica de colposcopia allá por División del Norte... filas enormes, horas... como oscuro, estaba oscuro. Todo en silencio. No te dicen nada... Nos meten a unas camillas y la tipa que me tocó, no sé si era doctora o enfermera. Era una señora ya madura, y sin decir nada ni nada te meten un pato que era de fierro. Fue muy horrible. Me lo metió y yo sentí que me estaban violando. Estaba yo llorando, salí de ahí llorando... (Tiene la voz cortada y comienza a llorar) y yo pensando: "uta, por mi culpa", te hacen creer que te lo mereces... ¿no? Y pues es eso que yo pienso... ¿cuántas señoras?... porque ahora yo tengo la suerte, fortuna, privilegio de pagarme... porque es eso... pagas la atención [*Victoria* llora con más fuerza] y ahí no, o sea como era más barato, van muchas mujeres, señoras de pocos recursos, muchas con rasgos indígenas y es eso... la tipa: "No, pues aguántate, ¿para qué andas de loca?" (*Victoria*, 2011).

3.4. Expectativas

Jazmín, *Janeth*, *Victoria* y *Marbel* deseaban ser atendidas por mujeres, pudor y comodidad fueron los argumentos mencionados por las cuatro. Una de las explicaciones, la dio *Marbel*:

Yo no voy a exponer mi vulva y esto tan íntimo mío a un hombre cuando no es mi deseo y menos que esté como tocándome o sea: no. Ni siquiera me lo imagino. Lo único que tengo claro es que tiene que ser una mujer... fue como complicado porque yo soy una mujer muy

pudorosa... entre los nervios de que según yo tenía ya como cuatro infecciones de transmisión sexual ya, fue muchísimo más fácil verlo con una mujer (*Marbel*, 2012).

Además de desear ser atendidas por mujeres, otro punto en común para las seis narraciones fue que asistieron al consultorio ya con temor o con preocupación sobre cómo serían tratadas.

Jazmín cuenta sobre el miedo con el que asistió a consulta:

Me dice: “no te preocupes, pues si somos iguales, tú eres lesbiana y mujer y yo también, tenemos lo mismo”. Yo le digo: “pues sí, pero eso no deja de preocupar, ni de sentir pena, la verdad es que si fueras un médico menos estaría aquí, no vendría...” ¡Yo sé que hay unos que cada cosa! (*Jazmín*, 2011).

Marbel narró:

Fue todo un terror psicológico, porque yo sentía desde hace tiempo, lo que te contaba, que tenía que ir a los estudios con mi nueva pareja, porque yo no sabía sus antecedentes... de su vida sexual pero... no vas al doctor hasta que te sientes mal. Es miedo, puro miedo (*Marbel*, 2011).

Tenían del temor y/o pudor al acercarse al consultorio, Victoria y Marbel también sentían cierta culpa respecto al padecimiento con el que asistían, a no haberse cuidado “como es debido”. En mención al VPH, *Victoria* se muestra muy dolida:

Como que en esos momentos, la verdad, luego sí odio mi cuerpo y es lo que no quiero. Digo, si no fuera mujer no tendría que pasar por esto, es feo, hay una pelea con el cuerpo. Te resientes, dices “¡Chale!, quisieras hablar y decirte que todo está bien”... y tengo que resignarme que aceptar que eso es para toda la vida... Salía de ahí llorando [*Victoria* tiene la voz cortada y comienza a llorar] (*Victoria*, 2011).

Marbel también llegó al consultorio con una sensación de culpa:

Ahora tenía una tipo verruga y me dije: “Esto ya no es una bola de grasa”, yo me salí de la tina creo que blanca. Yo pensé que tenía ya papiloma, ya me veía y me dije: “Soy una estúpida”. Me sentía totalmente culpable por no haber sido responsable, y yo así como “¡Ahhhhh, tengo papiloma y qué me va a pasar, ahhh!” (*Marbel, 2011*).

Es interesante observar cómo *Marbel* explica que el temor y la sensación de culpa construyen una noción de que cualquiera que sea el trato será aceptable:

Me urgía. Ya, que me traten como sea, pero que me atiendan (*Marbel, 2012*)

La misma *Marbel* expone:

Pues mira, ya no me importaba ni cómo fuera. Yo lo que quería es que me vieran porque mis expectativas eran de que yo tenía una ITS por ser una pinche irresponsable, decía:” ya mañana me programan para cirugía por esto”. La verdad es que me sentía muy preocupada. Yo sentía que no había hecho lo que me tocaba en las relaciones sexuales que estoy teniendo con mi pareja y que muy irresponsablemente, pese a lo que sabía, me avente así como muy a la chingada, sabiendo como antecedentes...según yo estaba enferma de algo mucho más grave que una infección y ya (*Marbel, 2012*).

Tras la narración inicial de *Jazmín* en este apartado, puedo atisbar cómo las lógicas de las instituciones de salud se rigen por programas heterocentros y heteroreproductivos. En este caso, en donde los programas que priman en esa comunidad, *Oportunidades y el Seguro Popular*, están pensados en torno a la familia convencional. En cuanto a la atención a los cuerpos de las mujeres, los programas parecen no reconocerlas en su derecho a la su salud sexual, meramente en su capacidad reproductiva. Es decir, se centran en las necesidades obstétricas o de prevención de embarazo.

Lo anterior tiene por consecuencia que el acceso a la atención de la salud para las mujeres lesbianas (y otras mujeres fuera de la norma) es desigual respecto a quienes siguen los mandatos heteronormativos. Igualmente, estas

lógicas institucionales se imbrican con algunas violencias que se manifiestan sobre los cuerpos sexuados femeninos y el pertenecer a la clase mujeres. También, cierta sensación de “culpa” relacionada con la sexualidad o los padecimientos devenidos de las prácticas sexuales. Vuelve a ser notorio como en estas circunstancias se da la condicionante de raza–clase en cuanto a los lugares que se pueden pagar o no para obtener la atención. Es con este bagaje que las mujeres lesbianas que compartieron sus experiencias llegaron a la consulta médica.

CAPÍTULO IV. LA ISLA DEL DESENCUENTRO

4.1. La princesa esperada

Menéndez explica cómo las concepciones del biologismo parecen no tener historia. Estas concepciones son consideradas como una *constante* con una alta autonomía, como si no estuvieran construidas o influenciadas a partir de posibles determinantes sociales, como es la heteronormatividad. Esto tiene por consecuencia que al considerar privilegiadamente variables que se atribuyen a lo biológico y dejar de lado algunos aspectos de lo social, quedan fuera las complejidades que en la vida cotidiana afectan a los sujetos de atención.

El tema que me ocupa es un ejemplo de lo anterior, el sujeto esperado “mujer” para la consulta biomédica es un sujeto que desde una mirada biologista se supone tiene un cuerpo que está relacionado con la sexualidad coital, reproductiva y en interacción directa con la sexualidad masculina.

Así, elementos de la praxis de la especialidad ginecológica como las entrevistas para historias médicas, las exploraciones y la atención están enfocadas a las funciones reproductivas y a la sexualidad coital, propias para el cuerpo habitado por esta *mujer*.

En este punto, cuando me refiero al término *mujer* es en el sentido en que lo utiliza Monique Wittig, es decir, un sujeto considerado en singular, sin múltiples posibilidades de significación y percibido de una manera idealizada de su vida social y cultural: “Una relación social específica con un hombre, una relación que

hemos llamado servidumbre, una relación que implica una obligación personal y física y también económica (“residencia forzosa”, trabajos domésticos, deberes conyugales, producción ilimitada de hijos, etc.)” (Wittig: 1981).

Es probablemente por esta concepción del ser *mujer*, en singular, que se puede observar el cómo tanto concepciones como praxis en el consultorio están atravesadas por los mandatos del régimen heterosexual. Siendo así que cuando las mujeres lesbianas que narraron su experiencia lograron acceder a consulta ginecológica, la atención biomédica parecía dirigirse a un sujeto heterocentrado, pues encontré un desconocimiento del personal de salud sobre epidemiología y tratamientos adecuados a mujeres con prácticas no heterosexuales. Localicé en esta investigación cuatro aspectos que dan cuenta de ello:

4.1.1. La pregunta

Concuerdo con Wittig, respecto a que:

Los discursos que particularmente nos oprimen a todas nosotras y a todos nosotros, lesbianas, mujeres y homosexuales, son aquellos que dan por sentado que lo que funda una sociedad, cualquier sociedad, es la heterosexualidad...Esos discursos de la heterosexualidad nos oprimen en el sentido en que nos impiden hablar a menos que hablemos en sus términos... su acción más feroz es la tiranía inflexible que ejercen sobre nuestro ser mental y físico (Wittig, 1978:2).

Algunos de esos discursos aparecen al cerrar la puerta del consultorio, cuando se da el inicio de un protocolo de atención generalizado en el modelo médico. Una de las primeras interacciones entre él o la que brinda la consulta y la consultante es un interrogatorio o entrevista en donde se fijan para un historial

clínico, informaciones generales, antecedentes de salud, antecedentes familiares y otros datos que pudieran ser de utilidad para el diagnóstico. Sin embargo, al parecer esa recopilación está pensada para un modo de vida heterosexual. El cuestionario que se emplea para la atención ginecológica, por lo regular no pregunta específicamente sobre las prácticas sexuales, pareciera que incluso a la propia población heterosexual se le atribuye una sexualidad *estandarizada*. La entrevista incluye una pregunta sobre los métodos anticonceptivos que se usan. Es decir, se da por sentado que la consultante tiene una práctica heterosexual y por lo tanto debe prevenir la concepción no deseada. La consecuencia de esta tendencia a universalizar todo es que la *mente hetero*, de acuerdo con Wittig, (3: 1978) no puede concebir una cultura, una sociedad donde la heterosexualidad no ordene no sólo todas las relaciones humanas si no también la misma producción de conceptos e inclusive los procesos que escapan a la conciencia.

La estructura de la pregunta sobre anticonceptivos y su lugar como parte ineludible del protocolo, por una parte, ya asume la heterosexualidad y, por otra, intimida a las mujeres lesbianas. Espartiles lo explica de la siguiente forma: “Iniciar la consulta ginecológica de esta manera, predispone a que las lesbianas y mujeres bisexuales oculten su identidad sexual, por temor o vergüenza, dado que el silencio del médico/a confirma la estigmatización social que sobre nosotras recae” (Espartiles, 2006:12).

Las mujeres lesbianas que narraron su experiencia para esta investigación se encontraron también con este asumir de inicio de la heterosexualidad. *Alicia* narra que contestó durante diez años a esta pregunta diciendo que no tenía pareja y por ello no requería métodos anticonceptivos. Refiere que el ginecólogo le

insistía en que el paso de los años le dificultaba cada vez más el que ejerciera la maternidad, por ello es que decidió enunciarse lesbiana con las consecuencias que se verán más adelante.

También, es en ese mismo momento del interrogatorio que *Marbel* decide enunciarse lesbiana, para no dar lugar a falsos supuestos:

Fue cuando me dijo: método anticonceptivo que usa y yo: mmmmm.... Creo que me toca hablar y ya fue cuando le dije: "soy lesbiana" y ella ·Ahhhhhhh"... Su cara fue súper distinta... me volteó a ver... *a ver si son diferentes (Marbel, 2011)*.

En el caso de *Jazmín* a pesar de que la ginecóloga también era lesbiana, fue una pregunta rutinaria durante la entrevista.

La ginecóloga de *Victoria* quien sabe ya por consultas previas que es lesbiana y que no desea ni ejerce ningún contacto sexual heterosexual, continúa con la pregunta de rigor sobre métodos anticonceptivos y *Victoria* le recuerda sistemáticamente que es lesbiana, sintiéndose incómoda.

Janeth y *Lilith* consultaron en un espacio *amigo de la diversidad sexual* por lo que las preguntas no incluían la de los métodos anticonceptivos. Narró *Janeth*:

Entonces, ciertamente tenían como preparadas sus preguntas porque pues... preguntas para lesbianas, de "¿usted... este... antes ya tuvo relaciones con hombres también?", "sí", "¿Cuándo y cuántos?" Entonces era una cosa así muy técnica como de calcular como está la vagina y ya en eso se basaba su cuestionario (*Janeth, 2011*).

Wittig recuerda cómo en las últimas décadas se ha develado el carácter cultural de las concepciones de lo que, sin cuestionarlo, se había considerado como proveniente de la naturaleza. Sin embargo, señala que hay un núcleo que resiste estos cuestionamientos sobre lo que es y no *natural*, la relación obligatoria

entre el "hombre" y la "mujer". Pareciera que ese núcleo es anterior a toda ciencia y por tanto incuestionable:

No puedo si no subrayar aquí el carácter opresivo que reviste el pensamiento heterocentrado en su tendencia a universalizar inmediatamente su producción de conceptos, a formar leyes generales que valen para todas las sociedades, todas las épocas, todos los individuos. (Wittig, 1978b).

La reflexión anterior podría hilvanarse con la que hace Menéndez respecto a cómo el Modelo Médico Hegemónico cumple una función normalizadora y legitimadora en nuestras sociedades (Menéndez, 8: 2005). En este caso, cómo la forma de concebir una historia médica heterocentrada es una práctica política que normaliza la heterosexualidad y legitima el Régimen Heterosexual.

4.1.2. El espejito

Espartiles (2006) denunció cómo el uso del espejito o el tacto vaginal llegan a ser desde meramente incómodos hasta instrumentos de sanción contra el cuerpo de las mujeres que desafían la heterosexualidad obligatoria:

En muchos casos, cuando quienes consultan son lesbianas y/o mujeres con atributos considerados 'masculinos', o también cuando las lesbianas revelan su identidad sexual al profesional, se las somete a un tacto vaginal de manera brusca, invasiva y violenta, y a toqueteos absolutamente innecesarios.

Sin embargo, al parecer, estas vivencias de quien recibe la exploración no han sido suficientemente cuestionadas para la praxis –tanto para cuerpos de heterosexuales como en cuerpos lésbicas. Este desconocimiento–negación–minimización de las significaciones para la consultante de determinado

procedimiento es explicado cuando Menéndez (1988: 453) plantea que “para la práctica médica, la enfermedad es en primer lugar un hecho natural, biológico y no un hecho social, histórico”. Así se muestra la forma en que este modelo al ceñirse a ideas fijas de lo que culturalmente se considera “natural” en la concepción de la salud, la enfermedad y la atención, deja fuera elementos que atañen a la historia de los sujetos, sociales y culturales. Entonces, el Modelo Médico Hegemónico construye una respuesta, cuando menos, insuficiente; subordinante de cualquier subjetividad. En este caso, como poseedoras de un cuerpo sexuado femenino y como practicantes de una sexualidad no obligatoriamente coital, el uso del espéculo fue relatado por las seis entrevistadas bien como un momento doloroso, pero también incómodo psíquica y emocionalmente.

Marbel lo experimentó como una torpeza de la ginecóloga:

Fue algo muy doloroso porque como que no embonaba y ella a meterlo a fuerza y yo: “Ay más suavcito” y luego metió la cámara: “No, déjame enfocar” y yo: “¡Ay, ay, ay!”, me hizo una exploración con esa camarita y me echó una como tinta que si tenía algo fuera de lo normal se iba a ver, pero no. “No agarra, no agarra como bien”, no sé qué se refiere con agarrar, hasta que le dije: “Me estás lastimando”, como que quería enfocar algo, fue muy fuerte y me lastimó: “Párale a tu tren, ahora” y ya lo hizo con un poco de suavidad. Sí fue muy molesto y doloroso (*Marbel*, 2011).

Jazmín lo relató así:

Es la parte que duele, duele, duele, aunque te trates de relajar y hagas lo que te dice: duele (*Jazmín*, 2011).

