

**“Creí que las Lesbianas eran un Mito”: Construcción de Conocimientos por una
Reapropiación de la Atención en Salud Sexual a Mujeres Lesbianas**

Por:

Catalina Beleño Quimbayo

Directora:

Marta Cabrera

Maestría en Estudios Culturales
Facultad de Ciencias Sociales
Pontificia Universidad Javeriana
Bogotá
2018

Yo, Catalina Beleño Quimbayo, declaro que este trabajo de grado, elaborado como requisito parcial para obtener el título de Maestría en Estudios Culturales en la Facultad de Ciencias Sociales de la Universidad Javeriana es de mi entera autoría excepto en donde se indique lo contrario. Este documento no ha sido sometido para su calificación en ninguna otra institución académica.

Catalina Beleño Quimbayo

23 de Julio de 2018

Resumen

Este trabajo aborda la atención ginecológica a mujeres lesbianas desde la perspectiva tanto de estas, como de los profesionales de la salud que las atienden, abordando problemas como la ausencia de un protocolo de atención ginecológica que las considere; la falta de capacitación, investigación y formación específica sobre sus necesidades; la heterosexualidad y la reproducción como *El* modelo de sexualidad; y un desconocimiento generalizado sobre aspectos y alternativas en relación con su salud sexual. En consecuencia, construyo un conocimiento situado que va más allá de barreras de acceso, ejercicios de discriminación o derivación de las problemáticas ginecobstétricas de mujeres en general, y presento una mirada crítica que no separa la atención médica y el lesbianismo como variables independientes de su contexto, por lo cual esta investigación se inscribe en los EECC. Implementé una metodología *queer* y etnográfica de trabajo interdisciplinario junto con una postura feminista para trabajar material informativo digital sobre sexualidad lésbica, además de 18 entrevistas semiestructuradas, reflexivas e interactivas a mujeres lesbianas, especialistas de ginecología o cercanos al tema y ginecólogas naturales. Así, identifiqué aspectos problemáticos y vacíos de la atención en salud sexual, puntos de encuentro que pueden mejorar el tema y alternativas existentes y posibles para las mujeres que tienen sexo con mujeres. Finalmente, realicé un taller para mujeres lesbianas considerando prácticas e información necesaria para una mejor salud sexual y para atenciones ginecológicas que respondan a sus necesidades con un sentido político.

Tabla de contenidos

	<i>Pág.</i>
¿Por Qué Hablar de Atención Ginecológica en el Caso de Mujeres Lesbianas?	7
Antecedentes	15
Mi postura y Metodología	24
Capítulo 1. Lesbianismo y Medicina	33
Género, mujeres y mujeres lesbianas	33
Atención ginecológica	42
Modelos de atención en salud	48
Capítulo 2. Mirada de las Mujeres Lesbianas sobre la Atención que Reciben	55
Percepciones sobre la atención	55
Posturas que solemos adoptar frente a las médicas y los médicos y su atención	61
El trato del personal médico	63
¿Por qué recurrir a la atención?	68
Capítulo 3. ¿Qué se Sabe Realmente sobre la Salud Sexual entre Mujeres?	74
¿Cómo aprendimos sobre la sexualidad que se da entre mujeres?	74
Información sobre salud sexual a la que podemos acceder	76
¿Qué conocen los profesionales de la salud sobre ITS y protección entre mujeres?	84
Métodos preventivos y de protección frente al contagio de ITS	88
Reproducción: sí quiero quedar embarazada	93
Crear la demanda	96
Capítulo 4. Posibilidades para Abordar el Tema de la Sexualidad Lésbica en la Consulta Ginecológica	99
Capacitación, estudio y actualización	99
Pautas en el trato	102
¿Cómo indagar sobre las prácticas u orientación sexual?	104
Investigación	106
Participación del Estado en la difusión	109
Riesgos	111

Capítulo 5. Una Salida-Apuesta: Re-Tomando el Poder-Conocer-Actuar sobre	114
Nosotras	
Ginecología natural	115
Autoconocimiento y responsabilidad consigo misma	118
Autocuidado	121
Estrategias de protección y cuidado aplicables y aplicadas en la vida cotidiana	122
Recomendaciones médicas	123
Prácticas desarrolladas autónomamente que disminuyen el riesgo	124
Más allá de la salud sexual y la enfermedad	126
Posibilidad de auto-examinarse	130
Pasando a la articulación	133
El Cierre	136
Referencias	140

Lista de Ilustraciones

	<i>Pág.</i>
Ilustración 1. Col-lectiu Lambda (s.f.). Guía lésbica/Sexo+seguro para mujeres que tienen sexo con mujeres.	14
Ilustración 2. Taller Salud Sexual de Mujeres que tienen Sexo con Mujeres, Bogotá abril 17 de 2018.	23
Ilustración 3. Mujeres al Borde (2010). Guía de Sexo Oral.	32
Ilustración 4. Construcciones sexualmente políticas ¿qué es ser lesbiana? (2017).	54
Ilustración 5. Taller Salud Sexual de Mujeres que tienen Sexo con Mujeres, Bogotá abril 17 de 2018.	73
Ilustración 6. Fundación Triángulo (2017). Guía de salud sexual para mujeres que tienen sexo con mujeres.	83
Ilustración 7. Construcciones sexualmente políticas ¿qué es ser lesbiana? (2017).	98
Ilustración 8. FELGBT (s.f. b). Ginecólogo conócenos inclúyenos. Federación Estatal de Lesbianas, Gais, Transexuales y Bisexuales.	111
Ilustración 9. Taller Salud Sexual de Mujeres que tienen Sexo con Mujeres, Bogotá abril 17 de 2018.	113
Ilustración 10. Taller Salud Sexual de Mujeres que tienen Sexo con Mujeres, Bogotá abril 17 de 2018.	135

¿Por Qué Hablar de Atención Ginecológica en el Caso de Mujeres Lesbianas?

S. H. G. - 22 de abril de 2016 – Facebook Status

“Gajes de tener que volver a hacerse un examen: [...]

- Embarazos?

- No

- Con qué método planifica?

- No planifico

- Usa condón?

- No uso

- Tiene vida sexual activa?

- Sí

- Está buscando tener un bebé

- No

- Ehhhh... (frunce el ceño) Espero que a su edad sepa los riesgos que está corriendo, señorita...

- (Sonrisa) Y yo espero que a su edad y por su profesión ya se haya dado cuenta que la heterosexualidad no es la única orientación sexual en este planeta.”

Leí por casualidad este *status* de una amiga y vinieron a mi mente esas experiencias relacionadas con médicas y médicos que no concebían que alguien podría ser lesbiana. Es decir, cuando le he expresado a quien me atiende durante una cita médica que lo soy, porque considero que es relevante para su atención, estas personas mostraban un leve impacto, como un cierto estado de shock momentáneo mientras se ubicaban en la información que les había dado, una mirada de “¿cómo es eso de ser lesbiana?”. Y cuando en un principio no había una reacción notable, cuando sus caras no se paralizaban por la impresión, aparecían preguntas con una intención -aparentemente- de comprender y entender lo que implica en la sexualidad/sexo esta palabra: “¿y cómo hacen ustedes?”.

Estas experiencias, algunas antiguas, otras más recientes, retumbaron en mi cabeza cuestionándome sobre qué había hecho que estas personas, llamados profesionales de la salud, hubiesen reaccionado de esa manera, no con un rechazo directo, una mala palabra ni mucho menos la negación del servicio, sino más bien una reacción plagada de incógnitas y

presupuestos que aparecieron en el momento que pronuncié la palabra “lesbiana” o les dije: “no tengo sexo con hombres, sólo con mujeres”.

De esta forma, terminé volcándome al espacio del consultorio, allí donde ocurre ese ejercicio de confesionario (Foucault, 1976) que fácilmente lleva a un *coming out* (salida del closet), es decir, a -verte obligada a- mencionar que eres lesbiana, especialmente en los espacios que se relacionan de forma directa con nuestra sexualidad: el servicio médico ginecológico (Brown y cols. 2014).

Cuando escuché a mi amiga contar que, a sus 20 años, durante una cita médica una doctora le dijo “Creí que las lesbianas eran un mito”, intuí que el asunto iba más allá de un acto de discriminación-intolerancia y concluí que no bastaría con dirigir la mirada hacia lo que había allí en el consultorio o hacia lo que hace tan tensionante para las médicas y los médicos que muchas de nosotras, mujeres lesbianas, hablásemos de nuestra propia sexualidad. Entonces, mi doctora me dijo: “si tú jamás has tenido sexo con un hombre, no tienes la necesidad de hacerte la citología”, y entendí que lo que sucede en la interacción médico-paciente tiene una serie de consecuencias en nosotras y en nuestras vidas.

Así, en mi interés por profundizar y problematizar esas experiencias que como lesbianas vivimos al recurrir a la atención ginecológica, surgió la pregunta de investigación: ¿Cuáles son las formas en que el discurso (en tanto prácticas y textos) sobre la atención ginecológica impacta a mujeres lesbianas? Me interesan específicamente las mujeres entre 25 y 35 años y que recurren a las EPS para este servicio en la ciudad de Bogotá.

El rango de edad que manejo se debe a la particularidad de estas edades: no somos ni de allá ni de acá, somos la frontera entre una expresión y una no expresión. Es decir, somos un grupo que se encuentra entre unas mujeres mayores menos dispuestas a enunciar su orientación sexual en distintos contextos o no hablan abiertamente de su sexualidad (lo que incluye el consultorio médico) y unas mujeres menores *más abiertas*, más dispuestas a expresar con mayor facilidad su sexualidad a otras personas (debido posiblemente a que pasamos por una época más receptiva en términos de la sexualidad y sus distintas formas de expresión o de

vivirla, a diferencia de los contextos y luchas políticas que tuvieron que vivir u observaron mujeres mayores durante su juventud) (Colombia Diversa, 2010; FELGTB, 2015)¹.

Adicionalmente, mi interés por las experiencias en el marco de la atención de las EPS se debe a que es a estas entidades a las que el Estado ha delegado la función de prestar servicios de salud básicos. La adherencia a una de estas empresas, que en nuestro país es obligatorio, nos permite acceder a las atenciones médicas a la mayor parte de la población que recibe atención en salud, además que una EPS es la mejor opción para quienes no poseen los recursos económicos para acceder a servicios privados y particulares.

Para abordar el tema de la atención ginecológica en el caso de mujeres lesbianas, en primer lugar, hice una revisión del material del área de ginecología sobre cuidados de la salud sexual y sobre enfermedades de transmisión sexual (ETS) relacionados con prácticas sexuales entre mujeres. Adicionalmente, examiné la concepción y categoría ‘lesbiana’ que emerge en el contexto de la atención ginecológica, así como de las experiencias de estas mujeres con este servicio, para lo cual también incluí un ejercicio audiovisual intentando responder la pregunta ‘qué es ser lesbiana’. Posteriormente, analicé las implicaciones y consecuencias a nivel personal, afectivo y sociopolítico para nosotras como mujeres lesbianas de la atención en salud sexual que recibimos. Finalmente, en un ejercicio entre mujeres lesbianas, una profesional de ginecología y una ginecóloga natural, desarrollé un taller para fomentar un compartir de conocimientos y aprendizajes sobre sexualidad y ginecología para mujeres que tienen sexo con mujeres.

Esa necesidad que sentí de trabajar mi disgusto e inquietudes frente a la atención ginecológica a mujeres lesbianas, especialmente porque somos vistas en muchas ocasiones como *no relevantes*, me aproximó a los Estudios Culturales (EECC) por ser un campo que aborda esos temas que pasan desapercibidos para muchas áreas de estudio pero que hacen parte de esa cultura ordinaria, de la cotidianidad (Harding, 1987; Miller, 2006; Williams, 1958). Hallé que desde los mismos EECC podía hacer una aproximación a la temática de la existencia lesbiana al interior de un sistema médico como el de Bogotá, dándome la oportunidad de

¹ Catalina Beleño, diario de campo, Bogotá diciembre 16 de 2016; febrero 11 de 2017; abril 16 de 2018.

ampliar el panorama de conocimientos respecto a este asunto (Grossberg, Nelson y Treichler, 1992; Harding, 1987; Jaramillo, 2005; Restrepo, 2012).

Pero este ejercicio no se limitó a *los estudios*, pues asumí mi investigación como un asunto político (muy al estilo de los EECC), es decir, identifiqué que no se ha indagado en el contexto de Bogotá sobre la incidencia sobre los cuerpos de las lesbianas de las técnicas que modelizan y se especializan en la gestión de la salud, en la producción de lo que constituye un cuerpo sano y uno enfermo (una gestión biopolítica). Esto me llevó a considerar la compleja discriminación e invisibilización a la que estamos expuestas las lesbianas desde una triple articulación entre el género y la orientación sexo-afectiva, esta última en dos sentidos.

Lo anterior quiere decir que, en un principio, cuando pensamos sobre la categoría “Mujer”, podemos reconocer que es difícil definir su contenido o determinar con seguridad qué es Una Mujer. Esto se debe a que pareciera existir una idea general sobre lo que es *ser mujer*, de manera única y autocontenida, en la cual todas somos iguales y que, además, está propiamente vinculada a un imaginario de inferioridad y heterosexualidad (Giraldo, 2001; Rivera, 1994). Aunque la gestión de la salud y la biopolítica han permitido recopilar información sobre los cuerpos y sexualidad de las mujeres, esta categoría Mujer ha facilitado la desatención de la existencia lesbiana en este espacio particular de la atención médica.

Entonces, de igual manera que los estudios se desarrollan desde el hombre blanco heterosexual cabeza de familia, lo que muchos llaman *la historia de los vencedores*, los estudios sobre la Mujer se han enfocado en mujeres heterosexuales y la construcción de familia tradicional, por lo cual las mujeres lesbianas han tenido un papel secundario. Como si fuera poco, la historización de la homosexualidad les ha dado prioridad a los hombres blancos, creando una marginalidad lesbiana, de manera que nuevamente son invisibilizadas y que la existencia de la sexualidad no heterosexual de las mujeres sigue siendo un tema difuso, a pesar de las contribuciones de las lesbianas a los estudios y movimientos feministas (Giraldo, 2001).

De acuerdo con lo anterior, la historiografía lésbica se mueve en el límite entre las investigaciones sobre mujeres y el enfoque LGBT² (Lesbianas, Gays, Bisexuales y Trans), en un intento por configurar un territorio de estudio particular (Giraldo, 2001). Así, tanto en América Latina como en Colombia se han desarrollado aproximaciones sobre los derechos sexuales y derechos reproductivos de las mujeres e incluso campañas de *sensibilización* frente a las violaciones de estos derechos, así como investigaciones académicas y más bien positivistas focalizadas en personas LGBT en el marco de un diagnóstico sobre la atención médica que reciben o barreras de acceso, dirigidas principalmente a la construcción de políticas públicas en salud y/o a la garantía plena de derechos. Sin embargo, se sigue observando vacíos en relación con las sexualidades lésbicas desde el abordaje médico.

Así, puede que ya no vivamos el mismo tipo de desatención médica que se veía en décadas pasadas y que incluso haya algunas(os) profesionales que han profundizado realmente en el tema de la sexualidad lésbica, pero parece que persiste la idea de que el sexo es coito-vaginal-*penetrativo*, lo cual implica que hay poco conocimiento y estudios -incluso un misterio- sobre la sexualidad de las mujeres lesbianas; además, pueden existir ejercicios *más sutiles* y tal vez más silenciados de control (Clarke, 1988) que no permiten que esta orientación sexual³ sea una realidad y posibilidad en la mente de médicas y médicos. Esto desemboca en aspectos tales como la inexistencia de un protocolo de atención ginecológica que las considere, una falta de capacitación y de formación específica sobre sus necesidades, la idea de la heterosexualidad y la reproducción como *El* modelo de sexualidad (especialmente para las

² LGBTI (Lesbianas, Gays, Bisexuales, Trans, Intersexuales) es un conjunto de siglas que se acogió para reunir unas necesidades de reconocimiento y luchar en lo político por los derechos de grupos sexuales que se consideran minoritarios. Uso estas siglas exclusivamente cuando es nombrado de esta manera, porque considero puede caer en esencialismos identitarios y en desconocer las necesidades de distintos grupos, invisibilizando sus requerimientos específicos inter e intra grupal. Esto quiere decir que, para este trabajo, LGBT hace referencia a un movimiento político y no es equivalente a hablar de “personas no heterosexuales” o mujeres lesbianas, entre otros términos.

³ La “orientación sexual” es una categoría que se ha usado para individualizar el tema de la homosexualidad al presentarla como un accidente individual o como un aspecto de identidad, que lleva consigo un carácter biologicista y psicologicista que le restado su potencial político al mantener la bicategorización de género y de sexo (Mathieu, 1989). En esta medida, las lesbianas sólo seríamos mujeres sexualmente diferentes pero que debemos ocupar el lugar que se nos ha asignado socialmente. Considero además muy problemática esta categoría en tanto produce la idea de una sexualidad fija e inmutable (Gimeno, 2003). Por estas razones uso el término *orientación sexual* de manera estratégica, es decir, aludiendo a la atracción sexo-afectiva, pero distanciándome del borramiento que hace del lesbianismo como forma de renuncia al régimen heterosexual.

mujeres) y un desconocimiento por parte de nosotras -como lesbianas- de aspectos y alternativas en relación con nuestra salud sexual.

Este conjunto me llevó a construir un conocimiento situado -sin un afán de generalización-, a desarrollar una investigación concreta en su especificidad y densidad (Restrepo, 2012) para ir más allá del nombramiento de barreras de acceso y de ejercicios de discriminación. Abordé un tema poco tratado desde la investigación académica, en donde apenas se está comenzando a reconocer a las lesbianas como una derivación de las problemáticas ginecobstétricas de mujeres en general, además de abordarlo desde la postura de quienes lo viven.

Por esta razón, este tema requirió de un trabajo híbrido, de un ejercicio transdisciplinar característico de los EECC, puesto que usé una mirada crítica que no separa la atención médica y el lesbianismo⁴ como variables independientes de su contexto, sino que intenté tener en cuenta las relaciones sociales, de poder, de género y económicas que los enlazan y se enlazan a su alrededor (Anzaldúa, 1987; Restrepo, 2012).

Por ende, me fue inevitable *agarrarme* de Gloria Anzaldúa (1987), con intención y desespero. Ella me permitió pensar cómo abordar la cuestión de la atención ginecológica a mujeres lesbianas desde un lugar que supone vivir experiencias como lesbiana, y tener simultáneamente perspectiva académica. Lo anterior se conecta tanto con mi postura como con mi perspectiva metodológica, ya que considero esa consciencia que me proporciona este lugar de frontera un aporte investigativo novedoso, a partir del cual puedo presentar y abordar esta temática desde la opresión, desde el subalterno, como una mirada privilegiada (Anzaldúa, 1987; 2001; Haraway, 1995).

Vale la pena decir que adopté una metodología que me permitió usar diferentes métodos para recolectar y producir información resultante de las experiencias no sólo de otros y otras, sino

⁴ Empleo el término “lesbianismo” porque, más allá de su concepción patologizante, considero que es una opción de vida liberadora de la heterosexualidad obligatoria. No puedo desconocer la utilidad de esta categoría porque creo que es un ejercicio estratégico de apropiación y reapropiación del término para visibilizar una serie de dinámicas y discursos que giran a nuestro alrededor con efectos materiales (Clarke, 1988; Gimeno, 2003; Vargas, 2002; Wittig, 1992).

también de las más en concreto. Se trató de una apuesta por la producción de conocimiento desde el lugar de las mujeres, pero también de dar peso a la propia experiencia en términos de *sabiduría*. Así, la metodología *queer* de trabajo interdisciplinario, la metodología etnográfica y una postura feminista me permitieron hablar sobre las vivencias y subjetividades de mujeres lesbianas, de profesionales de la salud y de ginecólogas naturales, por medio de distintos métodos que aparentemente no tienen coherencia (Dahl, 2010). De esta manera, pude romper con una mirada exclusivamente médica y abrir el camino para encontrar alternativas transformadoras y respuestas políticas más allá de un conocimiento fijo y cerrado en un tema poco tratado.

Gracias a esto, además de una revisión de material informativo digital sobre sexualidad lésbica en el periodo de tiempo de febrero a mayo de 2017, logré hablar con 18 personas sobre los aspectos relacionados con la atención ginecológica y la salud sexual de mujeres que tienen sexo con mujeres. Asimismo, desarrollé un taller sobre estos temas en el cual participó un grupo de mujeres lesbianas, una profesional en ginecología y una en ginecología natural.

Finalmente, mi trabajo presenta, en el primer capítulo, las construcciones de las categorías mujer, mujeres lesbianas, medicina y atención ginecológica en una apuesta por categorías no cerradas ni fijas, relacionándolas con los aspectos problemáticos de la atención en salud sexual y las maneras en que son percibidas las mujeres lesbianas en ese contexto. El segundo capítulo presenta diferentes matices de la atención que recibimos como mujeres lesbianas. El siguiente capítulo enfatiza en los conocimientos e información relacionada sobre la salud sexual entre mujeres tanto por profesionales de la salud como por las mujeres lesbianas. El cuarto capítulo plantea posibilidades para un mejor abordaje del tema de la sexualidad lésbica en la consulta ginecológica. El último capítulo trabaja salidas a las dificultades que rodean la salud sexual de las mujeres lesbianas desde un ejercicio de re-tomar el poder-conocer-actuar sobre el propio ser. Para finalizar, presento unas conclusiones generales.

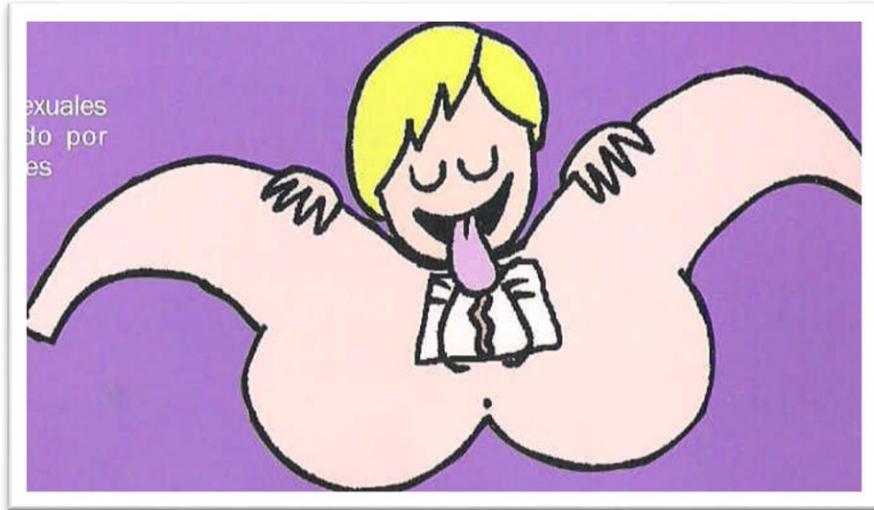


Ilustración 1. Col·lectiu Lambda (s.f.). Guía lésbica/Sexo+seguro para mujeres que tienen sexo con mujeres.

Obtenido de <http://www.sidastudi.org/es/registro/2c9391e41fb402cc011fb44b745052bb> (10/10/2017).

Antecedentes

En un principio busqué artículos sobre sexualidad de las mujeres y lo que encontré fue información sobre la atención ginecobstetricia (cuidado de la salud de los órganos reproductores femeninos y en el manejo de complicaciones obstétricas, incluso a través de intervenciones quirúrgicas) y documentos que hablan sobre derechos sexuales y reproductivos. Lo que pude observar a partir de esos documentos es que hay un interés en materia de derechos por plantear y desarrollar políticas adecuadas a las necesidades tanto de mujeres heterosexuales como de lo que conjugan como personas LGBT (Lesbianas, Gays, Bisexuales y Trans), pues se ha reconocido que el género y la orientación sexual son variables que influyen en una más alta tasa de discriminación y barreras de acceso a las diferentes ofertas y obligaciones estatales y civiles, especialmente en el área de la salud.