Janeth:

Son horribles las consultas por eso, por qué me tiene que doler tanto: Siempre me va mal en esas consultas (*Janeth*, 2011)

Lilith preguntó hipotéticamente, haciendo una crítica implícita a los métodos de exploración:

Si yo no tengo vida sexual que implique un pene o cualquier objeto en mi vagina, ¿necesito que me metan esa cosa tan dolorosa en el cuerpo?, si para entrar el VPH u otra cosa se necesita un pene, ¿no? Otra cosa, es por qué no revisan o toman muestras o ponen el liquido identificador en los labios, en la vulva sí ahí también puede estar el VPH, ¿no? (*Lilith*, 2011).

Victoria también tiene una duda similar:

Si yo sé que existe el papiloma que se aloja en la vulva, ¿por qué no la revisan? Parece que les da asco, puro útero les interesa de nosotras, como si nada más tuviéramos útero y si acaso, la vagina (*Victoria*, 2011).

Es preciso tomar en cuenta que tanto en los cuerpos de *Victoria* que no práctica penetración como en el de *Lilith* que hace más de trece años no tiene contacto heterosexual, se alojó el Virus del Papiloma Humano; lo cual resulta contrario a la creencia todavía difundida en algunos especialistas sobre la invulnerabilidad de las lesbianas a Infecciones de Transmisión sexual (Espartiles, 2006:12).

Aquí es pertinente, señalar el cómo, la revisión de la vagina es una parte central de la consulta pues esta se ocupa, efectivamente, de los genitales, no de la sexualidad y eso parece dejar un hueco en la atención posible de la salud lésbica.

Marbel pregunta:

¿Pueden darme infecciones, digamos hongos, por el rozamiento de mi clítoris, de mi vulva en otras partes del cuerpo de ella?, ¿y esas, quién la revista porque el ginecólogo nunca, será el dermatólogo o quién puede saber? (*Marbel*, 2011)

Jazmín parece contestarle:

El ginecólogo nada más se enfoca a lo que vas: si vas al Papanicolaou al Papanicolaou, si vas a mamas, esto, esto, etc. No te checan más ni menos, o sea, a lo que vas y rápido (Jazmín, 2011).

El investigador en salud colectiva Edmundo Granda expone como los presupuestos funcionalistas ahorran a la salud pública la preocupación por el sujeto individual y colectivo, se asume como un *objeto* colectivo que existe y se reproduce en función de la estructura o sistema social de la que es parte determinada y sobre el que puede hacer una aproximación naturalista o positivista.

Se lee a esos *objetos* a través de unos lentes de instrumentalidad. No se consideran sus ideas, mecanismos ni diario vivir: “Ante un objeto que existe como un producto de las *causas del ayer*, no es necesario comprender la acción social (que se da en el aquí y ahora) y además es lícito que el Estado intervenga desde fuera con la tecnología científica para lograr la salud por descuento de enfermedad” (Granda, 2004).

Este sujeto-objeto producido socialmente y de apariencia única es el que se considera natural desde el sentido común, “la acción social, la realidad social que oculta la realidad política”, escribiría Wittig (1982). El objeto producido, en este caso es el que determina esta relacionalidad entre sexos y la consideración instrumentada por consecuencia de los cuerpos de las mujeres y sus procesos de salud–enfermedad.

Así el uso del espéculo, a manera de sanción o con un uso meramente *funcionalista* de servicio para el objeto de atención heteroconcebido, desconsiderado del contexto o de la subjetividad de la consultante, es una intervención técnico–normativa. Dicha intervención hace de facto la acción que

disciplina desde las instituciones patriarcales sobre las cuerpos lésbicas. Granda escribe sobre el accionar de ese tipo de intervenciones médicas: “pasa a ser una buena expresión de una disciplina científica moderna, una forma de orden del mundo, y a su vez la enfermedad de la población es transformada en objeto de la ciencia, pasible de intervención, de transformación, de modelación de “producción” (Granda, 2004).

Estas intervenciones funcionalistas sobre los cuerpos de las mujeres están diseñadas a partir del biologismo que caracteriza al Modelo Médico Hegemónico. Una vez más: centrado en lo coital–genital. Esta forma de heterocentralidad de traduce en que hay un desconocimiento general sobre el impacto de diversas prácticas sexuales en mujeres que son heterosexuales y no. Por ejemplo, se desconoce el impacto del tribadismo en la salud y en las cuerpos de las mujeres lesbianas, apenas se pueden atisbar algunos datos al respecto. Uno de esos datos podría ser el que plantea la Red de Salud de Mujeres Latinoamericanas y del Caribe (RMSLAC) en un número editorial dedicado a las lesbianas, sin dar cifras, menciona que en esta población ha aumentado la incidencia del Virus del Papiloma Humano (VPH) y el herpes genital y afirma que son dos ITS muy comunes en relaciones entre mujeres pues el contacto sexual puede implicar el roce directo con las lesiones.

Otra consecuencia de la praxis heterocentrada en la consulta ginecológica es que al concebir el cuerpo de las mujeres como destinado a la sexualidad coital o a la reproducción se invisibilizan otras necesidades, como las de aquellas

lesbianas que entre sus prácticas sexuales no incluyen penetración, dedotración²⁵ ni la introducción de ningún objeto en vagina o ano. Por ejemplo, en el caso de *Victoria*, quien no ha sido penetrada porque no lo requiere para obtener placer, porque no lo desea o por cualquier otra razón. Sin embargo, las lesbianas cuya sexualidad no está sujeta a la penetración también pueden verse infectadas o contagiadas de diversos padecimientos. Por otro lado, se ven forzadas a someterse a exploraciones penetrativas con el espéculo, porque no hay otra concepción de posibilidades de exploración y/o de intervención, con consecuencias dolorosas física y emocionalmente, como lo menciona la misma *Victoria*:

Detesto que me introduzcan el pato, detesto que me estén viendo. Más que nada el dolor, porque me duele muchísimo. Me siento, la verdad, ultrajada en esos momentos de dolor, que me invade el dolor (*Victoria*, 2011).

Al respecto, Alexander Boer, director de *Rio Grande do Sul nosotros en Comunicación, Salud y Sexualidad* citado por la *Liga Lésbica de Brasil* explica que al no tener relaciones sexuales con penetración, las directrices de atención para estas lesbianas sobre las enfermedades de transmisión sexual son prácticamente inexistentes (LBL, 2012).

Otro aspecto que surgió durante las entrevistas respecto al uso del espéculo durante la consulta ginecológica es que con excepción de *Alicia*, las demás han averiguado y proponen el uso del “pato” de plástico en las exploraciones. Las razones son de comodidad e higiene y *Victoria*, incluso plantea la posibilidad de usar un espéculo pediátrico para su cuerpo.

²⁵Agradezco el comentario de la Dra. Mogrovejo quien señala que es más correcto el uso de la palabra “dedotración” para la introducción de dedos en el cuerpo de otra persona, porque no se usa un pene.

Lilith:

Una amiga que es /es me había dicho que era mejor pedir pato de plástico. Yo sentí que la petición había molestado a la ginecóloga... Ella me decía que la comodidad era para persona que hacía la toma de muestra al introducir el pato, por eso para la ginecóloga, el ginecólogo, era cómodo el uso de patos de aluminio y yo: "Ay sí, pero a ustedes no se los van a meter" (*Lilith*, 2011).

Victoria cuenta:

Le he comentado que si puedo llevar el de plástico que es para niñas(espéculeo pediátrico), pero como que me da mi avión, entonces, más que nada, necesito comprarlo y llevarlo, obligarla en cierta forma a que lo use (*Victoria*, 2011).

Jazmín sí lo llevaba preparado, sus razones:

Yo fui a comprar mi espejo. ...porque no quiero que me pongas ése, pues quién sabe por cuántas pasa. Los esterilizan y todo, pero tú sabes que una infección o algo, tú sabes que no. Los esterilizan en un esterilizador grande, pero de todas maneras, mejor, más vale (*Jazmín*, 2011).

4.1.3. Alusiones a la maternidad obligatoria

Resignificar el término mujer y poner la cuerpo lésbica como lugar de resistencia no es poca cosa, pues de acuerdo con Pisano, la historia de la especie humana está marcada sobre los cuerpos–mujeres y los cuerpos–hombres, que son reducidos a su función reproductiva. La negación de la sexualidad, así como su reducción a lo reproductivo es fundamental para hacer del cuerpo un objeto dominable: "Sobre estos cuerpos sexuados se construye todo un sistema de significados, valores, símbolos, usos y costumbres que normalizan tanto a

nuestros cuerpos como a la sexualidad, delimitándolos exclusivamente al modelo de la heterosexualidad reproductiva” (Pisano, 2006).

En las alusiones a la maternidad obligatoria narradas para esta investigación puedo observar como el Modelo Médico Hegemónico crea y comparte el lenguaje–discurso que remite jerárquicamente a las funciones de la heteroreproductividad y es creado por ese mismo, el que produce la diferencia entre los sexos como dogma político y filosófico.

Alicia, Janeth y Victoria se encontraron en sus consultas con esos discursos sobre la maternidad obligatoria o las funciones del cuerpo en relación a la misma.

Alicia explica:

El que yo me haya abierto con él fue porque me insistía mucho en que me embarazara...

Me daba muchas recomendaciones de relaciones heterosexuales y embarazo así como que: “¡Ay ya, ya le voy a decir para que nos ahorremos tanta palabrería!” (*Alicia*, 2012).

(*Alicia*, 2012).

Janeth:

Como tengo o tenía, o bueno he tenido mucho tiempo esa irritación y todo eso este..., me decían que tenía que... como que conservar por mucho tiempo sana mi vagina, o sea porque recaía. Después de cierto tiempo que me mandaban medicamento y medio me componía, después de unos meses otra vez me volvía a dar y me decían como que tenía que conservar la salud vaginal si quería tener hijos o sea que si no iba a tener hijos no importaba que recayera (*Janeth*, 2011).

También, *Victoria* a encontró alusiones a la maternidad.

Dice que mi reloj biológico avanza y que se me va a hacer difícil luego embarazarme y yo, ¿cuándo he dicho que quiero ser mamá? (*Victoria*, 2011)

4.1.4. Las parejas, también, invisibles

La princesa esperada, debería ir acompañada del príncipe azul o, de lo contrario, parece ser que quien la acompaña en la cotidianidad tampoco es inteligible para quien brinda la atención ginecológica. En la mayoría de las consultas no se tomó en cuenta a las parejas o pareja de las consultantes. La invisibilidad fue en el sentido de que en cuatro de las experiencias escuchadas mencionaron que, después de enunciarse lesbianas, quienes brindaban la consulta no consideraron, ni preguntaron la existencia de la pareja o parejas. Tampoco se les consideró o mencionó para el tratamiento conjunto en curación de infecciones o referencias de cuidados o alguna práctica preventiva en relación a cómo ocurriría con una consultante heterosexual.

Sólo en la consulta obtenida por *Marbel*, que desde el principio de la entrevista hizo presente a su pareja, se le consideró:

Me dijo que eso era todo, que esperaba que mi pareja tomara también las pastillas que me había mandado y ya (*Marbel*, 2011).

Janeth presentaba una irritación en la entrada de la vagina y a pesar de no saberse de principio su origen, no se le preguntó o consideró a la pareja para tratamiento o recomendaciones. En el caso de *Lilith*, que fue la única de las entrevistadas que lo solicitó, se le negó el acceso en pareja en el consultorio:

Lo que dio un poco al traste al asunto fue el insistir en entrar juntas, como una pareja heterosexual ¿qué habría pasado si ella estuviera embarazada y yo fuera un machín? O al revés, pero yo así quería entrar, la pareja lesbiana en consulta ginecológica (*Lilith*, 2012).

Dados estos cuatro aspectos observables en las narraciones, se puede inferir como en la consulta ginecológica la heterosexualidad está relacionada no

sólo con un universo al que podemos llamar 'sexual', si no con aspectos más amplios de las relaciones de poder y control social y político. En este sentido, de acuerdo con Ochy Curiel, la heterosexualidad está sostenida por la ideología de la diferencia sexual, "la concepción naturalizada de que existen hombres y mujeres". Es decir, en esa relacionalidad dependiente de una categoría con la otra y sujeta a ideales de lo que *deben ser* o cómo deben ser un hombre o una mujer, lo cual se ajusta bien a las funciones normalizadoras y controladoras explicitadas en el Modelo Médico Hegemónico. Entonces, siguiendo así a Curiel: "Evidenciar esta ideología supone entender que estas categorías son construcciones históricas que tienen consecuencias materiales en diversos aspectos de la vida de las personas" (Curiel, 2010); en este caso, en sus experiencias en consultorios ginecológicos y el impacto de dichas experiencias en sus vidas y salud.

4.2. Amazona que irrumpe

Como ya se ha visto en líneas anteriores, Menéndez explica que el rasgo estructural dominante de la biomedicina es el biologismo y se refiere tanto a la fundamentación científica del diagnóstico y del tratamiento como a los recursos técnicos que desarrolla, (Menéndez, 2005:15).

Así mismo, la dimensión biológica no es meramente un principio de identificación y diferenciación profesional, si no que es el núcleo de la formación profesional del médico. El aprendizaje se hace a partir de contenidos biológicos, donde los procesos sociales, culturales y psicológicos son anecdóticos: "Es de la investigación biológica, bioquímica y genética de donde la biomedicina extrae sus

principales explicaciones y sobre todo sus principales instrumentos de atención” (Menéndez, 16, 2005). Entonces, es desde este lugar que parte el diseño de la consulta, en este sentido, en una especialidad que atañe a genitales, hormonas y glándulas de un cuerpo que se presupone para la reproducción, es por ello que se diseña para las funciones de un cuerpo de *mujer*.

Wittig señala que el “ser mujer” es una identidad cultural –que la medicina biologiza, adoptando una función normativa en torno–, construida por los hombres, en función de los hombres y para los hombres. Mogrovejo (2010) parece agregar: “Incluso el cuerpo de mujer que es parte de esta identidad, es un cuerpo colonizado en función de los hombres. Un cuerpo sobredeterminado, con un estereotipo determinado, de medidas y de formas determinadas”. Este cuerpo de mujer es el esperado en el consultorio ginecológico, pero, en estos casos, frente a él se presenta, de acuerdo a las narraciones aquí consignadas, una cuerpo de lesbiana.

La cuerpo de las lesbianas no ha sido investigada en profundidad todavía. Sin embargo, sí he encontrado ensayos y reflexiones de algunas lesbofeministas en torno a él y algunas obras lésbicas a las que nos podemos remitir. Entre ellas, en el ámbito de la literatura, *El cuerpo lesbiano* de Wittig escrito en la década de los ochentas, experimento estético conceptual que deconstruye el cuerpo de la heterosexualidad y construye mediante evocar secreciones, lugares y modos de encontrarse con otros cuerpos, un cuerpo lesbiano.

El cuerpo lesbiano no es el de la mujer atrapada en la feminidad, es aquél disidente donde habita el sujeto lesbiana. Yo lo identifico como el antecedente más inmediato a lo que ahora las lesbianas contemporáneas están llamando

cuerpa en tanto que se remite a sí misma y no al cuerpo de la mujer construido en su relación con el cuerpo del hombre. No es ciertamente ni el cuerpo construido por la masculinidad, ni el de la feminidad, ambas construcciones de género, finalmente.