A nivel internacional, por ejemplo, la Organización de Naciones Unidas ha trabajado sobre las obligaciones legales de los Estados de salvaguardar los derechos humanos de las personas LGBT. Para esto, ha establecido que los estándares internacionales prohíben la discriminación -ya sea por motivos de orientación sexual, identidad de género y otras condiciones- en el disfrute de los derechos relacionados con la salud física y mental, por lo cual todas las personas tienen derecho a gozar de la protección de las normas internacionales de derechos humanos (Naciones Unidas, s.f.).

Asimismo, en otros países se hallan trabajos sobre mujeres que tienen sexo con mujeres y el trauma relacionado con la homofobia, el deseo de tener hijas e hijos, la violencia tanto desde fuera de la relación como dentro y las necesidades de salud de estas personas quienes, en particular, son parcialmente satisfechas debido a que los proveedores de salud las confunden con la información sobre sexualidad o dan una que es engañosa, si es que les es posible a estas mujeres acceder a ésta (Cáceres, Careaga, Frasca y Pecheny, 2006).

En Estados Unidos, la organización Lambda Legal (2010) realizó una encuesta nacional para analizar los tipos de discriminación relacionada con la atención a la salud que enfrentan las personas LGBT y las personas con el VIH abordando en particular la denegación de servicios

de salud por parte de proveedores y las barreras para la atención en salud, así como qué tan comunes son tales experiencias y el impacto que dicha discriminación tiene en la atención de su salud buscando influenciar las decisiones en la manera en la que se administra la atención médica en el país. Adicionalmente, a partir de esta encuesta, la entidad plantea una serie de recomendaciones para proveedores de atención en salud, líderes encargados sobre la política pública y miembros de la comunidad.

Para el caso de América Latina hay materiales sobre la situación de los derechos sexuales y derechos reproductivos de las mujeres, especialmente sobre aborto (Cáceres, Careaga, Frasca y Pecheny, 2006) y violencia obstétrica (Almonte, 2016; Terán, Castellanos, González y Ramos, 2013; Arguedas, 2014; Bellón, 2015; Castro y Erviti, 2014; Faneite, Feo y Toro, 2012; Monroy, 2012; Valdez, 2013; Vallana, 2016). En general, estos últimos emplean testimonios de quienes han sufrido este tipo de violencia para mostrar sus diferentes facetas, acuñando el término *medicalización* para mostrar cómo el cuerpo femenino parece pertenecerle cada vez más al ámbito médico. Finalmente, dan a conocer algunas alternativas para prevenir y erradicar la violencia ginecológica y obstétrica (Almonte, 2016).

Adicionalmente, se encuentran investigaciones de corte estadístico focalizadas en el lesbianismo y en la elaboración de un diagnóstico sobre la atención médica a personas LGBT, buscando brindar una base para la formulación e implementación de acciones y políticas en salud centradas en esta población. Esto ha dado como resultado, por ejemplo, que el modelo actual de atención ginecológica no es siempre acorde a sus necesidades específicas (principalmente por cuanto no existen protocolos de atención que consideren prácticas sexuales distintas de la heterosexualidad) en países como México, Argentina, Chile y Brasil (Vergara, 2011; Clam, 2011; Comisión ejecutiva de atención a víctimas y Fundación Arcoíris por el Respeto a la Diversidad Sexual, s.f.; Souza y Philippi, 2013).

Específicamente sobre lesbianismo, aparece en Argentina la investigación “Salud sexual y reproductiva: problemas emergentes” (Brown y cols. 2014) (con una estrategia cualitativa de 18 entrevistas semiestructuradas), que considera que en la reproducción hay una presunción de heterosexualidad que marginaliza en las políticas a personas no heterosexuales (mujeres

y trans) y por ello hay escaso conocimiento sobre el grado de atención o no de lesbianas y bisexuales en el sistema de salud, especialmente en lo referido a los servicios de ginecología y obstetricia. Esta misma investigación parte de las experiencias de mujeres no heterosexuales -lesbianas y bisexuales- y sus vínculos con los servicios de salud sexual y (no)reproductiva para trabajar sobre los factores obstaculizadores o facilitadores para el acceso a servicios de salud sexual y reproductiva de estas mujeres. Los investigadores encuentran que el factor más influyente son las “lógicas de invisibilización” que se traducen en la discriminación, la falta de producción teórica y la ausencia de preocupación práctica sobre relaciones sexuales entre mujeres y la invisibilidad de las lesbianas y bisexuales como colectivo (Brown y cols. 2014).

Por su parte, la investigación “La salud sexual en mujeres lesbianas y bisexuales en Chile: desafíos y contribuciones desde la antropología feminista” (2010), usando un diseño cuali-cuantitativo válido para el área de salud pública, abordó como problema de investigación la ausencia de datos sobre la salud sexual de las mujeres lesbianas y bisexuales de Chile, que a la vez deriva en la invisibilización de sus necesidades en el diseño de políticas, programas y otras intervenciones relacionadas (Donoso y Muñoz, 2010). Aquí se identifican (además de obstáculos para abordar el tema de investigación, factores que inciden en el cuidado de la salud sexual por parte de las mujeres y elementos que afectan el nivel de consulta ginecológica) dos ejes que se articulan en la discriminación de las mujeres que tienen prácticas sexuales con otras mujeres durante la atención médica: la heteronormatividad y el ordenamiento de género tradicional con sus expectativas tradicionales de género; así como observando que a pesar de la apertura a la homosexualidad que se ha dado en los últimos años en el país, ésta se ha enfocado más en los hombres y la sexualidad lésbica sigue invisibilizada (Donoso y Muñoz, 2010).

Por otra parte, en Uruguay se desarrolló una investigación relacionada con la experiencia de los Centros de Salud libre de homofobia, instituciones de salud piloto “cuyo equipo considera las diferentes orientaciones sexuales e identidades de género sin preconceptos y sin discriminación, buscando romper las barreras de acceso al sistema sanitario y entendiendo que las orientaciones e identidades sexuales afectan a la salud en su conjunto” (Scaniello,

2016, p.31). En este proceso se logró un espacio y profesionales sensibles a la población LGBT y que estuviesen preparados ante las dudas y consultas de esta población. La investigación buscó aportar a las políticas de Salud Sexual y Reproductiva del país, así como a la visibilidad de las lesbianas en el sistema sanitario. Implementó entrevistas en profundidad con informantes calificados del área de la salud, actores de organizaciones de diversidad sexual, usuarias lesbianas y profesionales de la salud sexual y reproductiva que trabajaban en entidades prestadoras de salud y en el Centro de Salud Libre de Homofobia; con el fin de conocer las creencias y percepciones de diferentes personas que intervienen en el proceso de atención de la salud sexual y reproductiva (Scaniello, 2016).

De igual manera, en Brasil hay un trabajo que articula conceptos como género, cuerpo y sexualidad, la medicina ginecológica y la sexualidad obligatoria en un recorrido histórico sobre la existencia lesbiana y el surgimiento de la medicina ginecológica que explica por qué hay tan pocas mujeres con prácticas homoeróticas que recurren a la atención ginecológica. Asimismo, analiza las violaciones de derechos humanos a raíz de la falta de promoción, acceso, protección y cuidado en salud dirigido a estas mujeres (lo cual realiza por medio de cinco entrevistas semiestructuradas) (Da Silva, 2013). Por su parte, los trabajos de Regina Facchini en colaboración con Regina Maria Barbosa han utilizado estrategias cualitativas como observación etnográfica y la entrevista en profundidad para explorar la relación entre representaciones y prácticas relativas a los cuidados en salud incluyendo a profesionales y servicios, con las diferentes construcciones de género, identidades y estilos de vida encontradas en mujeres que tienen sexo con mujeres (Facchini y Barbosa, 2006). Además, han profundizado en el perfil de las necesidades y de las dificultades que las mujeres lesbianas enfrentan en los servicios de salud tanto en la atención básica como en la especializada. Ellas comprendieron que el derecho de la mujer lesbiana a la salud parte de las singularidades de sus demandas, de esta manera, en sus trabajos se cuestionan cómo la invisibilidad de la sexualidad femenina, particularmente la de mujeres no heterosexuales, y los prejuicios asociados a la homosexualidad tienen implicaciones en la salud pública, la producción de conocimiento y las políticas, las cuales a su vez deben siempre tener en cuenta toda la diversidad de estilos de vida, generación, pertenencias raciales/étnicas, de clase, entre otros, presentes en las mujeres de Brasil (Barbosa y Facchini, 2009).

En México, la tesis de Karina Vergara (2013) acuña el concepto de *lesbopia*, *ceguera de la medicina hacia las mujeres lesbianas* para indagar sobre su atención ginecológica en tanto ciencia que se ocupa del cuidado y control de los cuerpos. El objetivo general era identificar las formas en que el “régimen Heterosexual”⁵ se manifiesta en las narraciones de seis mujeres del Estado de México que se nombraron lesbianas o hicieron explícita su práctica sexual lésbica y acudieron a consultas ginecológicas. Vergara reconoce que la existencia lesbiana cuestiona lo que deben ser y para qué sirven los cuerpos de las mujeres, desestabilizando la construcción social de mujer que se da desde el orden patriarcal, el régimen heterosexual y la biomedicina.

Otro factor por considerar son las políticas públicas. En Colombia, el Estado se ha enfocado en la construcción e implementación de una Política Pública Nacional de Equidad de Género (Alta consejería presidencial para la equidad de la mujer, 2012; Concejo de Bogotá, 2015), donde hay un reclamo por el reconocimiento de derechos, identidades y demandas de manera diferencial. En ésta, las mujeres son consideradas sujetos sociales para los cuales siguen existiendo diversas formas de discriminación que impiden el ejercicio de sus derechos y la ampliación de sus capacidades. Por ello se plantea y se busca implementar un conjunto de acciones estratégicas de intervención sectorial y multisectorial, de fortalecimiento institucional y de transformación cultural que permitan la superación de las inequidades de género que afectan a las mujeres y les garanticen igualdad de oportunidades.

Desde lo científico y académico se ha trabajado sobre los efectos de las políticas en investigaciones de tesis enfocadas en temas como aspectos legales y sociales del aborto a partir de la sentencia C-355/06 de la Corte Constitucional que despenalizó la interrupción voluntaria del embarazo dentro de tres causales (Dalén, 2011; Urrego, 2013), la mortalidad materna (Alzate, Bracho, Fajardo, 2010; Gil, Correa y Palacios, 2008), la violencia ginecobstétrica que afecta el ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres y tiene efectos sobre su salud (Monroy, 2012; Rodrigáñez, 2007), cuestionamientos sobre

⁵ Régimen heterosexual es un concepto elaborado por Monique Wittig (1992) para analizar la heterosexualidad como régimen político basado en la existencia de una diferencia sexual (define los sexos Hombre-Mujer) que se justifica en la naturaleza. Wittig plantea que las oposiciones no son naturales, sino que el sexo es una categoría que existe porque la sociedad es heterosexual y se requiere de estas para la opresión de las mujeres.

sobre la sexualidad de la mujer en el marco del discurso médico (Giberti, 1996)⁶ y responsabilidades del estado y del servicio médico en la atención gineco-obstétrica (Jiménez, 2012; Quintero, 2012).

De igual manera, el Decreto 062 de 2014 “Por el cual se adopta la Política Pública para la garantía plena de los derechos de las personas lesbianas, gay, bisexuales, transgeneristas e intersexuales- LGBTI – y sobre identidades de género y orientaciones sexuales en el Distrito Capital, y se dictan otras disposiciones” (que trae a colación sentencias de la Corte Constitucional como la C-098 de 1996, la SU-337 de 1999, T-551 de 1999, la C-507 de 1999, la T-1096 de 2004, C-577/11, C-371 de 2000, T-772 de 2003, C-044 de 2004) establece que las personas con identidad de género y orientación sexual como lesbianas, gay, bisexuales y transgeneristas conforman sectores sociales de gran valor para la sociedad sobre los cuales se han concentrado diferentes formas de discriminación y tratos inequitativos y desiguales (dichas formas de discriminación se dan tanto en los ámbitos cotidianos y familiares como en los públicos e institucionales y se expresan desde actos sutiles de segregación hasta crímenes y actos de violencia física causados por el odio y la intolerancia). De manera que la orientación sexual, la identidad de género y la diversidad sexual son consideradas *condiciones de la autonomía personal* protegidas por la Constitución y se plantea la necesidad de desarrollos normativos que eviten esas formas de discriminación y protejan a las personas homosexuales y transgeneristas de la vulneración de sus derechos (Alcaldía Mayor de Bogotá, 2014).

Sobre estos desarrollos normativos, la investigación “Barreras de acceso a servicios de salud de las personas LGBT” (Mejía y Benavides, 2008) abordó los sustentos culturales, económicos, sociales, políticos y personales que afectan el acceso a los servicios de salud por parte de las personas lesbianas, gays, bisexuales y transgeneristas en Bogotá D.C. desde una perspectiva de Derechos. Esta investigación encontró un sistema de salud excluyente y poco

⁶ Para un panorama sobre las investigaciones sobre sexualidad del campo de las ciencias sociales y humanas realizadas en Colombia entre los años de 1990 y 2004 revisar el libro “La investigación sobre sexualidad en Colombia (1990-2004): balance bibliográfico” del Centro Latinoamericano en Sexualidad y Derechos Humanos (CLAM) y el Grupo de Estudios en Género, Sexualidad y Salud en América Latina (GESSAM), escrito por Mauro Brigeiro, Marco Melo Moreno, Claudia Rivera Amarillo y Manuel Rodríguez Rondón.

sensible a las necesidades de estas personas, así como las políticas que lo sustentan, sumado a estigmas y discriminación asociados a la orientación sexual e identidad de género, problemas administrativos, dificultades para la afiliación, mala calidad de los servicios, falta de personal capacitado y sensibilizado, largos tiempos de espera y tiempos de atención cortos; así como que las personas LGBT que revelan su orientación sexual a los profesionales de salud tienen más probabilidad de ser discriminadas en los servicios (Mejía y Benavides, 2008).

La Dirección de Diversidad Sexual de la Subsecretaría de Mujer, Géneros y Diversidad Sexual (Secretaría Distrital de Planeación Econometría, 2010) construyó una línea de base de la política pública para la garantía plena de derechos de personas LGBT que se planteó como una identificación de la situación de derechos, las representaciones sociales y la capacidad de la administración distrital para garantizar el ejercicio de derechos de estas personas⁷. Además, el estudio construye indicadores en derechos humanos en un tema para el cual no se contaba con estos e investigó sobre las representaciones sociales de ciudadanos, de servidores(as) y de personas LGBT sobre esta población, permitiendo observar aspectos asociados con el acceso a la salud, el tema de salud general y salud mental, la discriminación que se percibe o puede presentarse desde los mismos profesionales o servicios y si se han tomado acciones para su restitución. Todo lo anterior se presentó como informe a la Mesa Intersectorial de Diversidad Sexual en el año 2011, y gracias a este ejercicio se establecieron los siguientes indicadores: el 98% las personas LGBT expresan que han sido discriminadas o sus derechos han sido vulnerados por cualquier razón y el 54.48% señala que la discriminación es debida a la orientación sexual o identidad de género. En el caso específico de las mujeres lesbianas, un 9,66% de ellas expresaron que no recibieron atención médica cuando lo necesitaban y un 7,27% no recibieron la atención requerida en salud mental; además, un 16,65% de ellas expresaron que han vivido discriminación, maltrato o rechazo en los servicios de salud (Secretaría Distrital de Planeación Econometría, 2010).

⁷ 1.213 personas de los sectores LGBT, mayores de 18 años, seleccionadas por el método RDS, respondieron una encuesta estructurada que buscaba construir un panorama completo de sus vidas, para poder establecer una línea de base completa.

Este estudio del 2010 plantea un modelo explicativo de la discriminación a partir de tres ejes: el encasillamiento de las personas de los sectores LGBT como riesgosas, el decidir que ellas y ellos deben hacer un esfuerzo por ser como las personas heterosexuales y ocultar quiénes son, y establecer que hay ciertos espacios a los que no pueden acceder y ciertas acciones que no pueden realizar por el hecho de ser lesbianas, gays, bisexuales o transgeneristas. Asimismo, presenta como principales dificultades en la atención a las lesbianas: que son consideradas diferentes y los y las funcionarias desconocen cómo tratarlas, no identifican su orientación y/o preferencia sexual, su exagerado comportamiento y autocompasión, su apariencia, su falta de respeto hacia los y las funcionarias, y el desconocimiento, pues no existen acciones diferenciales (Secretaría Distrital de Planeación Econometría, 2010).

Sin embargo, el estudio del 2008 es más específico, ya que menciona que las barreras en salud para las lesbianas se relacionan con el hecho de ser asumidas como heterosexuales bajo modelos de salud sexual y reproductiva heterosexistas, además de la existencia de discriminaciones y exclusiones dobles por el hecho de ser mujeres y ser lesbianas. Asimismo, se encontró la edad como barrera personal (las más jóvenes consideran que no es necesario asistir al servicio prevenir una enfermedad), el tipo de afiliación al sistema de salud (al ser beneficiarias hay menos confianza en el servicio, principalmente cuando no se ha revelado la orientación sexual o la identidad de género a los miembros de la familia por miedo a que se enteren), el distanciamiento del servicio por sentir que recibían señalamientos y la persistencia de un sentimiento de inadecuación que el servicio médico reforzaba (Mejía y Benavides, 2008).

Todo lo anterior me lleva a concluir que, aunque hay cierto desarrollo en términos de normatividad y política a nivel nacional y distrital que considera las particularidades de mujeres y distintas orientaciones sexuales, cuando las consultantes son mujeres lesbianas, el modelo actual de atención ginecológica no siempre resulta adecuado para responder a sus necesidades específicas, es decir, no existe un protocolo de atención que considere prácticas sexuales distintas a la heterosexual, lo que da cuenta de la ausencia de una serie de especificidades o aspectos que aún no se abordan en el trato médico-paciente en la consulta ginecológica por parte de los profesionales de la salud. De igual forma, existen pocos estudios

en otros países que asuman una postura feminista y se enfoquen específicamente en la sexualidad lésbica y la atención ginecológica, pero en Colombia parece no haberse desarrollado ninguno hasta el momento.

Teniendo esto en cuenta, cobró sentido mi intención de construir un conocimiento situado que vaya más allá de nombrar barreras de acceso o ejercicios de discriminación, así como pensar la atención ginecológica a lesbianas desde lugares de frontera (Anzaldúa, 1987). Es decir, analizar la temática desde experiencias de vida lésbicas que también son de investigadora/académica, hacerlo desde una mirada del subalterno que aporta nuevos matices y donde la propia experiencia cobra sentido. Igualmente, las *conclusiones* tampoco se limitarían por variables científicas, médicas ni políticas (en su sentido tradicional), sino que serían complementadas con o abiertas a emocionalidades y representaciones que construyen *verdades*, apuntando siempre por una transformación de mentalidades, emocionalidades o cualquier otra forma política que surgió en el camino (Anzaldúa, 1987; 2001; Haraway, 1995).



Ilustración 2. Taller Salud Sexual de Mujeres que tienen Sexo con Mujeres, Bogotá abril 17 de 2018. Foto de la autora.

Mi Postura y la Metodología

Teniendo en cuenta que “el proceso de producción es tan importante como el producto” (Dahl, 2010, p. 156.), me vi en la necesidad de adoptar una metodología que me permitiese trabajar usando diferentes métodos para recolectar y producir información sobre sujetos y experiencias que han sido deliberadamente excluidos de otro tipo de estudios. Encontré en la metodología *queer* de trabajo interdisciplinario la posibilidad de ensamblar diferentes métodos y series de datos eclécticos, así como la oportunidad de abordar un tema *queer* tanto por ser comúnmente ignorado como tema de investigación (y por ello es *raro* querer aproximarse a este) como por los sujetos y las subjetividades *raras* que se dan en su interior (en tanto no apelan a la estabilidad, sino que son fluidos, contradictorios y desestabilizadores) (Dahl, 2010).

De otra parte, si bien existen abordajes que emplean múltiples métodos (entre ellos, la etnografía), y que parten de abordajes transdisciplinares, mi tesis es *queer* en tanto reconoce que no hay una obligada coherencia de métodos ni una necesidad de generalización, además de desdibujar los límites entre mi ámbito personal y mi ser investigadora (Dahl, 2010), así como los límites sujeto-objeto, evidenciando una postura fronteriza (Anzaldúa, 1987).

Con lo anterior me refiero a que, al abordar la atención ginecológica a lesbianas, me ubiqué en un lugar de frontera, como diría Gloria Anzaldúa (1987), que supone vivir experiencias como lesbiana, pero simultáneamente tener una perspectiva de académica. Busqué aportar a la investigación desde la nueva consciencia que me proporciona este lugar de frontera, como parte de mi perspectiva metodológica, de manera que pudiese presentar y abordar esta temática desde la opresión como una mirada privilegiada. Es decir, incorporé y partí de las *gafas* del subalterno para realizar una aproximación más completa de lo que sucede al interior y alrededor de este tema (Anzaldúa, 1987; 2001; Haraway, 1995). De igual forma, a partir de este nuevo lugar busqué romper con una mirada exclusivamente médica o de políticas públicas y abrir el camino para encontrar más de un resultado o *verdad*, así pude ir más allá de construir conocimiento y más bien transformar y construir una postura política en un tema poco tratado.

Asimismo, esa necesidad inicial y la consciencia de mi lugar fronterizo me acercó a la etnografía, con la cual pude describir las vivencias de otras mujeres lesbianas y tomar los significados que atribuyen a estas, pudiendo encontrar incluso regularidades así muchas veces hayan sido contradictorias (Blanco, 2010). Incluso, partiendo de una etnografía feminista, estas experiencias fueron los objetos y sujetos de estudio que permitieron transformaciones en las personas con las cuales trabajé más que sólo buscar mejorar las condiciones de las mujeres.

Si bien mi experiencia directa -por ser lesbiana- me permitió llegar a conocer los significados ligados a las experiencias de las mujeres entrevistadas o acercarme a las representaciones que han construido al respecto, también asegura la confiabilidad de los datos que logré recopilar (Guber, 2004); *pertenecer al grupo* no elimina el reto que implica en muchas ocasiones comprender experiencias, significaciones y lógicas debido -especialmente- a mis construcciones académicas y como investigadora (Guber, 2004). Estudiar *la propia comunidad* ayuda, pero también requiere de una serie de definiciones de tiempo, espacio y movimiento de esa comunidad y la relación de pertenencia a ésta (Dahl, 2010). Entonces, la ‘observación participante’ juega constantemente en mi trabajo con ese doble lugar: como observadora busco detallar y describir lo que sucede en la atención ginecológica a otras personas, y como alguien que pertenece al grupo que recibe esta atención, veo a través de sus experiencias lo que muchas veces vivo en mi propia carne (Blanco, 2010; Guber, 2004).

Este, sin embargo, es también un ejercicio con doctores, doctoras y personal médico involucrado en la atención ginecológica. Incluso, incorporo conocimientos de la ginecología natural, que aparece como una alternativa política y de salud sexual en esta investigación.

En consecuencia, partí de la realización de entrevistas semiestructuradas para acercarme aún más a la comprensión que tienen y significación que dan estas personas a lo que viven en el consultorio y sus interacciones (Ivey, Bradford y Simek-Downing, 1980; Tomm, 1987; Zalaquett, Ivey, Gluckstern-Packard y Bradford, 2007). Estas entrevistas fueron, en primer lugar, reflexivas; es decir, no implementé un listado de preguntas, sino que intenté tener una conversación por medio de la cual podía comprender lo que decía la persona entrevistada, y

en la cual las subjetividades y emocionalidades, tanto mías como de la otra persona, hacían parte del contexto (Ellis, 2004). En segundo lugar, mis entrevistas asumieron un estilo interactivo (útil en situaciones en las cuales ambas personas han tenido experiencias con el tema a abordar), en tanto fue necesario aportar reciprocidad y confianza al momento de trabajar este tema que involucra aspectos personales y/o emocionales, y además debí considerar los elementos emocionales de lo que se relataba (Ellis, 2004). Las entrevistas fueron abiertas al ritmo de la conversación, aunque busqué abordar temas de educación y aprendizaje sobre salud sexual y específicamente salud sexual entre mujeres, conocimientos sobre la salud sexual en general y entre mujeres, conocimiento sobre los procedimientos ginecológicos, ITS y formas de prevención de las ITS, experiencias positivas y negativas durante la atención ginecológica, así como cómo esperan que sea una atención ginecológica ideal, qué le recomendarían a los profesionales en ginecología, qué le recomendarían a otras mujeres lesbianas que recurren a esta atención y cómo se podría mejorar la atención en salud sexual para mujeres lesbianas.