Otro documento producido en años recientes es la tesis de maestría de Binford (2008) *La relación de las mujeres lesbianas con sus cuerpos, un estudio del protagonismo de lesbianas guatemaltecas*, en donde la autora plantea que el cuerpo es una unidad compleja en la que intervienen dimensiones fisiológicas y socioculturales y es, además, un sitio en donde el patriarcado ha instaurado su poder. Dicho poder patriarcal se ejerce mediante la expropiación del cuerpo femenino, a partir del mandato de ser para otros. “Así, el control que se ejerce sobre el cuerpo de las mujeres rige para garantizar que la mujer haga del mismo un uso apropiado, lo que significa su uso en función de la persona a que se encuentre asignada” (Binford, 2008:5). Aquí, Binford visibiliza el cuerpo lesbiano como forma de resistencia, en grados de conciencia diversos y escribe: “De alguna manera, las mujeres lesbianas resignificamos el término ‘mujer’, tal como es entendido por el sistema patriarcal” (Binford, 2008:5).

Esta *cuerpa* lésbica que se presenta en el consultorio no necesariamente responde al sujeto de atención esperado “mujer”. Es así que la *cuerpa* lesbiana puede tener un aspecto que no responde a dicho sujeto, aún más, el interés en la consulta no es necesariamente en el sentido de las funciones reproductivas, su sexualidad no necesariamente remite a la introducción de partes del cuerpo u objetos en su vagina y por tanto no todas las técnicas de interrogación,

exploración y medicación desarrolladas por la ginecología responden a sus necesidades.

En forma concomitante, en medio de ese desencuentro entre el sujeto de atención esperado y el que consulta, está presente la necesidad de atención a los padecimientos con que las mujeres lesbianas llegan al consultorio. Lo anterior sumado a su propio desconocimiento y a la permanencia de algunos mitos sobre la salud lésbica en general. Así encontré tres momentos en donde se evidencia el conflicto, cuando la cuerpa del sujeto consultante resulta no ser el sujeto esperado:

- 1) Cuando se nombra y/o se pone en la mesa de exploración la cuerpa lésbica
- 2) En el desconocimiento sobre las prácticas sexuales no heteronormadas y sus implicaciones sobre los cuerpos de la sexualidad disidente.
- 3) En violencias concretas sobre las cuerpas y existencias lésbicas.

4.2.1. La cuerpa lésbica

Mogrovejo explica el lugar disidente de la cuerpa lésbica:

Yo digo que soy una lesbiana atrapada en un cuerpo de mujer. Este es un cuerpo que ha sido construido culturalmente, del cual no puedo escapar y sin embargo también lo voy construyendo día a día. Estoy en este límite entre mi construcción personal de este cuerpo propio y la sobre determinación de la sociedad, hecha en base a un pensamiento colonial de lo que es ser mujer, del cual yo trato de escapar. (Mogrovejo, 2010).

Este escapar de la mujer colonizada en la existencia lésbica tiene distintas facetas, una de ellas es la imagen que proyecta esa cuerpa: Tres de las

entrevistadas hicieron alusión a su apariencia mencionando que gustaban mucho de sus cuerpos, si bien no eran el ideal de belleza que se muestra en los medios de comunicación, ellas se sentían satisfechas y mencionaban diversas razones de esta satisfacción.

Janeth dijo:

Como me gusta el cuerpo de las mujeres pienso que mi cuerpo también es bonito, o sea que no nada más es como en la idea heterosexual de gustarle al otro. Entonces, me gusta mi cuerpo, digo:” ¡Ah pues claro todos los cuerpos de las mujeres son muy bonitos, yo soy mujer y entonces yo también estoy muy bonita!” (*Janeth*, 2011).

Cuenta *Marbel*, con una sonrisa:

Me gusta mi cuerpo y me gusta vivir en este cuerpo en que son grandes mis curvas y mis caderas que a la mujeres las vuelven locas [risas], modestia aparte (*Marbel*, 2011).

“Aprendí a quererme”, narró *Lilith*:

Así, gorda y curvilínea y gorda y curvilínea mi pareja...cuerpos hermosos, hermosos, hermosos (*Lilith*, 2011).

Al mismo tiempo, hablaron de que sus cuerpos no necesariamente tenían el aspecto que se espera de una mujer en el consultorio. *Victoria* explicó que ella piensa que su cuerpo no depilado tiene algo de contracultural, distinto al de otras mujeres y comentó:

No me depilo ni las piernas, ni el sexo, ni las axilas, no me maquillo. Me gusta mi cuerpo cómo se ve, porque hay que aprender a querer el cuerpo lejos de todas esas imposiciones o daños que le hacen al cuerpo de las mujeres para verse como socialmente se manda, como ven a las mujeres. (*Victoria*, 2011).

Parecería que *Victoria* está cuestionando la construcción cultural del sexo mujer, se niega a verse como una mujer, en el ideal singular de Wittig. “La categoría de sexo es el producto de la sociedad heterosexual que hace de la mitad

de la población seres sexuales donde el sexo es una categoría de la cual las mujeres no pueden salir. Estén donde estén, hagan lo que hagan (incluyendo cuando trabajan en el sector público) ellas son vistas como (y convertidas en) sexualmente disponibles para los hombres y ellas, senos, nalgas, vestidos, deben ser visibles". (Wittig, 1982).

Marbel, Janeth, Lilith y Victoria mencionaron que el hecho de no depilar sus piernas, axilas y/o vulvas implicó comentarios de quien les atendía. *Victoria* narró:

Me dijo que por qué estaba tan velluda que había que ver si tenía un problema hormonal y yo le dije que no me rasuraba las piernas, pero ella insistía que el tema de las hormonas...yo creo que nunca había visto una que no se rasuraba (*Victoria*, 2011).

Lilith dice:

Cuando vio mis piernas y mi sexo sin depilar hizo una cara de *guácala* (*Lilith*, 2011)

Jazmín contó:

Con lo de la exploración de mamás, vio el pelo de mis axilas y me comentó que con tanto pelo luego no funciona el desodorante, no sé si quería decirme que yo olía mal o era por el vello (*Jazmín*, 2011).

Ninguna de ellas considera tener un aspecto *masculino*, sin embargo reconocen que su forma de vestir no es la que el estereotipo relaciona con la feminidad, en palabras de *Marbel*:

Yo me visto de todo un poco. No soy femenina, bueno sí, pero no en esta idea del tacón de 12 puntos y la minifalda eso sí no, jamás, porque me parece incómodo, pero creo que soy bastante normal... Tal vez porque ahora traigo zapatos cómodos, pantalón de mezclilla, camiseta a rallas y nada de maquillaje [risas], puede ser el aspecto de una lesbiana... no... porque a veces me maquillo y uso vestido, y me sigo viendo como lesbiana, con vestido, sin vestido o con maquillaje. Es mi actitud, lo que soy es más relajada (*Marbel*, 2011).

Ninguna de ellas utiliza maquillaje, todas visten regularmente con pantalón y eso también causó preocupación para *Marbel*:

Uta madre... voy como *Tom boy* o sea pantalón, sudadera y camiseta de cuello blando o como nena con vestido. Es algo en lo que he entrado en conflicto últimamente porque me siento cómoda en las dos posturas (*Marbel*, 2011).

En tanto respecto a *Alicia*, a pesar de que tampoco se maquilla y viste pantalón como las otras entrevistadas, el comentario del especialista cuando le dijo que era lesbiana fue: "Nunca lo hubiera imaginado, no lo parece". *Alicia* acota que puede deberse a que:

En el imaginario de la gente, las lesbianas son jovencitas como las que salen en las películas, parece que no existen las lesbianas maduras y con sobrepeso (*Alicia*, 2012).

4.2.2. Vida sexual lésbica

Es conveniente comenzar este apartado citando a Biford quien escribe:

La medicina, la psicología, la sexología, la pedagogía, el derecho y la iglesia se han dado a la tarea de instituir normas morales, sociales y legales dentro de las cuales se puede ejercer y/ o entender la sexualidad (y yo agrego que la existencia). Se le ha atribuido a la sexualidad y al cuerpo una verdad única homogenizante que ha provocado que la diversidad humana y sus opciones sean objetadas, invisibilizadas y atacadas, restringiendo la autonomía individual y transformando los placeres en parte del discurso perverso y por tanto, sujeto de control. (Biford, 2008).

En el primer capítulo se estableció que apenas hace veinte años aproximadamente se comenzó a dejar de patologizar la homosexualidad, sin que por ello se visibilizara necesariamente la sexualidad femenina desobediente de la heterosexualidad. Sin embargo, he aquí que quienes narraron su experiencia, se

presentaron ante el sistema médico solicitando atención no a una “patología” o corrección de una “desviación”, solicitandi reconocimiento como sujeto específico de atención. Entre los resultados de dicha solicitud, está el que una de las constantes en la narración fue la percepción de que se desconocen las prácticas sexuales lésbicas y sus posibles consecuencias en la salud, por ello es necesario para esta investigación el enunciarlas. Las actividades sexuales que ellas mencionaron en orden de frecuencia fueron:

Las seis practican, como una parte importante de su sexualidad, el tribadismo, frotamiento de la vulva o clitoris con la vulva u otra parte del cuerpo de la compañera o compañeras sexuales hasta obtener un orgasmo.

Lilith dice:

Creo que he tenido conciencia plena de qué es un orgasmo y cómo se llega a él, pienso que hasta mi experiencia lésbica porque, pues, me restringo hasta que se me da la gana [risas]. Así, literalmente, no que si al hombre se le desconchinfla... ya no... o si es eyaculador precoz... ya no... [Risas], (*Lilith*, 2011).

Explica Marbel:

También prefiero esta práctica donde frotas el clitoris con tu pareja, ¿Cómo se llama? Tri... tribadismo, me gusta mucho, mucho, mucho, mucho, mucho (*Marbel*, 2011).

El sexo oral fue la segunda práctica mencionada por las seis. Cuenta *Alicia*:

Creo yo el oral, es el que práctico más, me gusta mucho y creo que a mis parejas también les gusta [risas], bueno creo que no lo hago tan mal (*Alicia*, 2012).

La dedotración (introducción de dedos en ano o vagina), es otra práctica común. También *Alicia* menciona:

He practicado la penetración con dedos hacia mi pareja, tanto vaginal, también lo he hecho anal (*Alicia*, 2012).

El uso de chocolates y otros alimentos fue mencionado por *Marbel, Alicia* y

Lilith:

Marbel cuenta:

¿Hoy que toca? ¡Fruta!. usamos otras cosas, como los clichés típicos de frutas, chocolate, además el chocolate lo recuerdo perfectamente porque está divertido, pero un momento, luego te quedas toda pegajosa... es algo incómodo y es así como de "bueno ya me voy a bañar" (*Marbel, 2011*)

Mientras, *Victoria* no practica ningún tipo de penetración o dedotración.

No me gusta, no lo deseo, tengo orgasmos de otra forma y lo disfruto mucho (*Victoria, 2011*).

Jazmín practica el *fisting* (introducción de la mano o puño en la vagina)

Me gusta, contrario a lo que la gente cree, es lento y suave y tienes que estar con tu pareja mucho tiempo y es de confianza (*Jazmín, 2011*).

Alicia, Lilith, Marbel y *Jazmín* mencionaron el uso de juguetes sexuales, (dildos u otros), pero sólo *Lilith* lo usa en la actualidad. Dice *Alicia*:

Con juguetes de hecho ni practico, aunque no dejo de considerarlo una práctica posible (*Alicia, 2012*).

Lilith:

Es rico moverse con ellos, otra manera de jugar (*Lilith, 2012*)

Victoria y *Janeth* no los mencionaron.

Estas prácticas pueden estar relacionadas con la salud ginecológica, a continuación algunas de las afectaciones que las consultantes han tenido:

Marbel mencionó complicaciones por la la dedotración con esmalte de uñas:

Cuando nos pintábamos las uñas descubríamos que tenía algo como que nos lastimaba, en especial a mí. Si ella se pintaba las uñas y me penetraba como que a mí me daban infecciones o algo así (*Marbel, 2011*).

Narra Jazmín:

Una vez, creo que la primera o segunda de fisting, lo hice con mucho ímpetu y mi pareja comenzó a sangrar y no sabíamos qué hacer.

Jazmín también rasguñó alguna vez:

También una vez le rasguñé sin querer la uretra y le ardía al orinar y sangraba un poco, pero no sabíamos cómo ir al médico, nos daba como pena... se le quitó solo, como que su cuerpo fue curando (*Jazmín, 2011*).

Lilith, al parecer tuvo una reacción alérgica:

Una vez uno [dildo] como que me dio alergia, creo que fue por el látex. Se me hinchó todo, todo, por dentro y por fuera... sí me asusté, me lavé con manzanilla y ya no lo pude usar... tan caro que costó (*Lilith, 2011*).

Frotar la vulva/clítoris con cualquier parte del cuerpo de la compañera o compañeras sexuales hasta obtener un orgasmo, la introducción de dedos, una mano o puño, frutas u objetos en ano y vagina o una sexualidad que no implica la introducción de nada en la cuerpo son algunas de las prácticas lésbicas. Dichas prácticas están generalmente fuera del pensamiento heterosexual, lo que implica que si el enunciarse ya tiene respuestas diversas y consecuencias en hacerlo, el explicitarlas, llevarlas a consulta ginecológica se torna un tanto complejo. Sobre las consecuencias en la cuerpo de estas prácticas, como heridas, reacciones alérgicas, contagios, infecciones, hay poca información y se resuelven más por experimentación y autoatención. Hay, también alguna información sobre prevención y cuidado a la salud que poseen las mujeres lesbianas que narraron su

experiencia, pero no se emplean de manera sistemática, como se verá en el apartado siguiente.

4.2.3. Prevención de infecciones de transmisión sexual y otros padecimientos

Jazmín siempre ha usado métodos de barrera:

Siempre usamos protección. Ahorita por ejemplo el hule de envolver la comida, entonces con ese se puede hacer el sexo oral sin que te contamines. Porque las infecciones no sólo son vaginales, porque por ejemplo, tú puedes tener una infección vaginal, se la puedes contagiar a la persona en la boca, entonces hay que protegerse (*Jazmín*, 2011).

Marbel conoce por medio de Internet los métodos de barrera y los ha usado alguna vez, pero no los usa con su actual pareja, sin embargo, sí tiene algún tipo de cuidado:

Lo único que sí es que tenemos claro que si penetramos con un dedo en el ano, ese no usarlo para nada en la vagina y viceversa y ya shalala shalala... Ah, y también de no ponernos cualquier sustancia en el cuerpo, es que todo afecta porque es una parte muy delicada, pues cualquier cosa afecta y si se desequilibra el PH, hay que ir de nuevo al ginecólogo y eso. Entonces, después del susto de lo de la bolita, con mi nueva pareja ya hago lo que tenía antes de: "Lávate las manos, acabas de comer, ¿no?". No quieres irte a lavar las manos, te sale muy caro ir al ginecólogo. Te sale más barato tomar precauciones antes (*Marbel*, 2011).

Janeth, *Lilith*, *Victoria* y *Alicia* sí han tenido acceso a información sobre cómo prevenir infecciones y padecimientos, pero no utilizan sistemáticamente ningún tipo de prevención.

Al mismo tiempo, también encontré algunas prácticas de riesgo:

La primera vez fue así como LA EMOCION, fue súper espontáneo, entonces terminamos en la cama y ya pasó, pero luego fue sí como ¡Toing! Me dije: “oye wey, estás bien estúpida. Sí tú sabes con quién te has metido, pero no sabes con quién se ha metido ella” (Marbel, 2011).

Alicia tiene sexo ocasional frecuentemente, pero relata que lo que le preocupa es el VIH, otras cosas no porque son “curables”:

Si me preocupaba, pero como sabía que se podía este...curar, no tenía mayor problema. De hecho sí llegue a tener varios problemas de este... de hongos... pero de hecho nunca tuve yo ni ella tuvo ninguna enfermedad grave, excepto estas que se dan hasta porque en el kotex venia algo desagradable (*Alicia*, 2011).