Con las mujeres que se denominaban lesbianas o que tenían prácticas sexuales con otras mujeres, los temas guía fueron principalmente sus experiencias vividas (tanto positivas como negativas) en la atención ginecológica y la citología, sus respuestas y afectos relacionados con la atención y al consultorio y su instrumental, sus conocimientos sobre salud sexual y de dónde provenían, formas de cuidado y protección frente al contagio y transmisión de ETS e infecciones. En el caso de los profesionales de la salud, las entrevistas profundizaron sus experiencias con consultantes abiertamente lesbiana, cómo se imaginan la atención a estas mujeres, creencias y conocimientos sobre la sexualidad lésbica o entre dos mujeres, ETS, infecciones y protección entre mujeres, incidencia del sistema de salud y de la formación profesional en la atención a estas mujeres, entre otros. Finalmente, con las mujeres formadas en ginecología natural se exploraron los conceptos y bases de este campo, y cómo este ha trabajado o puede aportar a la salud sexual de las mujeres lesbianas.

Las personas entrevistadas no compartieron una localización común, sino que llegaron de distintos medios, gracias a la red de contactos y al interés de estas mismas personas (Dahl, 2010). En el caso de las chicas lesbianas, ellas fueron contactadas por medio de un grupo que

creé en Facebook, llamado “Salud Sexual desde y para Mujeres”, en el cual subía distintos tipos de material relacionados con la salud sexual de las mujeres lesbianas y con la atención ginecológica. Poco a poco me aproximé a cada una de las chicas que decidieron unirse al grupo (mis conocidas y amigas de las amigas de las amigas) explicándoles a grandes rasgos sobre la investigación y logrando agendar entrevistas con algunas de ellas. Los profesionales de la salud y las practicantes de ginecología natural entrevistadas fueron contactados por el método de bola de nieve, en el cual fueron mis conocidos, amigas y entrevistadas quienes los y las invitaron a participar de la investigación (Dahl, 2010).

Gracias a esto, en el periodo de tiempo de febrero a mayo de 2017, logré hablar con 18 personas de las cuales 14 fueron mujeres que tienen sexo con mujeres (se autodenominen lesbianas o no) y dos de ellas también participaron como profesionales de la salud, además de los otros 3 especialistas contactados, mientras que otra de ellas conversó sobre ginecología natural junto con otra mujer con quien hablamos específicamente del tema. Todos los profesionales de la salud son especialistas en ginecología, una de ellas es especialista en VIH y la otra es enfermera docente de pregrado de enfermería, y conocen la atención que se brinda en las EPS principalmente porque han laborado en una o lo hacen actualmente. Las dos mujeres con quienes trabajé sobre ginecología natural se han formado de manera autodidacta en este campo, así como en otras medicinas holísticas y asesoran específicamente a mujeres en este tema desde hace un par de años.

Como parte del trabajo de campo, también incorporé revisiones de publicaciones y contenido proveniente de las redes sociales Facebook y Twitter relacionado con la atención ginecológica que reciben mujeres lesbianas. Asimismo, indagué por materiales de acceso público en línea con contenido sobre salud en las prácticas sexuales y sexualidad de mujeres lesbianas, proveniente tanto de servicios de salud en Colombia como desarrollados por colectivos de distintos países.

De igual manera, participé como asistente en dos talleres de Sexualidad para mujeres del Grupo de Apoyo Red Enigma (realizados el 11 y 25 de mayo de 2018) y recopilé información

en un diario de campo de las distintas conversaciones informales que sostuve sobre el tema de salud sexual y atención ginecológica con conocidas y amigas.

Finalmente, desarrollé un taller sobre Salud sexual para mujeres que tienen sexo con mujeres el 17 de abril de 2018, en el cual participaron dieciséis mujeres lesbianas, una profesional en ginecología y una en ginecología natural. El objetivo del taller fue abordar los aspectos relacionados con la atención ginecológica a mujeres lesbianas y aportar al conocimiento y cuidado de la salud sexual de ellas, para lo cual se tuvo 5 momentos.

En primero lugar, se hizo la bienvenida y la presentación de las personas participantes. Luego se conformaron grupos para trabajar sobre aspectos positivos, ausencias, fallas y aspectos por mejorar en la atención en salud sexual, y se plantearon dudas persistentes sobre salud sexual. Esta información fue compartida con el grupo, e hizo parte de la introducción a la segunda parte, donde se presentó la Especialista en Obstetricia y Ginecología de la Universidad Nacional, Maria Paula Houghton, quien procedió a resolver varias de las dudas planteadas y abordar otros temas relevantes. María Paula no sólo apoyó esta parte del proceso, sino que fue entrevistada por su perspectiva particular como lesbiana y profesional de la salud.

Posteriormente, se abordó el tema de la ginecología natural a partir de la presentación de la practicante y tallerista de ginecología natural Susan Galvis, con quien se discutieron los aspectos políticos de prácticas cotidianas de auto-reconocimiento, exploración y cuidado (examen pélvico y de senos, menstruación consciente, conocimiento anatómico, ciclo menstrual, uso de plantas medicinales y alimentación).

Se cerró con una actividad grupal en la cual se plasmó en forma de cartilla cómo mejorar los aspectos que inicialmente se plantearon como problemáticos, las recomendaciones para los profesionales de la salud en la atención en salud sexual y recomendaciones para las mujeres con los profesionales y en su salud sexual.

Cabe mencionar que unas de las limitaciones del proceso fue el no haber podido realizar otros talleres, aunque contaba con una población interesada, así como no haber tenido una población más variada en términos de clase y raza.

Como se puede observar, mi trabajo se desarrolló con las experiencias de las mujeres lesbianas que han recurrido a los servicios de ginecología por medio de la EPS y de quienes las atienden, tomando este material como recursos empíricos y teóricos, pero además como una apuesta por romper con la idea de que sólo desde voces masculinas se pueden formular problemas y construir “ciencia” (Harding, 1987; Probyn, 1993).

Adicionalmente, el uso de la etnografía junto al taller de construcción de conocimientos hace parte de esa metodología *queer* que planteaba previamente, en tanto implica el abandono de una postura distante y no disruptiva de las dinámicas de los grupos observados, debido a que yo intervine en las vidas de mis colaboradoras, cuestioné sus experiencias y abrí a conciencia un espacio donde se pudiera generar conocimiento nuevo y transformador.

De igual forma y como parte de una metodología *queer*, propendí por otro abordaje de los temas de salud, los cuales son tratados convencionalmente de manera aséptica, “científica”, sin cuestionar la invisibilización de elementos y experiencias consideradas irrelevantes o poco representativas. Tal es el caso de investigaciones de corte estadístico centradas en elaborar un diagnóstico sobre la atención médica a personas LGBT en países como México, Argentina, Chile y Brasil (ver sección de Antecedentes). Esto se evidencia también en el comentario de la especialista en VIH que afirma: “yo creo que tendríamos que empezar por conocer cuáles son las prácticas más frecuentes y ahí de pronto dirigir el protocolo de atención. [...] conocer con estudios locales qué es lo que sucede en la mayoría de las relaciones y ahí apuntarle”⁸, dejando de lado que es fundamental tener en cuenta las demandas particulares y diferencias entre las mujeres lesbianas.

Por otro lado, ¿qué pasa con mis experiencias en concreto? ¿Qué pasa con lo que yo vivo como lesbiana y no como investigadora? Para los EECC, la etnografía y el feminismo es

⁸ Médica, 32 años, especialista en VIH, Bogotá abril 04 de 2017.

evidente que no puedo desconocer mi subjetividad en la construcción activa de conocimiento, por lo que mi propia experiencia fue evidencia empírica para así construir poco a poco y de manera reflexiva un conocimiento teórico-empírico (Guber, 2004; Harding, 1987; Probyn, 1993; Scott, 2001). En otras palabras, las historias personales y autobiográficas no carecen de la problematización de mi propia actualidad discursiva, pues este reconocimiento y autorreflexión son los que posibilitan que llegue a la construcción de teoría (Blanco, 2010; Foucault, 2001; Harding, 1987; Hoggart, 1957/1990; Jameson, 1998; Probyn, 1993; Wallerstein, 2005; Williams, 1958).

Cabe aclarar que, desde esa misma postura feminista, mi intención fue hacer un uso renovado de esos métodos de investigación, incorporando aspectos como: una escucha activa, posición crítica frente a concepciones científicas, observación de comportamientos no relevantes y, finalmente, búsqueda de patrones de organización de la historia antes no reconocidos (Harding, 1987). Asimismo, manejo –explícita e implícitamente- distintas categorías de manera provisional y no fija, “categorías relacionales, entremezcladas, proteicas y casi imposibles de separar analíticamente” (Haraway, 1997, p. 21), como son raza, género, orientación sexual y clase. Igualmente, quiero creer que tuve un especial cuidado al hablar o al adoptar una postura, pues no sólo puedo llegar a invisibilizar algo o a alguien (Probyn, 1993), sino que también podría “olvidar la propia complicidad en los aparatos de exclusión que constituyen lo que puede contar como conocimiento” (Haraway, 1997, p. 31).

Partiendo de lo anterior, en mi contexto soy leída como blanco-mestiza y vivo los privilegios de esta clasificación racial en Bogotá, al igual que las mujeres lesbianas que trabajaron conmigo en entrevistas y talleres. Pensando en ello mi preocupación se centró en no asumir que nuestras condiciones y experiencias en la atención en salud sexual son las mismas que para mujeres de otras razas. Se trata de una precaución, en tanto reconozco las complejidades y diferencias que puede tener este tema para las mujeres que están inscritas en otras categorías raciales.

Además, no todas las colaboradoras son de Bogotá, pero si han vivido la mayor parte de sus vidas en la ciudad y es aquí donde han transcurrido sus experiencias con la atención en salud

sexual, al igual que pertenecen a la clase media y de allí parte el hecho de que tienen acceso a una EPS en una modalidad contributiva, siendo esta la mejor opción por no tener recursos económicos para acceder a servicios privados y particulares. Dentro de este marco surgen los hallazgos sobre la atención en salud sexual teniendo en cuenta que en otras clases sociales se pueden encontrar situaciones adicionales.

Cabe aclarar que la convocatoria que realicé para la investigación fue abierta y trabajé con todas aquellas personas que decidieron vincularse al proceso, sin embargo, no se vincularon al mismo mujeres de otras razas y clases. Espero que a partir de mi ejercicio se abra el interés de abordar de manera específica la temática en lo que respecta a estas poblaciones.

Finalmente, planteo una mirada particular a lo largo del documento que denomino “no heterosexual” como una posibilidad metodológica *queer*, y la cual defino como un posicionamiento que cuestiona categorías obvias, dicotómicas y opuestas de hombre-mujer, femenino-masculino, heterosexual-homosexual para pensar las subjetividades y los cuerpos desde otros lugares (Walters, 1996). Esta mirada no heterosexual es una forma de cuestionar todo aquello que consideramos y esperamos que sea neutral u objetivo, incluso los mismos métodos de trabajo, reconociendo que la ciencia determina los discursos dentro de los cuales nos podemos pensar y cómo nos pueden ver desde la medicina, la que a la vez reproduce y es el resultado de la heterosexualidad (Menéndez, 2017).

Esta mirada propende pensar de manera política las acciones que ocurren al interior del consultorio médico rompiendo con la idea tradicional y heteronormativa de mujer, entendiendo que hay múltiples formas de serlo y que aunque las prácticas sexuales hacen parte de la construcción de subjetividades, no se pueden equiparar con el todo, al igual que busca una mayor conciencia de la multiplicidad de corporalidades y formas de habitar los límites del género y la sexualidad (Menéndez, 2017).

Propongo lo no heterosexual como una forma de ir más allá de la norma y reconocer que la apertura puede permitir la construcción de conocimientos y aprendizajes más acertados. Para ello es fundamental tener conciencia de los efectos materiales y concretos de los propios

actos y de ser quien se es, reconocer los privilegios que se tienen y darle la palabra a quienes no los poseen en tanto ejercicio político, saber que cada vez que presuponemos una identidad y fijamos categorías en otros somos partícipes de la opresión de la norma, y preocuparnos por encontrar en los lugares de heteronormatividad los espacios de ruptura y conexión posibles, que nos lleva a adoptar una posición política en un mundo que se construye y piensa de manera obligatoriamente heterosexual⁹.



Ilustración 3. Mujeres al Borde (2010). *Guía de Sexo Oral*. Obtenida de <https://mujeresalborde.org/creacion/guia-de-sexo-seguro-entre-mujeres/> (12/05/2017).

⁹ Linn da Quebrada, junio 30 de 2018, Evento “Feminismo sin fronteras” en el marco del Ciclo Rosa.

Capítulo 1. Lesbianismo y Medicina

Si los *problemas* se pueden abordar, como Haraway (1987) lo propone, imaginando que la situación es una bola de lana de la cual podemos tomar un hilo para comenzar a desenrollarla,¹⁰ quisiera iniciar halando el hilo de la concepción misma de “qué es una lesbiana/qué es ser lesbiana” como un principio que se conecta de manera directa con las situaciones y conlleva la atención ginecológica a estas mujeres.

Género, mujeres y mujeres lesbianas¹¹

El género es el campo primario dentro del cual o por medio del cual se articula el poder, un conjunto objetivo de referencias que estructuran lo concreto y simbólico de toda la vida social (Scott, 1986). Una categoría que funciona para mantener las ficciones y poderes de la masculinidad, al igual que sus *opuestos en las dicotomías* (Haraway, 1997), lo que a su vez nos lleva a pensar el poder que ejercen los discursos sobre las prácticas sociales, en tanto es a través del conocimiento –siempre discursivo– que se establecen las pautas de conducta válidas en momentos y contextos específicos (López y Pérez, 2009).

El interés en el género como categoría analítica surgió a finales del siglo xx y hace parte de una tentativa feminista para reivindicar un territorio específico, dada la insuficiencia de los cuerpos teóricos existentes para explicar la persistente desigualdad entre mujeres y hombres (Scott, 1986). Aunque el término suele referirse a *las construcciones sociales* sobre los roles apropiados para mujeres y hombres, es decir, una categoría social impuesta sobre un cuerpo sexuado, es más común el uso del término género como sinónimo de “mujeres” y se emplea para resaltar la seriedad académica de un trabajo porque suena más neutral y objetivo que “mujeres”, es decir, que se ajusta a la terminología científica y se desmarca del feminismo

¹⁰ “First I like to explain the principle that I use in the production of modern culture, seems to me the cultural critic is faced by a world that looks very much like tangle balls of yarn and that one way to approach the situation is to pull on a thread and begin to untangle the ball of meanings and begin to trace through one thread and then another what gets to count as nature for whom and when and how much it costs to produce nature at a particular moment in history for a particular group of people” (Haraway, 1987).

¹¹ El uso de iniciales minúsculas es intencional para hacer énfasis en que no me refiero a una única construcción y significación de los términos.

(Scott, 1986). Pero las formaciones categóricas como el género son instrumentos peligrosos e inestables, lo cual se debe a que el discurso crea objetos de conocimiento y, así como regula los modos posibles de hablar sobre esos objetos, se convierte en autoridad para establecer la *verdad* sobre ellos (López y Pérez, 2009).

En esta misma línea, si pensamos la categoría “Mujer” (esa categoría planteada con mayúscula en tanto define y se impone sobre los cuerpos sexuados en femenino, como un grupo de características fijas e invariables de feminidad, maternidad, sexualidad, orientación sexual, entre otras), nos damos cuenta de que ésta no es definible de manera sencilla ya que hay un discurso, una forma particular de representarla que provee el lenguaje para hablar acerca de ella, de manera que existe una idea general sobre lo que es *ser mujer*, como si existiese una forma única de serlo y estableciendo que todas somos iguales (Giraldo, 2001; Hall, 1992; Rivera, 1994).

Lo anterior se ve ejemplificado en los planteamientos de la Política Pública de Mujeres y Equidad de Género en el Distrito Capital y a nivel nacional, la cual llamó mi atención por ser una de las políticas públicas pioneras en Colombia en el tema de equidad de género¹². Ésta se planteó con la finalidad de reconocer, garantizar y restablecer los derechos de las mujeres buscando modificar las condiciones injustas y evitables de discriminación, subordinación y exclusión a las cuales se enfrentan a nivel público y privado (Alcaldía Mayor de Bogotá, 2010; Alta consejería presidencial para la equidad de la mujer, 2012; Concejo de Bogotá, 2015). Es decir, en la medida que esta política está pensada para las mujeres a nivel nacional y distrital, las normas que de allí se derivan plantean una forma de pensar *lo que es una mujer*, lo que nos da indicios de esa construcción cultural e histórica de los contenidos de la categoría. Así, en este marco, la “mujer” es un ser que requiere ayuda y protección contra toda forma de discriminación además de encontrarse en un lugar diferencial respecto al hombre (en los distintos ámbitos de las relaciones y la convivencia familiar, social, política, educativa y cultural) (Alcaldía Mayor de Bogotá, 2010; Alta consejería presidencial para la equidad de la mujer, 2012; Concejo de Bogotá, 2015): “La mujer es un sujeto de especial

¹² La tesis de Martha Rueda “La política pública de mujeres y equidad de género en el distrito capital: análisis sistemático de su origen, formulación e implementación” (2012) aborda con mayor profundidad cómo adquiere relevancia la temática de mujeres y equidad de género en las políticas públicas de Bogotá.

protección, de protección reforzada, al interior de nuestro Cuerpo normativo constitucional. En consecuencia, no se encuentra en la misma situación constitucional que el hombre, que si bien es un sujeto de protección constitucional, su protección no es especial ni reforzada” (Concejo de Bogotá, 2015). Esta es, de otra parte, una concepción alimentada por relaciones sociales históricas que se han encargado de llenar de contenido las configuraciones de Mujer y del género femenino, es decir, existe un discurso¹³ que creó un lugar para el sujeto Mujer y determinó las posibilidades de construcción de conocimiento alrededor de ella (López y Pérez, 2009).

Para la norma, la mujer se origina en una construcción social basada en diferencias biológicas (sexuales) con respecto a los hombres, de manera que se conformaron social y culturalmente relaciones de poder jerarquizadas y subordinadas y relaciones económicas basadas en la división sexual del trabajo (productivo versus doméstico-reproductivo) (Alcaldía Mayor de Bogotá, 2010; Alta consejería presidencial para la equidad de la mujer, 2012; Concejo de Bogotá, 2015). Así, como bien lo menciona la política pública, hay una construcción binaria y jerárquica de dos categorías (Hombre y Mujer), si bien no es evidente cómo se construyeron y mucho menos que el hombre es la norma a partir de la cual se define a la segunda: las mujeres no tienen pene, no tienen poder, están subordinadas e inferiorizadas.

Esas dicotomías¹⁴ parten del deseo de la ciencia moderna de controlar la naturaleza y subordinarla a las necesidades humanas masculinas (en términos de controlar, administrar y mejorar las cosas) por medio de un ejercicio de poder sobre lo que es visto como pasivo, carente de finalidad, maleable y opuesto de la humanidad, entendida como lo racional. Así, el hombre se posiciona como *el amo del universo*, el ser racional y sujeto con derecho de

¹³ Este discurso, conocido como “Sistema sexo-género” es un ejercicio binario y dicotómico que permea los cuerpos, los define, los encasilla y los limita, de forma tal que creó dos categorías homogéneas: Hombre macho burgués blanco heterosexual libremente sexual y activo, Mujer hembra burguesa blanca heterosexual pasiva y sin placer (Rubin, 1975). En esta construcción de dualismos en que el hombre definió el otro, la alteridad=la mujer, la heterosexualidad obligatoria relega a las mujeres al peor lugar y deja a los hombres con libre acceso a los cuerpos de ellas, produciendo la opresión sobre ellas (Millet, 1969; Rich, 1980; Rubin, 1975).

¹⁴ Laqueur (1990) aborda la construcción histórica y culturalmente situada del cuerpo y el género desde los griegos hasta Freud. Para Laqueur, la diferencia sexual responde a unas relaciones de poder específicas. Así, hasta el siglo XVII existía un solo sexo: las mujeres eran varones que no se desarrollaron completamente y su anatomía estaba invertida y simplemente no salía hacia afuera, en otras palabras, las mujeres eran una mala versión de los hombres. Posteriormente, se establece el dimorfismo sexual hasta llegar a la diferencia e inconmensurabilidad de los sexos.

legislar acerca de significados y parámetros (Bauman, 2005), mientras la mujer se ubica como objeto de estudio: es un ser sin agencia, sin racionalidad y que no puede *escapar* de su cuerpo (naturaleza), de sus emociones y por lo tanto debe ser estudiada (más no puede producir conocimiento en términos de la ciencia moderna). Esto nace de un discurso que hace posible construir a la mujer como un objeto no sólo de estudio, sino de control, modificación y sometimiento, y limita otras formas de concebirlo, es decir, se produjo un conocimiento que sirve a los intereses de un grupo particular, los hombres (Hall, 1992).

De esta manera, no son unas diferencias entre los sexos las que crean la opresión, sino es la opresión la que engendra la diferencia sexual que conduce a la presentación/imposición del género -reducido al control del sexo, sus recursos y productos- como biológico y de ahí al establecimiento de un significado de hombre y mujer. Este ejercicio se conoce como “sistema sexo-género”, entendido como un sistema que impuso condiciones sociales distintas sobre los cuerpos con base en sus características biológicas, específicamente genitales, que opera como censura y se enmascara en una explicación natural de la oposición (Rubin, 1975). Es decir, la dominación otorga un significado a caracteres físicos que no tienen un sentido en sí mismos o son tan neutros como los demás y los reinterpreta en un sistema social o red de relaciones creando un sistema que produce sujetos masculinos o femeninos y heterosexuales (Wittig, 1992). Sin embargo, lo anterior trajo consigo otra consecuencia: en tanto la mujer fue asociada con naturaleza y sensibilidad (lo no racional), al ser el opuesto del hombre en la dicotomía, es vista como cuerpo puro (a diferencia del hombre que es lo racional), es decir, un individuo que no se puede liberar de su cuerpo (Haraway, 1997).

Entonces, si consideramos que no hay distinción entre pensamiento y acción, lenguaje y práctica, es decir, si el discurso penetra e influencia todas las prácticas sociales, las mujeres, en tanto cuerpo puro, se hacen visibles como seres sexuales, y no pueden ser concebidas fuera de la categoría sexo al ser el sexo en sí mismo. Estamos apresadas en esa categoría de una manera en la que nuestra sexualidad está pensada sólo para el disfrute del hombre, lo cual nos lleva a pensar la heterosexualidad que ordena las relaciones humanas (y la producción de conceptos). Así, a través de una práctica discursiva, de la práctica de producir significado,

se constituyó un dominado, un opuesto, un *otro*, porque este ejercicio es necesario para el mantenimiento de una sociedad heterosexual (Hall, 1992; Wittig, 1992).

Pero si todos los niveles de la concepción de *la realidad* (tanto como la producción de conocimiento) se hallan *generizados*, es necesario pensar que la heterosexualidad no es un tipo de *inception*, algo incrustado de forma ficticia (Rich, 1980), sino que “el sistema de dominación patriarcal se sostiene por la sujeción de las mujeres a través de una heterosexualidad obligada” (Clarke, 1988, p. 101), es decir, se ha naturalizado la expectativa de *macho+hembra* para justificar los malos tratos y discriminaciones a las mujeres (Clarke, 1988). Se han confinado nuestros cuerpos a una nueva institución, la “heterosexualidad obligatoria”¹⁵ que afecta a todas las personas al definir y limitar los contenidos de la sexualidad (Rich, 1980; Rivera, 1994). Esto es un ejemplo claro de cómo el poder produce conocimiento, cómo hace las cosas *verdaderas*: no hay relación de poder sin la correlativa constitución de un campo de conocimiento y no hay conocimiento que no presuponga o constituya relaciones de poder (Hall, 1992).