Las seis relatan tener alguna información sobre prevención de ITS, pero sólo dos de ellas han tomado algún cuidado concreto al respecto. Sólo Jazmín tiene cuidados constantes en sus relaciones sexuales. Las demás no practican sistemáticamente el sexo protegido y es visible una cierta presunción de inmunidad de la que ya habían hablado investigaciones anteriores (Patlatonalli, 1997; Eiven, 2002; Galarreta, 2006 y LBL, 2010). Incluso, en el caso de Alicia hay una desestimación a la gravedad de las infecciones. En este aspecto de los relatos es posible apreciar que si bien existe un interés por conocer sobre la salud ginecológica y su cuidado, la información no es suficiente, no necesariamente es fidedigna y no siempre resulta comprensible para quien accede a ella. En un segundo plano, es necesario señalar que la información sobre prevención que poseen no está siendo llevada a la práctica.

4.2.4. Conocimientos/desconocimientos/mitologías

Granda explica cómo para la medicina clínica el saber del paciente no hace parte del conocimiento científico acumulado sobre la enfermedad, ni su libre voluntad juega en la curación, depende de los dictámenes del médico representante del conocimiento y del método científico (Granda, 2004). Sin embargo, *Victoria* y *Lilith*, a partir de sus padecimientos han tratado de hacer averiguaciones sobre temas que atañen a la salud ginecológica. Algunas informaciones les han sido de utilidad y otras son parte de las mitologías que se construyen en torno a lo misterioso que resultan para las consultantes las prácticas y lógicas que rodean la atención de la salud ginecológica. Por ejemplo, *Victoria* señala:

Una cosa que he descubierto es que para muchas mujeres es esta prueba que te hacen, del Papanicolaou, no te detecta el virus. Es una vil mentira de la industria farmacéutica médica, otra gran trampa, como el cáncer de mama... que te lo provocan y luego no te lo curan. El Papanicolaou no te detecta el virus, ya lo comprobé con varias médicas que esa es la triste realidad, a menos que ya lo tengas demasiado avanzado, que tengas verrugas o algo, porque hay muchos tipos. Para que te detecten el virus o algo necesitan hacerte una biopsia, mandarla al laboratorio a patología y bla bla. De hecho, yo iba los últimos años y “no, no tienes”, no te detectan nada con el Papanicolaou (*Victoria*, 2011).

Sobre el Virus de Papiloma Humano:

Tanto a *Victoria* como a *Lilith*, se los han explicado comparándolo con el VIH, comenta *Victoria*:

Para mí fue muy difícil el aceptarlo porque te lo pintan como el VIH y luego no hay información para lesbianas, era de que te lo pintan de que se te acaba el mundo (*Victoria*, 2011).

Lilith tampoco está de acuerdo con esta comparación:

Vuelve la médica a decirme que el VPH es como el VIH y yo le digo: “señorita, si usted me dice eso, yo de veras voy saliendo pensando que soy una portadora y yo no me considero así” (*Lilith*, 2011).

En la discusión a la que se refiere *Lilith*, le pide a la doctora que informe a su pareja:

Le digo a la doctora que si le puede explicar a mi pareja qué es el VPH y como no se lo puedo contagiar (*Lilith*, 2011).

La doctora le hace saber que sí puede infectar a su compañera y vuelve a relacionarlo con un virus como el VIH. Eso genera una discusión con *Lilith* que no lo acepta en un principio:

Sí entiendo la lógica de que tengo un virus latente en un lugar idóneo, pero que está latente. Eso no quiere decir que esté haciendo estragos en mi vagina, aunque potencialmente pueden desencadenarse los efectos del virus ahí, y lo que yo entiendo es que yo puedo tener vida sexual con Bety sin protección, sin látex, con una franja de probabilidades de que yo sí la pueda infectar, pero también con una franja amplia de posibilidades de que no la pueda infectar. Es una información de mi lógica. Aunque en la consulta entiendo que no, que yo sí puedo infectar a Bety y que yo debería usar látex (*Lilith*, 2011).

Alicia, sólo se preocupaba por el peligro del VIH, pero piensa que no le puede afectar:

Supe en grupos LGBT que el SIDA no era transmisible de mujer a mujer puesto que no había una penetración por así decirlo, aunque puede haber penetración a través de dedos o a través de algún juguete, etc., pero yo pensaba que no, al ser dedos o al ser juguetes no estaban emitiendo el este... o generando el este... lubricante (*Alicia*, 2012).

Aunque está consciente que hay otros padecimientos:

Las mujeres también podemos contagiarnos igual de eso, igual de una vaginitis, de una... cómo se llaman, todas esas enfermedades [...] Si me preocupaba, pero como sabía que se podían este... curar, no tenía mayor problema (*Alicia*, 2012).

Más allá de lo acertado o impreciso de la información que manejan, me resulta importante señalar cómo buscaron obtener algunos saberes frente a la imposición de los saberes médicos, pues de acuerdo con Granda, históricamente: “Los colectivos tienen que supeditarse al conocimiento sobre el riesgo sustentado por la ciencia epidemiológica y en esa medida no pueden jugar ningún papel la cultura local ni las diversidades humanas históricamente constituidas, las que supuestamente se rendirán ante la presencia *civilizadora* de la razón y la moral”. (Granda: 2004).

4.2.1. Motivos por los que asistieron a consulta ginecológica

A pesar de percibir por parte de los especialistas un desconocimiento de las prácticas de la sexualidad lésbica y la dificultad de enunciarla o describirla durante una consulta biomédica regida por el imaginario heterosexual; a pesar de los mitos y creencias sobre invulnerabilidad a ITS; de cierta desconfianza en el sistema médico y, aún desarrollando sus formas de autoatención en padecimientos ginecológicos leves, hay un punto en donde las mujeres lesbianas que narraron su experiencia decidieron acudir en busca de atención ginecológica. Las afectaciones o inquietudes de salud con las que se presentaron a la consulta que exploramos fueron: *Lilith* y *Victoria* padecen VPH y acudieron a revisión, en el caso de *Victoria* se le detectaron lesiones producidas por el VPH; *Marbel* tenía una verruga que

ella presuponía manifestación de VPH, pero era sólo una infección; *Janeth* una irritación crónica en la entrada de la vagina; *Jazmín* y *Alicia*, asistían a revisión de rutina.

4.3. Violencia

Hasta este apartado podemos encontrar como el Régimen heterosexual se manifiesta en las experiencias de las mujeres lesbianas aquí expuestas, en la entrevista para historial clínico heterocentrada, en las alusiones a la maternidad obligatoria, en la concepción de una sexualidad meramente coital, en la exploración que trasgrede los cuerpos, sus prácticas e identidades. Sin embargo, también podemos encontrar otras manifestaciones del Régimen Heterosexual que ocurren en forma de violencias concretas que las participantes en esta investigación refirieron relacionadas al ser lesbianas o al haberse enunciado como tales:

-Invisibilidad

-Violencia

-Violación al principio de confidencialidad.

4.3.1. Invisibilidad

Wittig escribió: “Constituir una diferencia y controlarla es un acto de poder, dado que es esencialmente un acto normativo”. Hay una “normalidad” en las mujeres y cualquier disidencia hacia esa normalidad, es negada. Como ya se ha mencionado, la invisibilidad es una constante, al respecto Rich (1981a:38) señala que esta invisibilidad es una medida para mantener a las mujeres dentro de un contexto sexual masculino, al servicio de la heterosexualidad obligatoria. Aquí, es pertinente hacer notar que las seis mujeres lesbianas que narraron su experiencia comentaron que en la decoración del espacio de atención a la salud había carteles alusivos a la maternidad, a la anticoncepción o a la planificación familiar. Es decir, ese ideal de familia, hombre, mujer y las posibilidades reproductivas, como modelo de la heterosexualidad y heterosexualización. En dicho espacio, no encontraban nada que hiciera saber que pudiera haber un reconocimiento de opciones de vida no heterosexuales para las mujeres, incluso en la ONG a la que acudieron *Lilith* y *Janeth*, había carteles alusivos a la “diversidad sexual”, pero la imagen o información para un cuerpo sexuado femenino que no refiriera a la reproducción o sexualidad coital no existía.

Janeth comentó:

Las imágenes son... pues mucho así de la diversidad, o a estas como campañas de género, de la violencia o de que las mujeres también traigan condones en su bolsa y cosas así pero no dice “lesbianas” o no sé [risas], pero se supone que atienden a esa comunidad pero no. Pues, que no siento que eso los haga sensibles, a los ginecólogos (*Janeth*, 2011).

Como se mostró en líneas anteriores, en los interrogatorios y exploraciones no parecían existir mujeres distintas a un estereotipo esperado. Las lesbianas, por lo tanto, parecerían inexistentes. Dice *Janeth*:

Definitivamente se requiere de una visibilidad, no hay más. Justo esta negación es la que por principio vicia todo, nos niega (*Janeth*, 2011).

Jazmín dice:

Un bebé, una mamá amamantando, eso parece que se ve bien... una mujer con otra... uy... ¿cuándo? (*Jazmín*, 2011).

4.3.2. Violencia directa

Alicia, después de diez años de atención con el mismo ginecólogo, ante las mismas preguntas y alusiones a la maternidad, se enunció lesbiana, durante la entrevista que inició la consulta. El ginecólogo no expresó opinión, salvo que no lo parecía, pero mientras estaba en la mesa de exploración el médico le tocó repetidamente el clítoris, ella se incomodó, pues nunca había sido así la atención y él médico responde que sólo estaba comprobando una cosa sobre su sexualidad:

Me dio a entender que porque mi clítoris respondía a los tocamientos, entonces yo era lesbiana por eso, Me hizo sentir humillada y no me pareció bien que tocó así mi cuerpo. No era algo que tuviera que ver con la salud, sólo me estaba tocando porque yo era lesbiana, no tenía derecho (*Alicia*, 2012).

Victoria identifica como violencia la exploración:

No me gusta la penetración, me duele, me disgusta y tengo que aguantarme, sólo para que puedan verme por dentro y luego me regaña si me pongo tensa. Es mi cuerpo y me duele, me duele mucho, le he dicho de los patos que usan para niñas y no le importa, me sigue metiendo ese grande que me duele (*Victoria*, 2011).

4.3.3. Sobre la confidencialidad

Alicia narra una violación al principio de confidencialidad:

Yo primero no reaccioné, me fui de ahí en estado de choque, no quería que nadie supiera de los tocamientos, me sentía con vergüenza... la siguiente semana fue mi hermana, la más religiosa y conservadora... fue a consulta con el mismo ginecólogo y, cuando regresó, estaba muy mal, porque el ginecólogo le había dicho que yo era gay... no sabes qué problema me causó con mi familia... no tenía derecho (*Alicia*, 2012).

La ginecóloga avisó que no le podía hacer el Papanicolaou a *Marbel* porque tenía mucho flujo a causa de una infección. En cambio, a su compañera, Flor, en una cita subsecuente, le contó que no se lo había hecho porque *Marbel* había mentido respecto a que no había tenido sexo con ningún hombre y que, sin embargo, durante la exploración se había dado cuenta de que sí había ocurrido, sí había tenido relaciones heterosexuales, por lo tanto debía hacerse la prueba. Causó un conflicto en la pareja:

Flor me dijo: "Es que la ginecóloga me dijo algo, me dijo que no te había hecho el Papanicolaou porque tú le dijiste que no habías estado con un hombre y luego le dijiste que sí, así que sí te lo tiene que hacer" y yo: "qué no *Flor*, no he estado con un hombre, porqué te contó eso, no tiene por qué contártelo a ti" (*Marbel*, 2012).

Marbel se disgustó:

No vale compartir la información, pero pues ya... quién sabe qué le pasó a la doctora así es burra como de ¡Toing! (*Marbel*, 2011).

Una segunda irregularidad ocurrió cuando, al despedir a *Marbel*, la ginecóloga le dio una recomendación sobre su pareja y el hecho de que también hubiera tenido relaciones con hombres:

Además esta acotación al último de: "Estás *en riesgo*, yo nada más te digo", fue así como a qué viene, qué raro (*Marbel*, 2011).

4.4. Después de la travesía

A pesar del bagaje político, de información y cierta actitud crítica -salvo las violencias concretas- en las experiencias narradas, las mujeres lesbianas resumen haber obtenido una buena consulta, en tanto recibieron diagnóstico y tratamiento. Consideran que “así es” la atención médica o pudo haber sido peor. Es decir, se naturalizan las prácticas heterocentradas y heteronormativas durante la consulta. En palabras de *Lilith*:

Mira, desde que no sea un fraude...desde que te digan cómo estás (*Lilith*, 2011).

Tras la consulta, las acciones para la denuncia de violencias o quejas no procedieron en el marco de lo formal debido a la propia estructura de los sistemas de salud reacia a darles curso. Es una manifestación la violencia institucional generalizada. En cambio, sí logro identificar acciones de resistencia y estrategias de las consultantes en cuanto a denuncia de boca en boca de los espacios o recomendaciones. Identifico, también, acciones de autocuidado y búsqueda de información sobre su propio cuerpo y salud.

4.4.1. Estado de salud

Las seis mujeres lesbianas que narraron sus experiencias están en una situación estable de salud en el tema ginecológico.

Desapareció la verruga de *Marbel* y la rozadura crónica de *Janeth*; gracias a las cremas y tratamientos recetados, *Alicia* y *Jazmín* se encuentran bien

físicamente, el VPH en *Lilith* continúa en estado latente y a *Victoria* le desaparecieron las lesiones, pero no por una intervención biomédica, si no que ella consiguió un tratamiento homeopático que le funcionó.

4.4.2. Valoración de la consulta

Salvo *Alicia*, que identifica ya la agresión que vivió en el consultorio, las otras cinco mujeres lesbianas califican de “buena” la atención ginecológica recibida.

Marbel no solamente invitó a su novia, posteriormente llevó a su hermana y mamá al mismo consultorio, pues le pareció muy buena la atención y el precio también influyó en su evaluación de la misma.

Fue muy respetuosa, pero en el foquito de atención que yo le pondría es como conmigo dijo: “es que tienes riesgo porque tu pareja...con hombres...” y yo ya lo sé... y que fuera y le contara a *Flor* y yo pensando: “¡Ay, dios le dije que viniera a mi mamá no sé qué le va a decir!”...bueno pues está bien y estuvo bien el precio \$300 consulta y colposcopia (*Marbel*, 2011).

Aun cuando la curación de las lesiones ocurrió en otro espacio de salud, *Victoria* no deja de considerar muy buena, aunque costosa la atención ginecológica a la que sigue asistiendo.

Janeth y *Lilith* piensan que es perfectible, pero buena la atención en la ONG, de hecho *Lilith*, la compara con atención en otros espacios:

La verdad es que desde que entré al consultorio todo está limpio, son dos mujeres, usan tapaboca, si hablan tienen el tapaboca puesto, además el cuestionario es de manera pausada, queda claro que ese cuestionario va a estar en un archivo que va a permitir seguimiento, el trato es amable (*Lilith*, 2011).

Wittig explica como el pensamiento heterocentrado no puede concebir una cultura, una sociedad en la que la heterosexualidad no ordene todas las relaciones humanas, incluso, la producción de conceptos al mismo: “Estos procesos inconscientes se tornan, por otra parte, históricamente cada vez más imperativos en lo que nos enseñan sobre nosotros/as mismos/as por medio de los especialistas”. (Wittig, 1978b). Al parecer, las propias mujeres lesbianas que narraron sus experiencias, la naturalizaron en torno a la concepción hegemónica de la atención ginecológica. Es decir, con cubrir requisitos mínimos como higiene, diagnóstico y medicación, les resultaba suficiente.

4.4.3. Información específica

Marbel, Janeth y Lilith, esperaban obtener información que les indicara cómo cuidarse en tanto sus prácticas lésbicas. Sin embargo se decepcionaron y consideran que quienes brindan la atención ginecológica no están preparados para atenderlas. En palabras de Menéndez: “La propia formación médica, así como la investigación médica aparece saturada de procesos sociales que no asume en cuanto a sus implicancias ideológicas, en cuanto a la reproducción social que realiza no conscientemente del sistema social en el que opera”.

Janeth comenta al respecto:

Tendría que ser desde lo que les enseñan a los ginecólogos, porque los ginecólogos supongo que ni siquiera les tocan ese tema cuando estudia, sólo ven... pues las mamas pues porque producen leche y la vagina pues porque salen los niños. Entonces tendrían que empezar desde allí, desde que les enseñen, que se toque ese tema. Bueno, eso

digamos que cuando estudian, pero a nivel ya de ginecólogos que están atendiendo pues que tendrían que ser sensibilizados, tendrían que ponerse a estudiar de eso (*Janeth, 2011*).

Jazmín plantea:

Entonces pienso que en general están muy mal preparados. No saben y tampoco creo que lo digan. Sólo que sea alguien muy profesional que diga: “Ay pues no conozco mucho de esto pero pues supongo que tal” o que pregunten las cosas, pero pues no, más bien no saben, no saben qué decir (*Jazmín, 2011*).

Marbel coincide con *Janeth* y *Jazmín*:

Yo no sé qué les enseñan en su escuela de ginecólogos, pero no creo que tengan una clase de sexualidad entre mujeres. Sería bueno que les enseñaran, porque nosotras vamos con la gente para que nos enseñe y si ustedes son los que saben, pues... quién nos va a decir... esas cosas que ellos no tienen ni idea y que tú se los cuestionas y como que... medio te tratan de sacar de ahí eh, pero como no te pueden decir usa un condón... como que se les van las ideas, a mí me gustaría que hubiera información, algo que te ayudara más en la vida porque sales a la buena de dios (*Marbel, 2011*).

Esta búsqueda de saber es un punto muy interesante del desencuentro entre el sujeto-objeto de atención esperado y el sujeto pues muestra la formación heterocentrada de quienes brindan la consulta: “El biologismo constituye un carácter tan obvio del modelo, que no aparece reflexionado en las consecuencias que él tiene para la orientación dominante de la perspectiva médica”, señala Menéndez y a lo largo de este documento, se puede observar cómo, las pretensiones biologistas están sustentadas y en gran manera sustentan el Régimen heterosexual –el hombre y la mujer como categorías relacionadas e inseparables. De hecho, de acuerdo con Menéndez, el biologismo subordina en términos metodológicos y en términos ideológicos a cualquier otro nivel

explicativo: “No sólo constituye una identificación, si no que es la parte constitutiva de la formación médica profesional (Menéndez, 2: 2004).

Además de la búsqueda de información y atención específicas, otra expectativa no satisfecha de la consulta ginecológica, que las seis refirieron, fue en torno al tiempo de atención y al interés humano, lo mencionó *Marbel* muy claramente refiriéndose a la calidez humana:

Pensé que sería más personal, pese a lo que podría pensarse... que igual iba a haber un poco más de información y no: “Esto, y esto y esto”, no tan médico, aunque sí es una estupidez porque es un lugar médico. “¿Cuándo fue que tomaste la última pastilla?”, estos datos duros que usan los médicos, pensé que iba a ser más amable la situación, más personal, y no, era algo totalmente... robotizado (*Marbel*, 2011).

Al respecto Menéndez escribió sobre la red de relaciones sociales e ideológicas que la práctica médica genera y que “la misma no destaca objetivamente como tal, ya que tiende a pensar su práctica en términos casi exclusivamente técnicos”. En suma, se potencian la tendencia histórica de la biomedicina para establecer una relación asimétrica y las dinámicas institucionales actuales”.

Así, por ejemplo, en el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), que da atención a cerca del 50% de la población mexicana, la media actual del tiempo de consulta a nivel de atención primaria es de cinco minutos. La relación médico/paciente se caracteriza especialmente en el primer nivel de atención, pero también en el nivel de especialidades, por la duración cada vez menor del tiempo de la consulta, por reducir cada vez más la palabra del paciente, y también por disminuir cada vez más la palabra del propio médico. Las exigencias, económicas

y de productividad parecen establecer criterios similares deshumanizadores en la medicina privada, como a la que acudió *Marbel* (Menéndez, 18:2005).

4.4.4. Acciones institucionales o denuncias

Alicia tardó un par de meses en poder asimilar el abuso sucedido en el consultorio y cuando quiso poner una denuncia se encontró con que el ginecólogo ya se había retirado:

Me dijeron que ya tenía más de un mes que ya no trabajaba ahí y pues no pude hacer nada (*Alicia*, 2012).

Lilith quería llevar a cabo una denuncia formal respecto al radiólogo que la estafó y transgredió su cuerpo, sin embargo no pudo obtener un diagnóstico por escrito de su estado de salud en la ONG a donde acudió a consulta:

Al final yo le dije a la doctora, “Oiga doctora y si yo quisiera proceder contra el radiólogo, pienso demandar, alertar a la comunidad de que este tipo es engañoso y que no hace nada y que viola mujeres” y me dijo ella que no, que lo que me había dicho en términos de lo verbal, que no me iba a dar por escrito que yo no tenía un *ericktropión*²⁶. Sí me hizo la colposcopia, sí la contrastó, pero no me quiso dar un diagnóstico por escrito y eso no me gustó, sí tenía la expectativa porque justamente por esa razón es que yo me vuelvo a hacer la colposcopia (*Lilith*, 2011).

También su estado de ánimo influyó en la no denuncia:

²⁶ *Lilith* se refiere a un “Ectropión”, es el nombre científico para definir una alteración del cuello del útero. El radiólogo la había asustado diciéndole que presentaba esta lesión. Sin embargo, la ginecóloga le explica que el radiólogo no tiene autoridad médica para hacerle ese diagnóstico y al hacerle una nueva colposcopia, es descartado el padecimiento.

Pensé en manifestarme, en poner en evidencia, en alertar a otras mujeres. Pero antes de eso, me di chance de deprimirme, de ponerme triste, porque yo decía: “¡Y a mis 41 años!”...Me sentía culpable y responsable (*Lilith*, 2011).

4.4.5. Respuestas y estrategias

Todas ellas han hecho posteriores recomendaciones o advertencias a otras mujeres y mujeres lesbianas sobre la atención que recibieron, sobre el conocimiento que adquirieron respecto a su salud y estrategias para obtener un trato más favorable en el consultorio ginecológico.

Yo si les digo [a las amigas] cuál les conviene y cual no y qué pueden esperar, cuenta *Janeth* (2011).

Alimentos, tés y homeopatía han sido alternativas ante la medicina hegemónica. Se trata de ejercicios de autoatención, es decir de “las representaciones y prácticas que la población utiliza a nivel de sujeto y grupo social para diagnosticar, explicar, atender, controlar, aliviar, aguantar, curar, solucionar o prevenir los procesos que afectan su salud en términos reales o imaginarios, sin la intervención central, directa e intencional de curadores profesionales, aun cuando éstos pueden ser la referencia” (Menéndez, 2005:54).

Victoria narra su solución:

La *gineco* [ginecóloga] me mandó medicamento, no lo quitó ni lo disminuyó. Supe el caso de otra compañera que iba a tratar con la homeopatía y me dije: “pues sí”. Sé también que hay frutas, qué verduras, qué alimento debo evitar para que no me crezcan o reaparezcan las lesiones. Cuando me hice estudios la médica estaba sorprendida (*Victoria*, 2011).

También han buscado en internet información sobre sus padecimientos y cuidados, explica *Marbel*:

Por ejemplo, estoy con una mujer que estuvo con hombres y no usó otros métodos de barrera y yo cómo me cuido. Me pongo estos plastiquitos, guantes, qué puedo hacer y ahora eso yo lo aprendí por páginas de lesbianas en Internet, pero no porque alguien, menos un médico me informara (*Marbel, 2011*).

Si bien el saber biomédico es el reconocido por el Estado, la ciencia y la sociedad en general, y, sirve al *status quo* al legitimar y normar el modo heterocentrado de concebir el mundo, esta función también lo limita, pues al haber sujetos que escapan a esas normas, no responde integralmente a las demandas de atención de esos sujetos. En este caso, cuando las mujeres lesbianas no encontraron respuestas suficientes a sus necesidades en los consultorios ginecológicos, buscaron información, modos de atención alternativos y ejercieron autoatención. Me interesa hacer notar que esta capacidad de agencia es la que, en muchos casos, ha dado lugar a la posterior organización que ha llevado a mujeres y grupos lésbicos a diseñar materiales, difundir información y crear estrategias de incidencia en los sistemas médicos. Es decir, aunque en diversos niveles, las necesidades de atención no satisfechas engendran en la práctica lésbica cuestionamientos y acciones que van construyendo otras formas de atención y disfrute de la salud.

CONCLUSIONES: ESBOZO CARTOGRÁFICO

Cuando una mujer lesbiana requiere atención ginecológica ya sea porque un padecimiento le obliga o de manera preventiva, a pesar de que es importante que mencione su práctica sexual lésbica para tener una historia clínica completa, ella inicia una travesía en un territorio en el cual transitará invisible. En la biomedicina no es nombrada, ni considerada, ni esperada, pareciera no existir. Más aún, si logra visibilidad corre el peligro de encontrar hostilidades, violencia y discriminaciones diversas en ese trayecto. Por ello, como si de un puerto de partida se tratara, se ve obligada a considerar las estrategias más efectivas a emplear para encontrar atención y/o alivio a su padecimiento. Así, la experiencia de este viaje comienza con la decisión entre el enunciarse o no en el consultorio, lo cual en sí ya es un acto político en tanto que no todas las mujeres lesbianas quieren o logran dicha enunciación. Ocurre que las palabras las truecan en visibles y crean el encuentro, que a veces se convierte en choque, entre el sistema basado en un modelo médico construido a partir del Régimen Heterosexual y quien solicita el reconocimiento no como el sujeto-objeto que hasta hace dos décadas fue patologizado, si no como sujeto de atención. Es, cuando menos, el enfrentamiento entre dos paradigmas distintos.

Esta investigación buscaba conocer cómo el Régimen Heterosexual (RH) se manifestó e imbricó con otras formas de opresión referentes a la “raza”, a la clase y a la concepción patriarcal de lo que es *una mujer*, en diversos aspectos de las experiencias de las seis mujeres lesbianas del Estado de México que acudieron a consultas ginecológicas y tuvieron a bien compartir sus narraciones.

Lo encontrado es que el RH no se manifestó solamente en el momento de estar en el consultorio si no que atravesó diversos aspectos de la experiencia. Partiendo de la falta de materiales e investigaciones que profundicen en el tema de la salud sexual y ginecológica lésbica -siendo esta invisibilidad en sí misma ya un rasgo del modo de entender la salud desde una lógica heterocentrada. También encontré el cómo una primera manifestación del RH fue la ya mencionada dificultad de enunciarse durante la consulta ginecológica. No todas pueden o desean explicitarse como irruptoras del mandato heterosexual, en los casos de las mujeres lesbianas que aquí compartieron su experiencia, se hicieron visibles, se enunciaron a partir de una trayectoria previa que he llamado *lesbopolitización*. Es decir, son mujeres con procesos y reflexiones respecto al tema lésbico y/o con formación e información que les permitió colocarse como sujetos de atención y hacer referencia a prácticas sexuales que podrían relacionarse con el tema a tratar de salud.

Así mismo, pude observar que en los cuerpos y las existencias de estas mujeres se entrecruzaron y entrecruzan diversas instituciones del sistema mundo patriarcal. Muestra de ello fue la búsqueda de atención ginecológica que evidenció la imbricación de las condiciones de género, clase y “raza”, con la incidencia del Régimen Heterosexual en la geopolítica local. Identifiqué que esta búsqueda respondió a las experiencias y saberes sobre cómo es el sistema médico, a las opciones existentes en lo local–cercano y, en buena medida, a los medios económicos que se disponían respecto a la creciente privatización neoliberal de la salud.

La disposición de recursos económicos resultó ser un tema que condicionó, afectó y trajo consecuencias en la experiencia como fueron la dilación en la búsqueda de atención, en la compra de medicamentos o en la realización de estudios pertinentes.

Aún más, respecto a *Lilith*, la búsqueda de una opción menos costosa económicamente la puso en una situación de violencia y fraude. Igualmente, en las narraciones de las seis, sus posibilidades económicas resultaron una preocupación constante que, inclusive, parecía justificar la mala calidad de la atención. Por ejemplo, *Janeth* y *Victoria* habían tenido lo que consideraban *experiencias de atención buena o de calidad* en otros espacios, pero al no poderlos pagar, se “tenían que conformar” con la atención a la que podían acceder. En cuanto a *Marbel*, en su evaluación de la consulta, tuvo un peso importante el que el costo fuera accesible. Es decir, lo que alude a la clase y “raza” se imbricó de forma ineludible en la experiencia. No puedo evitar preguntarme qué tan distintas, o no, habrían sido las experiencias consignadas en este documento pertenecieran a otra clase y/o si su color de piel fuera otro.

Además del factor económico, para decidir el espacio de atención ginecológica al que acudirían, consideraron sus preferencias personales, como cualquier mujer consultante, pero también tuvieron que buscar, a modo precautorio, espacios que les refirieran a un cierto cuidado en cuanto al peligro de padecer prejuicios o discriminación al solicitar la consulta y enunciarse. Para acceder a ello tuvieron que acudir a lugares lejanos de sus espacios de vivienda o trabajo en la búsqueda de obtener la consulta.

Las experiencias en el consultorio, también, estuvieron contextualizadas por un bagaje que ya tenían las participantes en esta investigación en cuanto a su relación con el sistema médico, a informaciones sobre experiencias de otras mujeres/lesbianas y a sus propios antecedentes en consultas ginecológicas.

Uno de los hallazgos más importantes fueron las manifestaciones concretas del Régimen Heterosexual cuando ellas lograron acceder a la consulta, la atención biomédica parecía dirigirse a un sujeto-objeto de atención concebido únicamente en la heterorealidad, pues encontraron cierto desconocimiento de quien les atendió sobre epidemiología y trato adecuado a mujeres con prácticas no heterosexuales, al mismo tiempo que las entrevistas para historias médicas, las exploraciones y la atención parecían enfocadas a las funciones propias del cuerpo habitado por una *mujer*, el ideal de mujer, en el sentido que lo expone Wittig. Diseño de atención para los órganos de un cuerpo femenino cuyo sentido y funcionalidad es en relación a lo reproductivo y a la sexualidad coital, es decir, en relación a la sexualidad que se ejerce respecto a la sexualidad masculina.

En tanto, el concepto de *cuerpa lesbica* mostró que cuando se presentaba en el consultorio no respondía al sujeto-objeto de atención esperado. Partiendo de que su aspecto no necesariamente respondía al estereotipo de la feminidad; incluso, algunas de las cuerpas, con sobrepeso y/o sin depilar y sin muchas de las cosméticas que actualmente se imponen sobre los cuerpos femeninos, podrían ser leídas como un ejercicio de contraculturalidad; el interés en la consulta no era necesariamente en el sentido de las funciones reproductivas; su sexualidad no siempre es coital o puede incluir prácticas sexuales poco visibles en el imaginario

heterosexual y por tanto no todas las técnicas de interrogación, exploración y medicación desarrolladas por la ginecología responden a sus necesidades.

En forma concomitante, en medio de ese desencuentro está presente la necesidad de atención a los padecimientos con que las mujeres lesbianas llegan al consultorio, sumado a su propios desconocimientos/conocimientos de salud y a la permanencia de algunos mitos sobre la salud lésbica en general.