Sin embargo, Monique Wittig afirma que es posible pensar el cuerpo sexuado en femenino en términos distintos y no solo opuestos de los que marca el patriarcado (Rivera, 1994): “lo que constituye a una mujer es una relación social específica con un hombre, una relación que hemos llamado servidumbre, una relación que implica obligaciones personales y físicas y también económicas (...), una relación de la cual las lesbianas escapan cuando rechazan volverse o seguir siendo heterosexuales” (Wittig, 1992, p. 43). Por lo tanto, Wittig usa el concepto Lesbiana para ir más allá de las categorías de sexo mujer y hombre, en tanto la Lesbiana no es una mujer, ni económica, ni política, ni ideológicamente, mostrando que el lesbianismo es una actitud política de lucha contra el género heterosexual y heterosocial que es la base de la definición de las mujeres y de su opresión (Mathieu, 1989). En este caso, es posible destruir la categoría sexo, es decir, destruir la heterosexualidad como un sistema

¹⁵ Adrienne Rich (1980) habla de “heterosexualidad obligatoria” para analizar la heterosexualidad como institución política que asegura el acceso físico, económico y emocional de los hombres a las mujeres y que disminuye el poder de las mujeres. En este marco, las mujeres lesbianas son invisibilizadas pues para sobrevivir deben negarse y pretender ser mujeres heterosexuales.

social que se ha basado en la opresión de los hombres sobre las mujeres y que se fundamenta en diferencias entre los sexos para justificar esa opresión (Wittig, 1992).

Lo anterior me hizo considerar que ser lesbiana es un acto de resistencia frente a la colonización del cuerpo que demandan la heterosexualidad y las relaciones heterosexuales, como lo plantea Cheryl Clarke (1988). Esto se debe a que las lesbianas no son/somos mujeres en tanto sólo las mujeres viven de acuerdo con el sistema de género patriarcal, con su orden simbólico (Wittig, 1992). Así si la “mujer” tiene sentido solo en los sistemas heterosexuales de pensamiento y económicos, *la lesbiana* corroe el artificio que constituye a las mujeres como un grupo natural, ya que es algo distinto, una no-mujer y un no-hombre (Wittig, 1992). Esto se debe a que rechazar la heterosexualidad es negarse a convertirse en mujer, que no sólo se refiere al *papel de mujer* sino al poder económico, político e ideológico de los hombres (Wittig, 1992), y por ello decidir vivir como lesbiana es un acto peligroso (Clarke, 1988): “Siempre creí que lo de la discriminación en la calle era mentira. Decía que falso eso de andar por ahí y que las traten [a las mujeres lesbianas en pareja] distinto a como lo tratan a uno con el novio. Hasta el día que salí con una chica de la mano”¹⁶.

A partir del siglo XIX, cuando gracias al impacto del Movimiento feminista las mujeres comienzan a entrar a espacios reales de autonomía (acceden a la educación universitaria y al trabajo), las relaciones entre mujeres se hacen peligrosas puesto que “¿Qué puede ofrecer ahora la vida matrimonial a una mujer liberada?” (Gimeno, 2003, p. 8). Las relaciones entre mujeres, muchas veces ignoradas o sancionadas socialmente, como en el caso de los “matrimonios bostonianos”¹⁷, pasan a considerarse una enfermedad social y las mujeres que rechazan la heterosexualidad son consideradas enfermas, permitiendo que durante los siglos XIX y XX se establezca el modelo patológico de la lesbiana. La etiqueta de la enfermedad mental como diagnóstico médico (desde la psiquiatría y psicología) despolitiza el lesbianismo al transformarlo en una problemática y patología individual (Gimeno, 2003).

¹⁶ Comentario de una chica que no se denomina ni se considera lesbiana mientras habla sobre su ex-relación de pareja con una chica. Catalina Beleño, diario de campo, Bogotá octubre 29 de 2016.

¹⁷ Uniones románticas entre mujeres feministas, económicamente independientes, con estudios y aspiraciones a nivel profesional (a diferencia de la norma social establecida para las mujeres de la época) que se dieron durante el siglo XIX, las cuales solían ser monógamas pero no necesariamente sexuales (Theophano, 2004).

Para los años 60 parte de este modelo patológico se había superado gracias al Movimiento feminista, pero rápidamente apareció el “Movimiento gay”, cuya intención no se limitaba a despatologizar sino también a despolitizar la homosexualidad¹⁸ de manera que fuese vista exclusivamente como deseo, como algo que escapa a la voluntad individual y de lo cual nadie es responsable (Gimeno, 2003). Así, en 1973 la homosexualidad fue eliminada del Manual Diagnóstico de Desórdenes Mentales (DSM) de la Asociación Americana de Psiquiatría (Vergara, 2013).

En esta misma línea, en los años 80 se impone el marco interpretativo de la sexología desde que, contrario a cualquier interpretación política de la sexualidad, usa la categoría “orientación sexual” para convertir la homosexualidad en algo socialmente aceptable en tanto *natural*. Con ella crece el interés por demostrar el origen biológico de la homosexualidad, lo que implicaría que no se trata de una elección, por lo que nadie es *culpable* de ser homosexual (Gimeno, 2003). Estos esfuerzos llevaron a que la Organización Mundial de la Salud (OMS) retirara en 1990 la homosexualidad de su lista de trastornos mentales (Vergara, 2013). Sin embargo, las explicaciones biologicistas han sido difíciles de sustentar plenamente en el caso de las mujeres lesbianas (evidentemente porque se enmarcan en un enfoque prioritariamente masculino), que junto al esfuerzo lésbico feminista por mantener una explicación social para el lesbianismo, ha requerido de explicaciones de tipo psicologicista basadas en el psicoanálisis que acompañan la idea de orientación sexual (Gimeno, 2003).

Esos discursos biologicista y psicologicista despojan al lesbianismo de su forma política y potencial revolucionario, en tanto las lesbianas sólo seríamos mujeres sexualmente diferentes (ahora con una sexualidad fija e inmutable) pero, al final, continuaríamos siendo mujeres que debemos ocupar el lugar que se nos ha asignado (Gimeno, 2003).

Sin embargo, como bien lo han defendido las feministas lesbianas, creo que el lesbianismo es una opción de vida, pues a diferencia del caso de los hombres gay (quienes en su mayoría consideran que han nacido así y que no han podido elegir porque nadie elegiría ser gay en

¹⁸ La heterosexualidad también oprime los hombres gays por lo cual el movimiento de liberación homosexual se propuso luchar contra esto, pero sin sacrificar/perder los privilegios que tienen por el hecho de ser hombres.

tanto sólo conlleva una serie de problemáticas sociales), el lesbianismo puede vivirse como una condición liberadora de la heterosexualidad obligatoria (Gimeno, 2003): “para una mujer heterosexual conformarse es aceptar la desigualdad, mientras que moverse hacia el lesbianismo es llegar a un espacio que ofrece importantes beneficios, luego también razones de sobra para posicionarse en él” (Gimeno, 2003, p.4).

Es decir, coincido con Anzaldúa (1987) cuando habla sobre haber sido adoctrinada como heterosexual, pues yo tomé la decisión de ser *distinta, otro/a*. Así lo he sentido siempre más allá de la discusión biomédica respecto a nacer siendo lesbiana o el cuestionamiento psicosocial de si aprendí a serlo. Por esta razón es tan difícil conceptualizar o determinar qué es ser lesbiana y más bien se puede pensar el lesbianismo más que como la orientación sexual en la cual una mujer se siente atraída por o tiene sexo con otra mujer, como una forma social de vivir libremente más allá de la categoría de sexo-género (Wittig, 1992).

Pero, además, en lo que respecta a este trabajo, en la medida que las lesbianas salen de la categoría de sexo-género, en la medida que la lesbiana no encaja en la categoría de Mujer en ningún sentido, el conocimiento de su sexualidad y su salud se vuelven irrelevante en tanto no es de utilidad para la ciencia masculina ni para los hombres.

¿Por qué hablar entonces de mujer lesbiana? Como no somos un grupo *natural*, creo que es importante pensarnos no sólo en nuestra autodenominación como lesbianas y/o en el nombramiento que otros hacen de nosotras, sino también en las consecuencias de ser percibidas y tratadas como mujeres heterosexuales sexo-reproductivas por el sistema de salud; no dejar de lado la opresión que efectivamente se ejerce sobre nosotras como mujeres, pues no hemos escapado de las configuraciones de esta categoría (por ahora). La mujer lesbiana es compleja -como todo ser humano- y se encuentra atravesada por muchos dominios discursivos y por ello, también está sujeta a cambios, de manera que tampoco podemos hablar de una única mujer lesbiana, sino de *mujeres lesbianas*. No se nos puede exigir encajar a la perfección en una identidad inamovible, impermeable y estática, esto es

básicamente dejar de *ser* humano en un mundo que lo que pide y ofrece son cambios (Clarke, 1988)¹⁹.

El discurso sobre la Mujer y la Lesbiana son maneras de hablar, pensar o representarlas, que producen conocimiento significativo sobre éstas y que influencia prácticas sociales (Hall, 1992). Ahora ya son categorías hegemónicas que establecen en sí mismas una norma – aunque definir las sea un ejercicio tan complejo y abstracto, e incluso inscribirse en esas categorías contribuye al mantenimiento de la heterosexualidad (Wittig, 1992). Sin embargo, no puedo desconocer la utilidad de éstas, el beneficio de nombrarse como un ejercicio estratégico para determinar cómo se generan mecanismos de producción, circulación y control sobre los seres y sus cuerpos, al igual que sistemas de legitimación de los mismos (Vargas, 2002).

Como lesbianas somos la evidencia de que lo que no se nombra no existe, por ello la importancia de nombrar, ejercicio que permite la apropiación y reapropiación. Por ello, mi uso de las categorías mujer y lesbiana con la firme decisión de no cerrar estas categorías a sus configuraciones históricas o actuales o incluso personales. Más que una identidad que establezca un deber ser y un *check list* de criterios a cumplir o una reivindicación a capa y espada de una esencia, pienso una subjetividad que abre el campo al autonombramiento y la experimentación de la vida desde el lesbianismo (Clarke, 1988).

En conclusión, el uso del término “mujeres lesbianas” se debe a que la categoría “mujer” tiene sentido en los sistemas heterosexuales de pensamiento y en los sistemas económicos en los cuales estamos insertas, y debido a que la clase de las mujeres es ideológica y materialmente definida por su *sexo* anatómico, vivimos las consecuencias de ser percibidas y tratadas como mujeres heterosexuales sexo-reproductivas por el sistema de salud. Mientras que la categoría “lesbiana”, por su parte, contradice

¹⁹ Como proyecto final de la clase “sentir/imaginar: construir conocimiento de otro modo” (2017) y con el fin de abordar los matices y entrecruzamientos del ser lesbiana, hicimos un video con un grupo de amigas llamado “construcciones sexualmente políticas ¿qué es ser lesbiana?” con la intención de evidenciar cómo es ‘ser nombrada por otros’ en el muy sutil pero violento tono negativo que suele recibirse, en segundo lugar, trabajamos las ‘posibilidades’ con lo cual evidenciamos que somos más que la palabra lesbiana sin dejar de serlo y, finalmente, discutimos los ‘mitos y subjetividades’ que rodean el ser lesbiana para confrontarlos con posturas que recuerdan que *lo personal es político*. Se puede acceder al video en <https://youtu.be/KaPNsmCd91M>

el ser mujer como categoría social y de clase (Mathieu, 1989). El usar estas dos categorías juntas es un ejercicio de traer continuamente la contradicción y tensión que nos forma sin desconocer la utilidad de estas categorías que nos atraviesan.