Otras manifestaciones ocurren en forma de violencias concretas que se dan en las imbricaciones entre el tener un cuerpo sexuado femenino bajo tratos institucionalizados que en ocasiones implican procedimientos agresivos sobre ese cuerpo, con violencias que las entrevistadas refirieron relacionadas al ser lesbianas o al haberse enunciado como tales: invisibilidad, tocamientos y violación al principio de confidencialidad.

Un aspecto interesante de las narraciones es el que a pesar del bagaje político y de información de las consultantes, salvo las violencias concretas, en las experiencias narradas resumen haber obtenido una *buena consulta*, en tanto recibieron diagnóstico y tratamiento, pues consideraron que “así es” la atención médica o pudo haber sido peor. Es decir, se naturalizan las prácticas heterocentradas y heteronormativas durante la consulta y se asume la condición de paciente–pasiva–receptiva frente a la institución y autoridad médica. Tras la misma, las acciones de las consultantes para la denuncia de violencias o para poner quejas no procedieron en el marco de lo formal debido a la propia estructura de los sistemas de salud, reacia a darles curso.

En cambio, sí logro identificar acciones de resistencia y estrategias de las consultantes en cuanto a denuncia de boca en boca de los espacios o

recomendaciones de los mismos e identifiqué, también, acciones de auto atención y búsqueda de información sobre su propio cuerpo y salud.

El Binomio Régimen Heterosexual- Modelo Médico Hegemónico

Entonces, ya que el Régimen Heterosexual se manifestó no sólo durante la consulta ginecológica, también en diversos instantes que dan forma a las experiencias de las mujeres lesbianas que las narraron, encuentro que dicho régimen atraviesa–construye al Modelo Médico Hegemónico mismo, en tanto que determina que el sujeto-objeto que requiere la consulta es heterosexual y por lo tanto toda la atención que deviene de este modelo es heterocentrada y es lo que se proyecta durante la consulta ginecológica, el acceso a la misma y su posterior lectura subjetiva. Es decir, el sistema normativo contribuye–construye a la desigualdad y la reproduce, antes, durante y después de su praxis.

También, deseo señalar que durante la recolección de las narraciones forjé supuestos en los que, al haber entrevistado a mujeres lesbopolitizadas e informadas que buscaron acceder a espacios de atención “amigables”, podría dar cuenta de cómo dicha politización y precaución implicarían un trato más sensible y menos discriminatorio. Sin embargo, el análisis a las narraciones, me llevó a observar que:

a) Las manifestaciones, o contención, del RH no dependen sólo del grado de *sensibilización/capacitación* de la institución o de la persona que brinda la consulta, ni de la información/formación con que cuenta la consultante, pues el

RH parece estar inscrito en la forma en que está concebido el propio MMH y en el cómo se lleva a la práctica en los sistemas médicos que de él devienen.

b) La naturalización de la praxis heterocentrada en el consultorio por parte de las consultantes muestra como el RH está inserto en el MMH, pero también como las prácticas devenidas del propio Modelo legitiman a su vez una lógica heteronormada de la vida cotidiana.

c) Además de la naturalización social de violencias que llegan a ocurrir en la praxis médica en general; cuando las entrevistadas expresan un sentimiento de culpa por padecer infecciones, el VPH, o por las faltas de cuidado, la aceptación pasiva de la mala atención expresada en que “las traten como sea, pero que las atiendan”, se convierte en una justificación de la violencia médica, la naturaliza como otra expresión del Régimen Heterosexual y de la persecución en general a la sexualidad de las mujeres. Parecería un “castigo” o un autocastigo por el ejercicio y disfrute de la sexualidad, por ejercer una sexualidad desobediente, por no ser lo *suficientemente* cuidadosas en el tema de la salud.

En otro orden de ideas, también quiero señalar que otro momento en que el binomio RH/MMH queda al descubierto, es cuando en el consultorio ginecológico una mujer se explicita lesbiana o de prácticas lésbicas y es en ese momento que pone en tensión, al menos: la construcción social de mujer como sexo esperada; la heterosexualidad obligatoria misma y las concepciones biologistas sobre lo que deben ser y para qué sirven los cuerpos de las mujeres –o el cuerpo de la *mujer*.

Lejos de resolverse, este lugar de conflicto, incluso trasciende la propia consulta para convertirse en parte de la historia de existencia lésbica de quien

vivió la experiencia y, también, cuando se comparte con el entorno se vuelve parte del bagaje con el que otras lesbianas llegan al consultorio ginecológico. Se convierte en un ciclo. Se transforma en parte de la experiencia colectiva lésbica en tanto que se difunde a otras lesbianas, amigas, novias, comunidad y es parte del *conocimiento común* con que se vive el acercamiento o alejamiento a los consultorios y otras experiencias que implican o no la enunciación y las expectativas de mujeres lesbianas que requieren asistir a consultas ginecológicas.

Nudos Irresueltos

Aquí, presento una paradoja: el cuerpo marcado por prácticas sexuales disidentes a la norma entre sujetos femeninos -marca que existe al enunciarla- no es reconocido, nombrado ni esperado por la biomedicina. Al mismo tiempo, el acto de la enunciación exige tal reconocimiento, pero también implica el riesgo de padecer una sanción por esa exigencia.

Alrededor de la paradoja hay otros aspectos que la complican. En primer lugar, ante la invisibilidad y en cuanto a las necesidades inmediatas, hay el señalamiento de que las concepciones y técnicas de exploración del Modelo Médico Hegemónico en la atención ginecológica son inadecuadas para las mujeres lesbianas. En efecto, es necesaria una visibilización en el consultorio de la posibilidad de la desobediencia a la heterosexualidad; también se necesita un cambio de preguntas y una transformación cultural-actitudinal de quien ofrece la consulta, como lo proponen las militantes/activistas/actuales lesbianas; además del diseño de otras formas de exploración menos invasivas y más completas;

consideraciones a las problemáticas de quienes tienen o tuvieron encuentros sexuales con hombres; a quienes desobedecen la monogamia obligatoria; empoderamiento de las consultantes, entre otros pendientes. Igualmente, otra concepción de la sexualidad y la consideración de las subjetividades en las *especificidades* lésbicas.

Si bien todas estas y otros pendientes y estrategias adoptadas o propuestas son o serían útiles en el tono de lo práctico, esta primera lectura es apenas un atisbo del fenómeno y tiene muchas veredas que quedan pendientes para recorrer. Desde otra mirada, la exigencia de reconocimiento por parte de la institución médica implica discusiones más complejas en torno a cuáles son las consecuencias de estrategias inclusivas o de visibilización. Es necesaria una reflexión en tanto que significan poner la sexualidad lésbica y sus cualidades desestructuradoras de la heterosexualidad obligatoria y androcéntrica en manos de un sistema que, justamente, se ha caracterizado por atrapar en las estructuras sociales, medicalizar, normar–patologizar y controlar la sexualidad. Sería interesante preguntarse sobre las implicaciones políticas, sociales e individuales de construirse a base de estrategias institucionalizantes como sujeto de atención.

Menéndez hace una advertencia que valdría la pena considerar: “Toda práctica médica generada por el Modelo Médico, supone aun en sus principales avances objetivos la posibilidad de controlar y normativizar, y desde esta perspectiva contribuir a la reproducción ideológica de determinadas relaciones dominantes” (Menéndez, 1984:17). Más aun, teniendo en cuenta que la praxis devenida de la hegemonía no es infalible, que como Menéndez lo propone, es necesario hacer una crítica seria a la realización regular de procedimientos

innecesarios y sobremedicalización de los procesos de vida humanos. Es preciso, también, recordar que esta medicina ha tenido momentos históricos en los que ha implicado iatrogenias o sus criterios han sido poco acertados. Habría que recordar praxis que afectan y/o atentan contra los cuerpos de las mujeres como la profusión actual de cesáreas y episiotomías injustificadas, por ejemplo, ¿de qué maneras podría la biomedicina intervenir en la cuerpo y sexualidad lésbicas, es deseable dicha intervención?

Otro punto de discusión pendiente es el que respecta a las propuestas de espacios específicos para la atención de la salud de lesbianas o de la comunidad LGBTTTI pues me parece que tienen el lugar de paliativo en cuanto al fenómeno, pero también cumplen la función de construir la diferencia, de normar, señalar que hay especificidades, determinar cuáles son los espacios para lo diverso, dejando establecido el binomio de la normalidad/anormalidad, que refuerza el propio régimen, en tanto construye lo que es el otro (*la otra*).

Esa discusión pendiente también se entrelaza con la implicación económica de la propuesta, cuando no pudiera ser retomada por los servicios de salud pública de presupuestos cada vez más recortados en las políticas nacionales. Trato de señalar el peligro de construir un sujeto no de atención, pero sí un nicho más de mercado, del *mercado rosa*²⁷. El diseño de una atención *específica* o *especializada* en íntima relación con la voraz privatización actual de la medicina y de la salud, así como sus implicaciones clasistas y racistas respecto a quienes no pueden pagar esa atención “sensibilizada”.

²⁷ Industria floreciente de negocios que se dirigen específicamente a la comunidad LGBTTTI que puede pagarlo, dejando de lado a quienes pertenecen a la misma comunidad, pero ocupan un lugar no privilegiado de clase.

Aquí subyace un conflicto irresuelto: No hay en general una atención que considere las especificidades de la subjetividad lésbica y leerlas, justamente, como *especificidades* no necesariamente garantiza un resultado en cuanto a la calidad, calidez o dignidad de la atención. Mientras tanto, los padecimientos ginecológicos, el VPH, cáncer, ITS y otros, siguen siendo un fantasma que ronda la cuerpo lésbica y podrían estarse repitiendo las cifras, ya consignadas por otras investigaciones, de lejanía al consultorio ginecológico, falta de cuidados preventivos o curativos. Este sigue siendo el centro de la cuestión, la vida y la salud de mujeres lesbianas se encuentran en ese nudo.

Lesbofeminismo – Antropología médica crítica

Desde otra perspectiva, si bien Menéndez desarrolló una propuesta teórica a partir de un Modelo de Medicina Hegemónica para abordarla, sintetizándola, en su caracterización como biologista, ahistórica, asocial, individualista, de eficacia pragmática y que dicha caracterización fue complementada, como lo consigna Salas (2001), desde el feminismo con la demostración de su carácter sexista y/o androcéntrica, me interesa señalar que el tejer la mirada del lesbofeminismo con la antropología médica crítica aporta al señalar, así mismo, el carácter heteroconcebido, heterocentrado y heteronormativo de la medicina hegemónica.

Este señalamiento si bien sirve para mostrar cómo se manifiesta en la experiencia de les desobedientes de la heterosexualidad, nos permite dejar de ver el fenómeno como un asunto que se solucionaría con la *sensibilización/capacitación* hacia la *diversidad sexual* o la creación de protocolos

incluyentes. Es preciso partir del reconocimiento de un régimen político que actúa en las estructuras sociales, y que en su binomio con la biomedicina se manifiesta en las experiencias de cualquier sujeto en relación a él.

Al poder observar que más allá de una práctica sexual, las mujeres lesbianas son un sujeto político disidente a un régimen político y cómo este régimen oprime a través de sus instituciones, la teoría lesbofeminista también señala cómo al concebir a la mujer, en singular y desde la diferencia sexual en un ideal de relacionalidad con el hombre, como sexo –en términos materialistas; permite pensar en cómo atravesaría esta concepción de salud ginecológica las experiencias en los consultorios para otros sujetos de atención. Por poner algunos ejemplos rápidos: para mujeres indígenas qué significan subjetivamente -como para las lesbianas- los diseños exploratorios, las preguntas, los tratos, las entonaciones y silencios, cómo se imbrica también la “raza-clase” en esas experiencias; cómo desde el diseño de la consulta ginecológica pudiera haber repercusiones en experiencias de mujeres con discapacidades diversas que no necesariamente viven una sexualidad coital, pero que tienen otras prácticas acordes a sus capacidades corporales; qué sucede y cuáles son las consecuencias de la praxis ginecológica actual en las experiencias de mujeres que han padecido violencia sexual en fechas cercanas a la consulta; o en el caso de las niñas, cuando por una u otra razón requieren revisiones; también en heterosexuales con prácticas sexuales poco comunes.

Es decir, son múltiples las rutas de indagación que pueden comenzar a delinearse con las herramientas teóricas que permiten caracterizar el binomio Régimen Heterosexual–Modelo Médico Hegemónico. Desde sus múltiples usos y

significaciones políticas, pasando por los principios que se generan a partir de él, los modos de concebir la salud y la atención, los propios cuerpos y sujetos de atención –por ejemplo, las desobedientes de la heterosexualidad obligatoria, pero también de las construcciones de género– hasta cómo proponer en la práctica atenciones, tecnología y métodos de exploración concebidos bajo otros principios.

Otras posibilidades

Entonces, la tarea pendiente no la ubico en conseguir poner a la cuerpo lésbica, ni a los cuerpos de las mujeres, en las mesas de exploración del sistema médico actual, inserto en los intereses del mercado neoliberal o supeditado a políticas públicas de lenta y escasa efectividad.

Apuesto en el sentido de la búsqueda de otras posibles formas de concebir la atención a la salud:

Hacia un horizonte utópico, que parte de reconocer el debate en la actual crisis del pensamiento moderno en donde ya ocurre un cuestionamiento a este modelo de atención, nacido en el auge de la modernidad misma y comenzar a proponer, encontrar y construir rutas hacia una ginecología, y una atención médica general, que reconozca la posible multiplicidad de sujetos –insertos en opresiones simultáneas y diversas–. Puedo imaginar una atención despatriarcalizada, por principio. También, que, como propone Menéndez, reconozca la importancia de la científicidad, pero que tenga la capacidad de legitimar otros saberes.

Para la atención ginecológica a las lesbianas son deseables pero no bastan modificaciones a las formas actuales de atención, pues partimos de una unidad físico-biológica a la que un régimen político ha pretendido obligar a la heterosexualidad e imponer la *feminidad*, ante la cual la cuerpo lésbica es una construcción política de resistencia.

Entonces, para responder a la interpelación implícita de esta cuerpo enunciada en un consultorio es necesaria también la construcción política de una medicina contrahegemónica, despatriarcalizada, desheterossexualizada.

Implica una atención distinta, tal vez en diálogo y construcción permanente. Al respecto, algunas propuestas me surgen de estas reflexiones:

-La entrevista inicial podría convertirse en un diálogo de edificación de la historia clínica con cuestionamientos y autocuestionamientos sobre prácticas sexuales, ¿requieres métodos anticonceptivos? ¿Cuáles son las prácticas sexuales más frecuentes y las más recientes? Construcción compartida sobre qué atención y exploración es la que se está necesitando

-Puesta al alcance de la consultante de información sobre el propio cuerpo, sus procesos y formas de atención, autoexploraciones y autoatención posible

-En caso de requerirlo y/o aceptarlo, uso posible de espéculo pediátrico con autocolocación. Esto significaría dejar de ser la paciente-pasiva sobre la que se realizan procedimientos o se invade el cuerpo hacia convertirse en agente activa de la exploración que actúa sobre su propio cuerpo y comparte el proceso de atención.

-Cuestionamiento a sobremedicalizaciones y medicalizaciones

-Construcción conjunta de consultas con el tiempo y la calidez requerida

En el mismo sentido de construcción de otras posibles formas de atención, desde quienes investigan, quienes difunden, quienes diseñan, quienes brindan la atención a la salud, son necesarios algunos cuestionamientos sistemáticos:

- a) A todo presupuesto biologista que de por supuesto qué son y para qué sirven los cuerpos de las mujeres
- b) A toda presunción de la heterosexualidad como “natural”.
- c) A todo imaginario de la sexualidad en coitocentralidad

Sobre todo, el ejercicio de diálogos permanentes respecto a las subjetividades de quienes consultan o buscan atención a su salud.

Más allá que dejar este planteamiento en la propuesta de la utopía posible, me interesa señalar que el ejercicio de una medicina, una ciencia de la curación, más colectivizada, más horizontal, está en desarrollo desde diferentes perspectivas teóricas, como las que corresponden, por ejemplo, a la Salud Colectiva. Respecto al feminismo y el lesbianismo ya se han teorizado, difundido y llevado a cabo propuestas que desjerarquizan el saber que atañe a la salud.

Partiendo de los aportes pioneros del ecofeminismo, por ejemplo de Mary Daly con su obra *Gyn/Ecology. The Metaethics of Radical Feminism* la cual teorizó sobre formas alternativas de terapia frente a la iatrogenia de la ginecología biomédica y sobre cómo recuperar el control del propio cuerpo y preservarlo de la sobremedicalización en contubernio con los intereses farmacéuticos. Se han logrado, también, publicaciones como *Nuestros Cuerpos, Nuestras Vidas/Our Bodies, Ourselves* que provee a las mujeres información acerca de la salud en una manera que reconoce sus historias personales y, también, una amplia gama de

publicaciones feministas por una calidad de atención y en pro del respeto médico a los derechos sexuales y reproductivos.

En la práctica se ha enfrentado el desafío de poner los procedimientos sobre los cuerpos en manos de las mismas mujeres como ocurre desde las autoexploraciones de mama, vulvas y vaginas, hasta con las irrupciones de embarazos no deseados. Un ejemplo es lo que ocurre a bordo de un barco en aguas internacionales, iniciativa a cargo de una ONG holandesa *Woman on waves*, en que una mujer puede provocarse un aborto a sí misma con hasta nueve semanas de embarazo mediante el uso de Misoprostol. Igualmente, *la Red Chilena de Lesbianas por el Derecho a la Información* que proporciona asesoría telefónica sobre el uso del Misoprostol; la inseminación artesanal o casera, actualmente promovida en diversos países como alternativa ante la tiranía del vínculo biomedicina–intereses económicos que vuelven inaccesible la inseminación artificial para las quienes la desean y no pueden pagarla; como opción, también, ante el poder que pareciera absoluto de la biomedicina, el uso de ginecología natural con plantas o ginecología alternativa que facilita y promueve ejercicios de autoatención para las mujeres, como lo difunden y llevan ya a cabo grupos feministas, anarquistas y lesbofeministas en tierras del Abya Yala y más allá.

Lo que planteo es que si bien existe una medicina hegemónica, biologista, normativizadora y al servicio del status *quo* económico, político y social, también es posible cuestionar sus concepciones y praxis y apostar por propuestas de ejercicios de las habilidades, tecnologías y conocimientos para la salud preventiva y para la clínica en donde les sujetes y les actantes de atención seamos todas,

todos, todes. Es la apuesta por una atención y una autoatención empoderada, desestructuradora. Es la propuesta de intervenir así hacia otras formas de la atención a la salud, hacia una apropiación de la salud, ejercicios de agencia sobre ella y a la construcción de un saber curativo–preventivo más colectivizado.

Es decir, ante un Modelo Médico Hegemónico al servicio del modo de vida que hoy se nos impone: heterosexual, sexista, clasista y racista; es posible y necesario, desde un ejercicio multidisciplinario, construir una medicina contrahegemónica en aporte, a su vez, hacia una concepción distinta de la salud, del disfrute de ésta y de vidas vividas con mayor dignidad.

ANEXO I. BREVE RECUENTO DE LA GENEALOGÍA TEÓRICA LESBOFEMINISTA²⁸

La teoría lesbofeminista surge en las décadas de los sesentas y setentas en cercana relación con los pensamientos feministas de la diferencia, en un período histórico de autonomía para las mujeres. “Cada vez más grupos sólo de mujeres, lejos de partidos y grupos de izquierda se organizaban en colectivos. Los grupos de autoayuda se convirtieron en escenarios importantes de la política feminista donde “lo personal se hizo político”, así, el cuerpo, la sexualidad, pasan a ser centrales en la política de estos años”. (Curiel, 2006:2). En este marco las lesbianas comienzan a visibilizarse en los entornos feministas y a desarrollar un pensamiento propio. Algunas de las múltiples construcciones conceptuales más sobresalientes del lesbianismo feminista son:

- El colectivo *Rivolta Femminile*, en Italia, presentó a principios de los setentas *Escupamos sobre Hegel y otros escritos para la liberación femenina* en donde Carla Lonzi señala que en tanto la heterosexualidad sea un dogma, la mujer seguirá siendo de algún modo, el complemento del varón.
- En la década de los setentas Charlotte Bunch del colectivo *The Furies*, en los Estados Unidos de América, propone el lesbianismo como una opción política que se articula en términos de ginoidentificación.

²⁸ El aporte teórico lesbofeminista no siempre es conocido o reconocido en los estudios feministas, de género y de las mujeres, por ello me ha parecido de utilidad convocar una breve genealogía que muestre su origen, trayecto y que nombre algunas de las actuales ramificaciones, propuestas y discusiones de esta corriente del pensamiento feminista que da origen a algunas de las ideas que sustentan el marco teórico que acompaña la investigación que aquí presento.

- Para 1975, el colectivo *Purple September Staff*, también de los Estados Unidos de América, presenta *The normative status of heterosexuality* en donde ya plantea que la heterosexualidad constituye una de las instituciones claves del patriarcado.

- Adrienne Rich, en 1980, escribe *La heterosexualidad obligatoria y la existencia lesbiana*, en donde muestra la heterosexualidad obligatoria como una de las instituciones fundamentales del patriarcado.

- Monique Wittig, en los Estados Unidos de América, parte de la noción de diferencia sexual, no como “natural”, si no como concepto opresor que define la heterosexualidad como un régimen, por ello, plantea que es necesaria la destrucción de la heterosexualidad como sistema social, basado en la opresión y apropiación de las mujeres por los hombres, la cual produce un cuerpo de doctrinas sobre la diferencia entre los sexos para justificar esta opresión”.

- Jill Jonston, entre otras, en los Estados Unidos de América, en la década de los setentas teoriza sobre el lesbianismo separatista. La creación o toma de espacios físicos o simbólicos por y para lesbianas únicamente. Proponen la (re)creación de una cultura y de una ética lésbicas.

- Pharr y Green, entre otras, en los ochentas, noventas y en la década reciente realizan una crítica al heterofeminismo y a la lesbofobia señalando el cómo ésta defiende intereses económicos masculinos muy concretos en el marco la división sexual patriarcal del trabajo. Además, demuestra cómo la lesbofobia sirve en contra de todas las mujeres, quienes pueden ser acusadas en cualquier momento de ser lesbianas y así condenadas a un verdadero ostracismo social.

- Colette Guillaumin, en 1992, presenta el término *sexaje* con el cual muestra que las lesbianas ciertamente escapan a la apropiación privada por parte de los hombres, pero no se libran de la apropiación colectiva, lo que las vincula a la clase de las mujeres e implica luchas conjuntas.

- Feministas y lesbianas negras, del *Salsa Soul Sisters* y el *Combahee River Collective*, entre otras, en los setentas lanzan la *Declaración feminista negra*, mediante la cual critican al feminismo blanco y heterosexual y se posicionan contra la opresión racial, sexual, heterosexual y clasista

- A principios de los ochentas, Gloria Anzaldúa y Cherríe Moraga reúnen textos de mujeres de color con la publicación *Esta puente mi espalda* en donde denuncian el sexismo y la lesbofobia de los movimientos progresistas y anti-racistas, pero también el racismo y el clasismo que se manifiestan en el movimiento feminista y lésbico.

- Sheyla Jefreys con su *Herejía lesbiana*, publicada en 1996, hace una crítica a la reducción sexualizante y mercantilizadora de la sexualidad lésbica que ocurrió durante los ochentas de la propuesta lésbica y vuelve a plantearla como opción política.

- Yan María Castro, desde la propuesta política del *Feminismo comunista ecologista*; Julieta Paredes desde a apuesta por el *Feminismo comunitario*; Norma Mogrovejo, Yuderkys Espinosa y Ochy Curiel desde el pensamiento del *Feminismo autónomo*; Margarita Pisano y Andrea Fraunlic desde el *Pensamiento del afuera*, y otras feministas lesbianas y autónomas, en las décadas recientes han venido en América Latina planteando la propuesta de un

feminismo autónomo, crítico a la heterosexualidad obligatoria, al racismo, a la colonialidad, al clasismo, a la institucionalización del feminismo tanto heterosexual como lesbiano y desarrollan propuestas teóricas propias.

ANEXO II. LAS LESBIANAS NO ADQUIEREN ITS...

(Sobre la prevalencia del mito)



Fuente: Tomado en septiembre de 2012 de la página lésbica (México) en Facebook [Soy lesbiana y quiero una novia guapa](#).

Nota: Tijereta es una forma de practicar el tribadismo.

ANEXO III. BAJO EL TÍTULO: “¿CUÁNTAS ACTIVAS HACEMOS ESTO?”



Fuente: Tomado en septiembre de 2012 de la página lésbica (México) en Facebook [Soy lesbiana y quiero una novia guapa.](#)

Notas: * Las activas son mujeres lesbianas que gustan de proporcionar placer, más que recibirlo en el acto sexual. **En cuanto a vendarse los senos, en un desacato a la construcción femenina de género, en efecto, no se sabe cuántas lo hacen ni cuáles son las consecuencias sobre su salud, uno de tantos pendientes en la investigación y atención a la salud de las lesbianas.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Bunch, Cahrlote (1975). *El lesbianismo y el Movimiento de Mujeres*, Diana Press, USA. Pp.

Castro, R. P. y Bronfman, M. P. (1993). *Teoría Feminista y Sociología Médica: Bases para una Discusión*, Cad. Saúde (Públ.), Rio de Janeiro Brasil. pp. 357–374.

Colectiva del libro de Salud de las Mujeres de Boston (2000). *Nuestros cuerpos, nuestras vidas. La guía definitiva para salud de la mujer latina*. Estados Unidos. Pp.289–312.

Jeffreys, Sheila (1996) *La herejía lesbiana: perspectiva feminista de la revolución sexual lesbiana*. Cátedra, Madrid.

Lerner Susana y Szasz Ivonne (2008) *Salud reproductiva y condiciones de vida en México*. El Colegio de México, México D. F. pp.287 – 346

Mccormack, T. (1989).” Feminism and the new crisis in methodology”. En: *The Effects of Feminist Approaches on Research Methodologies*, W. Tomm, Calgary: The Calgary Institute for the Humanities, Wilfred Laurier University Press, pp. 14–30.

Menéndez, E. L. (1988). *Modelo Médico Hegemónico y Atención Primaria. Segundas Jornadas de Atención Primaria de la Salud*. Buenos Aires. pp. 451–464.

Miqueo, Consuelo y Murría, María, Traductoras (2004). “*Dos para saber dos para curar*” en *Cuadernos inacabados, horas y HORAS* (eds.), España. pp. 7–51

Miqueo, Consuelo y Murría, María, Traductoras (2004). “*Dos para saber dos para curar*” en *Cuadernos inacabados, horas y HORAS* (eds.), España. pp. 129–141

Mogrovejo, Norma. (2000) *Un amor que se atrevió a decir su nombre. La lucha de las lesbianas y su relación con los movimientos feminista y homosexual en América Latina*, Plaza y Valdez, México.

Red Nacional Feminista de Saúde, Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos _ Rede Feminista de Saúde (2006). *Saúde das mulheres lésbicas*, Belo Horizonte/MG, Brasil

Salas Valenzuela, Monserrat (2001). *Calidad de la atención con perspectiva de género, apuntes desde la sociedad civil*, México, SIPAM.

Yaotlotl, Yan. (2012) “La cosmopercepción indígena lesbofeminista ante el generismo capitalista” en *Pensando los feminismos en Bolivia, Bolivia, Conexión Fondo de participación*, pp. 229–258.

Wittig, Monique (2005). *No se nace mujer. El pensamiento heterosexual y otros ensayos*, EGALES, Madrid.

HEMEROGRAFIA

Alonso, Eduardo. (2011) Fracasa recolección de firmas para matrimonio gay”, *El Universal*, 16 de Noviembre de 2011, México
<http://www.eluniversaledomex.mx/home/nota24535.html>

Mogrovejo Aquisé, Norma (2011) “La lesbiana no nace: elige serlo”, *La herencia Beauvoir: reflexiones críticas y personales acerca de su vida y obra*, El Colegio de México, Centro de Estudios Sociológicos, Programa Interdisciplinario de Estudios de la Mujer, México, p. 71-78

Carbajal, Araceli. (2012) “Piden a Comisiones emitir Alerta de Género en Edomex”, *EdoMéx al Día*, 2 de Agosto de 2012, México,
<http://www.edomexaldia.com.mx/2012/08/piden-a-comisiones-emitir-alerta-de-genero-en-edomex/>

Cardoza, Melissa (2005). “Desde un balcón de lesbianas” en *Nouvelles Questions Féministes*, vol.24, núm. 2, México, D.F, pp. 12–20

Curiel, Ochy (2007) “El Lesbianismo Feminista: una propuesta política transformadora” en *América Latina en Movimiento*, núm. 420

Chávez Montero, Allan, Madrigal Ramírez, Edgar y Ugalde Lobo, Juan Gerardo (2001). “Denuncias por responsabilidad medica en ginecoobstetricia” en *Revista Latinoamericana de Derecho Médico y Medicina Legal*, año 6, vol.2, Costa rica, pp. 47–52.

Eiven Laura, Sardá Alejandra y Villalba Verónica (2007). “Lesbianas, salud y Derechos Humanos desde una perspectiva latinoamericana”, en *Revista Mujer Salud*, No. 2, RSMLAC, Chile, pp. 43–54

Esteban, Mari Luz (2006). “El Estudio de la Salud y el Género: Las Ventajas de un Enfoque Antropológico y Feminista (a). The Study of Health and Gender: The Advantages of an Anthropological and a Feminist Approach” en *Salud colectiva*, vol.2, Buenos Aires, pp. 9–20.

Expresión. (2012) “Artículo: Reformas en el Código Civil, sin especificar el sexo”, Expresión, México, <http://www.puntodeexpresion.com.mx/?p=335>

Facio, Alda (2002) “Engendrando nuestras perspectivas” en *Otras Miradas*, vol.2, núm.002, Universidad de los Andes, Mérida, Venezuela, pp. 49–79

Falquet, Jules (2009). “Romper el tabú de la heterosexualidad, acabar con la diferencia de los sexos: aportes del lesbianismo como movimiento social y teoría política”, en *Genre, Sexualité et Société*, núm. 1

Gall, Olivia (2002), “Racismo y Sexismo en la historia y presente de México. Reflexiones acompañadas de la palabra de mujeres líderes de 18 pueblos indios” en *Universidad de México*, núm. 612

García Bravo, María de la Luz (2009). “Actitudes ante la diversidad sexual en profesionales de la salud de la ciudad de Taxco de Alarcón, Guerrero, México” en *Archivos Hispanoamericanos de Sexología*, vol. XV, núm. 1, México, pp. 71–85.

Gargallo, Francesca (2007). “Feminismo Latinoamericano” en *Revista Venezolana de Estudios de la Mujer*, vol. 12, núm. 28, Caracas, Venezuela.

González, Claudia (2012). “Exigen esclarecer homicidio de travesti en Toluca” en *Milenio*, 7 de diciembre de 2012, edición impresa. México.

ILGA (2007). “La Salud de las Lesbianas y. Mujeres Bisexuales: *Cuestiones. Locales, preocupaciones comunes*” en *Luchando, Edición trimestral L, Bruselas, Bélgica, pp.6–68*

Menéndez, Eduardo L (2005). “Intencionalidad, experiencia y función: La articulación de los saberes médicos” en *Revista de antropología social*, vol. 14, España, pp.33–69.

Menéndez, E. L. (1984).” Hacia una práctica médica alternativa Hegemonía y autoatención” en *Cuadernos de la casa chata* 86, México 125pp

Mogrovejo Aquisé, Norma (2004) “Sujeto lesbiana”. En *Revista Cubana de Salud Pública*; 30 PP. 2–14

Morales, Alberto. “41% de mexicanos, sin acceso a la salud” El Universal, 7 de Abril de 2010, México, 2010, <http://www.eluniversal.com.mx/notas/671104.html>

Moreno Gutiérrez, Nelly Irene (2007). “Situación de salud sexual y reproductiva, hombres y mujeres homosexuales en Hospital María Auxiliadora, 2006” en *Revista Peruana de Obstetricia y Enfermería*, Perú, pp.2–14

Navarro, Cecilia (2000). “Razones para visitar al ginecólogo” en *Las amantes de la luna*. No. 1, Segunda Época. México DF, Año. pp. 15.

Olvera Barrea, Erika Liliana y Oviedo Texpan, Esmeralda del Rosario (2004) “Mujeres bisexuales y lesbianas ¿Cómo viven su sexualidad?” en *Archivos hispanoamericanos de sexología*, vol. 10, núm. 1, pp. 105–130.

Ortiz Hernández, Luis (2004). “La opresión de minorías sexuales desde la inequidad de género” en *Política y Cultura*, núm. 22, México, pp. 161–182.

Ortiz Hernández Luis(a) (2004). “Revisión crítica de los estudios que han analizado los problemas de salud de bisexuales, lesbianas y homosexuales” en *Salud Problema*, año 9, núm. 16, México, pp.20–39.

Ortiz Hernández Luis (2004). “Influencia de la opresión internalizada sobre la salud mental de bisexuales, lesbianas y homosexuales de la Ciudad de México” en *Salud Mental*, Vol. 28, No. 4, México, pp.41–65.

Ramírez Rafael. “A dos años de la aprobación del matrimonio LGTTT”, *Milenio*, 23 de marzo de 2012, México, 2012, <http://www.milenio.com/cdb/doc/impreso/9134202>

Robledo, Gabriela. “Disyuntivas lesbianas sobre la *ciudadanía sexual*”, *Política y Género Ciudadanía sexual*, 27 de Septiembre de 2012, España, 2012, www.laotrapagina.com/articulo-95.html

Rich, Adrienne (1980). “La heterosexualidad obligatoria y la existencia lesbiana (1980)” en *Revista d'Estudis Feministes*, núm.10

RMSLAC (2007). “Ser y reconocerse lesbiana, protegiendo la salud como un derecho” en *Revista Mujer Salud*, No. 2/2007, RSMLAC, Chile. Pp. 30–32

RS (2010). “La lesbofobia también mata” en *Rompiendo el Silencio*, Núm. 9, año 3, Chile, pp. 27–29

Universal, EL. (2012) “Urgen a Edomex emitir alerta de género” *El Universal*, 9 de Agosto de 2012, México, <http://www.elmexicano.com.mx/informacion/noticias/1/2/nacional/2012/08/09/601847/urgen-a-edomex-emitir-alerta-de-genero.aspx>

Wilkinson, Sue (2008). "Mujeres feministas en lucha contra el cáncer de mama: lo personal y lo político" en *Anuario de Psicología*, vol. 39, núm. 1, 23–39, Facultat de Psicologia, Universitat de Barcelona, España, pp.23–39.

DOCUMENTOS ELECTRÓNICOS

Aldunate Morales, Victoria (2010). “Una vida sin violencia: Sin despatriarcalización no hay solución”, <http://www.deigualaaigual.net/es/opinion/puntadas/4443-vida-sin-violencia-despatriarcalizacion> (consultado junio de 2011).

Curiel, Ochy (2010). Entrevista de la CLAM a Ochy Curiel sobre su investigación “La heterosexualidad como régimen político y la construcción de la nación colombiana”. http://www.infogenero.net/sitio/index.php?option=com_content&view=article&id=163:entrevista-de-la-clam-a-ochy-curiel-sobre-su-investigacion-la-heterosexualidad-como-regimen-politico-y-la-construccion-de-la-nacion-colombiana&catid=3:newsflash (Consultado mayo de 2012)

Cordero, Tatiana (2002). “Más allá de la palabra, lo que el cuerpo interroga”. http://www.glefas.org/glefas/files/biblio/mas_alla_de_la_palabra_lo_que_el_cuerpo_interroga_tatiana_cordero.pdf

ELFLAC (2010). “VIII Encuentro Lésbico Feminista de América Latina y el Caribe”. <http://elflacguate.blogspot.com/>

ESPARTILESS (2006). “Campaña Nacional Argentina Cambiemos las preguntas” <http://www.espartiles.org>. (Consultado: octubre de 2010), pp.1–12

Espinosa Miñoso, Yuderskys (2004) “La relación feminismo–lesbianismo en América Latina: una vinculación necesaria” <http://articulotecafeminista.blogspot.com/2007/04/la-relacin-feminismo-lesbianismo-en.html> (consultado junio de 2011)

Espinosa Miñoso, Yuderskys (2003) “Heterosexualidad obligatoria”
http://www.disidenciassexual.cl/wpcontent/uploads/2009/08/la_heterosexualidad_obligatoria_por_yuderkys_espinosa.pdf (consultado junio de 2011)

Falquet, Jules (2000) “Breve reseña de algunas teorías lésbicas”
<http://centauro.cmq.edu.mx/dav/libela/pdfS/Mlesbgay/08010503.pdf> (consultado junio de 2011)

Falquet, Jules (2006) “La pareja, este doloroso problema. Hacia un análisis materialista de los arreglos amorosos entre lesbianas”
<http://www.caladona.org/grups/?p=441> (consultado junio de 2011)

FELGTB (2008). “Salud de las lesbianas y mujeres bisexuales: cuestiones locales, preocupaciones comunes” <http://www.saludfelgbt.com.es>
(Consultado: octubre de 2010)

Gallarreta, María Elena (2006). “Salud de lesbianas en Lima: apuntes de la experiencia de atención”.
http://www.ciudadaniasexual.org/boletin/b16/Art_MariaElena.pdf. (Consultado: noviembre de 2010)

Gargallo, Francesca (2007). “Feminismo y racismo en América Latina”
<http://www.aporrea.org/ideologia/a30189.html> (consultado junio de 2011)

Gimeno, Beatriz. (2007) “Género, sexo, orientación sexual y la mirada sobre el Cuerpo”, *I JORNADA SOBRE SEXUALIDAD*, 20 de septiembre de 2007, España,
http://www.adimeco.org/sexualidad/ponencias/beatriz_gimeno.pdf

González Santiago, Aida Ivette. “La invisibilidad de las poblaciones marginadas en el proceso de planificación de los servicios de salud: Las lesbianas ¿Dónde están?” <http://whcpr.rcm.upr.edu/boletin1fsp.htm> (consultado junio de 2011)

Hasta los ovarios (2009). “atención ginecológica a lesbianas: Mi experiencia reciente”. <http://hastalososovarios.wordpress.com/2009/07/31/atencion-ginecologica-a-lesbianas-mi-experiencia-reciente/> (Consultado marzo de 2011).

Hernández Miraño, Ana (2003). “Identidad sexual y Hábitos de Salud” <http://www.felgtb.org/files/docs/b6e62ecf60f6.pdf>

HRC (2004) en “Guía de Recursos Para Salir del Clóset” en *Proyecto Nacional Para Salir del Clóset de Human Rights Campaign*. <http://www.hrc.org/documents/recursos.pdf> (Consultado marzo de 2011).

ILGA (2007) “La salud de las lesbianas y mujeres bisexuales: Cuestiones locales, preocupaciones comunes” http://america_latina_caribe.ilga.org/ilga/publications/publicaciones_en_espanol/otras_publicaciones/la_salud_de_las_lesbianas_y_mujeres_bisexuales (Consultado marzo de 2011).

Incollá, Amanda Rosa (2004). “El ginecólogo y la lesbiana” <http://susanavignolo.blogspot.com/2010/10/decalogo-de-los-derechos-del-bebe.html> (consultado marzo de 2011).

Instituto Ciudadano de estudios sobre la inseguridad A. C. (2006) “Modelo de atención integral e interinstitucional a víctimas de delitos en México” http://www.icesi.org.mx/documentos/propuestas/modelo_atencion_integral_victimas_de_delitos_en_mexico.pdf (Consultado marzo de 2011).

IPS Noticias (2010) “Reclamo lésbico a los servicios de salud en la Habana” <http://www.conexioncubana.net/index.php?st=content&sk=view&id=9684&sitd=313> (consultado marzo de 2011).

Komen for the cure, Susan G. (2009). “Datos para la vida, personas homosexuales, bisexuales, transexuales”

[Http://ww5.komen.org/uploadedFiles/Content_Binaries/806-322-SP.pdf](http://ww5.komen.org/uploadedFiles/Content_Binaries/806-322-SP.pdf).

(Consultado: noviembre de 2010).

Menéndez, Eduardo L (1988) “Modelo médico hegemónico y atención primaria”

<http://hvn21.netfirms.com/indice/sevicios/biblio/Salud%20Publica/Salud%20Publica.htm> (Consultado marzo de 2011).

Ministério da saúde (2010) “Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais”

http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/texto_da_politica_lgbt_sgep.pdf

(consultado junio de 2011)

Ministerio de Salud Republica de Nicaragua (2007) “Modelo de atención integral para adolescentes” <http://www.minsa.gob.ni/bns/adolescencia/doctec.html>

(consultado marzo de 2011)

Mogrovejo Aqise , Norma (2010) “La lesbiana no nace, elige serlo”.

<http://ebookbrowse.com/la-lesbiana-no-nace-elige-serlo-norma-mogrovejo-pdf-d61180190>. (Consultado mayo de 2012)

Mogrovejo Aqise, Norma (2010). “Soy una lesbiana atrapada en un cuerpo de mujer”, Entrevista a Norma Mogrovejo, Universidad Autónoma de Santa

María.<http://www.ucsm.edu.pe/espergesia/8ed/archivo/6sexta/invitado/cuerpo1.html> (Consultado octubre de 2012)

Mogrovejo, Norma. (2008) “El sujeto lesbiana en el pensamiento feminista latinoamericano”, *Blog Norma Mogrovejo*,

normamogrovejo.blogspot.com/2008/12/el-sujeto-lesbiana.html29 Dic 2008 –, consultado septiembre de 2012.

O'Hanlan Katherine A (2002) “Diez cosas del cuidado de la salud que las lesbianas deberían discutir con sus médicos”

http://www.hispanosnet.com/gays/lesbianas/salud_lesbica.html.

(Consultado: noviembre de 2010).

Organización Mundial de la Salud, OMS (1975).” Definición de Salud Sexual”

http://www2.hu-berlin.de/sexology/ECS5/definicion_1.html (Consultado: Enero de 2011).

Ortiz Hernández, Luis (2004) “Revisión crítica de los estudios que han analizado los problemas de salud de bisexuales, lesbianas y homosexuales”

http://bidi.xoc.uam.mx/tabla_contenido_fasciculo.php?id_fasciculo=109

(Consultado junio de 2011)

Pessah, Marian (2005). “La Experiencia Lésbica, la Sexualidad y la Salud Gloria Careaga (México) y Mariana Pessah (Argentina) comparten visiones y reflexiones sobre estos temas”, *Ciudadanía Sexual*, (entrevista),

<http://www.ciudadaniasexual.org/boletin/b16/articulos.htm#4>

Consultado octubre de 2012)

Pisano, Margarita (2010). “Lesbianismo: ¿Transgresión del mandato histórico o diversidad para discriminadas útiles?”

<http://samanthagonzalezccsasm.blogspot.com/2010/10/lesbianismo-transgresion-del-mandato.html> (consultado junio de 2011)

Rohlfs, Izabella (2007) “Género y salud: diferencias y desigualdades”

<http://quark.prbb.org/27/027036.htm> (consultado junio de 2011)

Sánchez, Rocío (2011). “Salud sexual entre mujeres.” En La Jornada <http://www.jornada.unam.mx/2011/02/03/ls-once.html> (consultado junio de 2011)

SINAIS Sistema Nacional de Acceso a la Información en Salud (2011). “Prefacio a indicadores de mortalidad.” http://sinais.salud.gob.mx/descargas/pdf/IB_2006.pdf (Consultado: Enero de 2011).

Suárez Briones Beatriz. “De cómo la teoría lesbiana modificó a la teoría feminista (y viceversa).” http://webs.uvigo.es/pmayobre/pc/profesorado_11.htm#beatriz (consultado junio de 2011)

Suárez Briones Beatriz. “Historia(s) lesbiana(s), teoría(s) lesbiana(s).” <http://webs.uvigo.es/pmayobre> (consultado junio de 2011)

Vergara Sánchez, Patricia Karina (2006). “Salud sexual lésbica, una experiencia exitosa” <http://anodis.com/nota/7376.asp?pag=6> (Consultado: noviembre de 2010).

Wittig, Monique (1978). “La mente hetero”. Discurso leído por la autora en Nueva York durante el Congreso Internacional sobre el Lenguaje Moderno realizado en 1978 y dedicado a las lesbianas de EE.UU. <http://www.mulheresrebeldes.org/Lesbianidades/Monique%20Wittig/la%20mente%20hetero.pdf>

Wittig, Monique (1978)(b) .” “El pensamiento heterocentrado” <http://www.calameo.com/books/0009324932140ec429601> (Consultado mayo de 2012)

Wittig, Monique (1982). “La categoría de sexo”. <http://es.scribd.com/doc/94457052/Monique-Wittig-La-categoria-de-sexo-1> (Consultado mayo de 2012)

Wittig, Monique (1981). “Nadie nace mujer”
“http://www.4edu.info/LGBT/CSL_07.2_Nadienace.htm (Consultado mayo de 2012)

Tesis

Binford (2008) “La relación de las mujeres lesbianas con sus cuerpos, un estudio del protagonismo de lesbianas guatemaltecas”. Programa de Estudios de Posgrado en Estudios de la Mujer, Ciudad Universitaria Rodrigo Facio, Costa Rica.

Curiel, Ochy (2010). “El Régimen heterosexual de la nación. Un análisis antropológico lésbico–feminista de la Constitución Política de Colombia de 1991”, Facultad de Ciencias Humanas Departamento de Antropología, Universidad Nacional de Colombia, Bogotá

Salas Valenzuela, Monserrat (1998).” Flojita, Flojita: Etnografía de las consultas de Medicina Familiar con contenido de salud sexual y reproductiva”, México, CIESAS, pp. 1–246.

Vergara Maldonado, Cynthia Belen (2007). “Percepción de las mujeres lesbianas sobre su sexualidad y la atención brindada en los servicios de salud ginecoobstétricos Valdivia”, Facultad de Medicina Instituto de Enfermería Materna, Universidad Austral de Chile, Valdivia, Chile.

Vergara Sánchez Patricia Karina (2008). “Cuando la violencia en el consultorio se convierte en pesadilla”, Facultad de Ciencias Políticas y Sociales, Universidad Nacional Autónoma de México, Distrito Federal. Pp.1–239 (Tesis).

Otros

CODHEM, “VI ACTA”, *Comisión de Derechos Humanos del Estado de México*, 26 de Enero del 2012, México 2012, <http://www.codhem.org.mx/LocalUser/codhem.org/transparencia/htm/ciudadano12.html>

Patlatonalli A.C. (1998). *Todas las mujeres pueden vencer el cáncer cérvico uterino y mamario*, Guadalajara, Jalisco, México. (Tríptico).