Atención ginecológica

¿Qué es la ginecología? Técnicamente, se trata de una práctica/ciencia que se encarga de la salud del sistema reproductivo femenino y los senos, es una *ciencia de la mujer* que aborda los asuntos concernientes a su cuerpo como enfermedades de transmisión sexual, embarazo, efectos del sexo, entre otros (la mayor parte de los ginecólogo/as son también obstetras, teniendo en cuenta que las especialidades de ambas ramas muchas veces se sobreponen) (Gynecologist.com, 2012). En este sentido, el discurso de la ginecología crea un lugar para un sujeto y determina las posibilidades de construcción de conocimiento alrededor de éste, siendo precisamente ese discurso el que permite la inteligibilidad de lo que se establece, de lo que es aceptable para nuestro contexto (régimen de verdad) (López y Pérez, 2009).

“La doctora López me recibe en el consultorio, me pregunta si todo va bien conmigo y me indica que siga al cuarto de baño, me retire la ropa de la cintura para abajo y me ponga una de las batas que allí se encuentran con la abertura hacia adelante. Me dice que me suba a la camilla y me siente sobre la toalla de papel que está allí ubicada, que me deslice hacia el frente hasta que mi cola llegue al final de la mesa y que ubique mis pies en los estribos.

Percibo su mirada *allá abajo* y mientras escucho un “respire y relájese”, siento el frío e incomodidad del espéculo que entra en mí y luego me contraigo al sentir cómo una cuchilla me corta en el interior, sacando un trozo de mi cuello uterino. Recuerdo a Haraway hablando figurativamente de la observación con el espéculo virtual.

La doctora me dice “listo”, me informa que puedo ponerme la ropa nuevamente y que debo tirar la bata en la caneca de las que están sucias, la cual está en el mismo cuarto de baño. Mientras lo hago, me hace las preguntas de rutina: cuándo fue mi último período, cuánto dura usualmente, si he tenido dolores o molestias, retrasos, embarazos, abortos. Luego de este paneo

me informa que no es nada más y a los ocho días puedo pasar por mis resultados de la citología.”²⁰

Esto es lo que se conoce como ginecología, una tecnología que convierte al cuerpo en relato y viceversa, lo que a su vez produce lo que puede ser considerado como real y quiénes pueden ser *testigos de esta realidad* (Haraway, 1995). Una atención en la cual se puede esperar, además de una actualización de la historia clínica, un examen pélvico, bimanual y de senos²¹ e incluso un examen físico general ocasionalmente, junto con consejos para una vida sana, planificación familiar y anticoncepción (Gynecologist.com, 2012).

Sin embargo, como ya he señalado, el control sobre la sexualidad de las mujeres (y su potencial reproductivo) es un aspecto clave para el mantenimiento de su posición subordinada, de allí el interés de la ciencia médica en designar a la ginecología (y ginecobstetricia) el papel/poder de ejercer ese control.

Aquí el poder de hablar sobre los cuerpos de las mujeres, más que los hechos acerca de la realidad es lo que crea *verdades*, es lo que conlleva una constitución de un campo de conocimiento (Hall, 1992). Recordemos que, en el espacio *público* de la ciencia, quien mira es *modesto*, auto-invisible, pues de su transparencia depende que el conocimiento que produce estuviese *limpio de la contaminación del cuerpo* y, por lo tanto, pudiese hablar de otros cuerpos (Haraway, 1997), quienes producen el conocimiento tienen el poder para *hacerlo verdad*, válido, para darle estatus científico (Hall, 1992). El conocimiento ejercido en la práctica hace que quienes son *conocidos* en determinada forma serán sujetos a éste, sometidos.

²⁰ Catalina Beleño, diario de campo, Bogotá mayo 18 de 2017.

²¹ En el examen pélvico se examinan los órganos reproductivos con un examen físico y visual de la vulva buscando cualquier anomalía en la superficie o signos irregulares (irritación, inflamación, tumores, quistes o lunares pigmentados); posteriormente se inserta el espéculo en la vagina para visualizar la vagina y el cuello uterino, así como se toman pruebas como la de Papanicolaou y de Enfermedades de Transmisión Sexual. El examen bimanual en el que se examina manualmente el útero y el tejido adyacente (como los ovarios), cuando el médico introduce dos de sus dedos en la vagina de la consultante, usando un lubricante a base de agua, para palpar buscando de manera táctil crecimientos anormales (fibromas o quistes). El examen de senos se hace palpando en busca de bultos o anomalías presentes (algunas que tal vez no se han visto en una mamografía); durante el mismo el médico enseña a realizar el autoexamen. Muchas veces estos exámenes se complementan con pruebas de laboratorio, análisis de orina, examen rectal y colonoscopia (Gynecologist.com, 2012).

Tal vez nuestras políticas y ejercicios de sensibilización actuales propenden por una aproximación más consciente de las necesidades de quien está sobre la mesa y bajo la mirada médica, sin embargo, la postura científicista distante sigue siendo mayoritaria entre quienes nos atienden: “yo no sabía que era una citología, ni para qué me la estaban mandando. No sé si es que el sistema de salud, al tener un tiempo tan reducido, no permite que te expliquen o que los doctores simplemente dan por hecho que ya lo sabes o que les da mamera explicarte”²².

Asimismo, como ya vimos, la ciencia, en su deseo de controlar la naturaleza y subordinarla a las necesidades humanas masculinas, ubicó a la mujer como objeto de estudio al asociarlo con naturaleza y sensibilidad, es decir, un ser que no puede *escapar* de su cuerpo (Bauman, 2005) o que es visto como cuerpo puro (Haraway, 1997). De esta manera, se define a la mujer como un ser sexual por ser enteramente cuerpo y comienza a jugarse la carta de la reproducción, tema central en las discusiones científico-tecnológicas, políticas, religiosas, personales, de género, familiares, de clase y de raza, haciendo de la “biomedicina el escenario de conflicto donde se ponen en juego la libertad, la justicia y la ciudadanía” (Haraway, 1995, p.220).

En el discurso del sistema sexo-género la maternidad se determinó como la tarea principal de las mujeres y la esencia de la Mujer en contraposición a una sexualidad llena de disfrute, y es dentro de este discurso que la medicina, con su apariencia de ser una institución objetiva e independiente de su contexto social, al igual que sus profesionales, se posicionan como una autoridad incuestionable puesto que el discurso médico tiene el poder institucional y la legitimidad social para administrar y regular la vida (Bellón, 2015; Foucault, 1976; Clarke, 1988).

Comenzamos a ver aquí un entrecruce de género, sexualidad y biomedicina que lleva a pensar que las entidades discursivas y encarnadas (con carne), como la mujer lesbiana, no son sujetos de cuestiones “sociales”, sino son cuestiones de estado y “políticas” (Haraway, 1995), como bien lo demuestran las políticas públicas de mujeres y equidad de género y para la

²² Natalia Escobar, 34 años, Bogotá abril 03 de 2017.

garantía plena de los derechos de las personas LGBTI. De allí la importancia de pensar las (re)configuraciones del conocimiento y la experimentación propias de la ciencia moderna que constituyó la idea de género como tal (Haraway, 1997).

Al respecto, podemos retomar a Haraway (1995) cuando plantea que el conjunto de técnicas visuales del Renacimiento (representadas en el *Delineante dibujando un desnudo* de Albrecht Dürer de 1538) y que permitían transformar los cuerpos en desorden en arte y ciencia disciplinadas, se han considerado la base de la ginecología contemporánea, pues su juego tacto- vista producen un nuevo tipo de conocimiento, ayudan a la producción del género moderno al permitir que se establezcan oposiciones sexualmente cargadas (Haraway, 1995).

Llegamos al espéculo, una herramienta -para ampliar todo tipo de orificios- que se transformó en el símbolo del desplazamiento de la comadrona (mujer) al médico especialista o ginecólogo (hombre), en la representación del propio cuerpo como espectáculo-para-otros (Haraway, 1995). El espéculo es un artefacto de vigilancia y diagnóstico ginecobstétrico que no sólo permite la visualización del interior del cuerpo de las mujeres sino un tipo de escrutinio e intrusión en ellas ubicándolas bajo la mirada de otros (Sandelowski, 2000).

“[...] yo siento que es una práctica muy, demasiado invasiva. Yo conozco demasiadas mujeres que no lo logran, es decir, que no logran dilatarse, que no logran abrir su vagina de una manera amable, tranquila para una citología y que, al contrario, genera[n] mucha tensión. Y es que es obvio, estamos hablando de abrir tu vagina con toda la carga social y cultural que tiene la vulva, la vagina, todo este lugar en nuestros cuerpos a una persona extraña para que te meta algo frío, para que sea totalmente incómodo y con el riesgo de que todo el tiempo te estén mirando con cara de ‘¡uy! algo está mal, algo está mal’. Entonces, realmente es una atención bastante compleja [...] y los mecanismos”²³.

Durante los siglos XIX y XX el examen con espéculo provocó debates políticos, éticos y epistemológicos relacionados con mirar a y dentro de las mujeres (sobre este tema volveré más adelante). Sin embargo, este instrumento transformó el área de la ginecología de ser

²³ Mujer, 30 años, ginecóloga natural, Bogotá abril 23 de 2017.

difusa y especulativa a una especialidad *espectacular* y quirúrgica centrada en los órganos reproductores femeninos (Sandelowski, 2000).

Entonces, cuando Haraway (1995) habla de un espejito que permite mejorar la observación e intervención, y pensando que para los estudios culturales el discurso y la producción de sentido siempre implican un desplazamiento y lucha permanentes (López y Pérez, 2009), pienso en la atención ginecológica más allá de una observación literal sobre mi/nuestro sistema reproductivo, es decir, en situar la mirada sobre la mirada, analizar qué sucede allí en esa interacción médico-paciente.

Tal observación me permitió identificar un desconocimiento de esta *orientación sexual* o prácticas sexuales diferentes a la heterosexualidad durante la consulta que se deriva, en parte, de una falta de preparación académica en este tema específico, así como de una expectativa de heterosexualidad, lo que se evidencia en la atención que se recibe: “¿Tienes vida sexual activa?’ ‘Si.’ ‘¿Método de planificación?’ ‘Ninguno.’ ‘¿Está buscando ser madre?’ ‘No.’ ‘¿Entonces?’ ‘Soy lesbiana.’ ‘Ahhhhh...’ Es como que no encuentran la casilla en el formulario.”²⁴.

Es decir, hay una dificultad entre los profesionales de la salud, quienes nos atienden de manera cotidiana en sus consultorios, para informarse y conocer sobre la sexualidad entre mujeres. Ese desconocimiento sobre la sexualidad lésbica y los temas relacionados, que se debe a la ausencia de formación sobre el tema durante sus pregrados y posgrados, está relacionado con una incidencia del Estado que *en la realidad* digamos que no promueve la transversalidad de la *famosa* política pública de diversidad sexual, sino que cada institución educativa ha tenido la posibilidad de evadir el tema. Es decir, tanto en las instituciones educativas -de cualquier tipo- como en las que prestan los servicios de salud se habla únicamente de lo heterosexual:

“Hoy en día hay muchos [médicos] de mente abierta y eso, pero porque son jóvenes y han crecido en otro mundo y tal, pero no es que en la facultad les hayan explicado, les hayan dicho

²⁴ Laura Suárez, 30 años, Bogotá febrero 11 de 2017.

mire [...] en algún currículo se va a hablar de derechos sexuales y reproductivos, de diversidad sexual, de género... No, eso no se habla a nivel, oficialmente”²⁵.

Empero, no es adecuado pensar que se trata de mero desconocimiento o de posiciones individuales, es necesario entender que la medicina misma está enmarcada en un sistema heterosexual. Es decir, la atención que prestan los profesionales de la salud, y nosotras mismas -las mujeres lesbianas-, está inserta en un régimen político opresivo heterosexual (Perrotta, 2014; Vergara, 2013) que determina como estándar y como esperable la heterosexualidad y regula los cuerpos de hombres y mujeres para mantener su propia existencia como sistema. Este régimen da forma a la manera en la cual las mujeres somos leídas en la atención médica y/o servicios de salud como seres que obedecen a la heterosexualidad y, como mujeres lesbianas, se nos mira y valora en el consultorio ginecológico desde las relaciones sexuales que tenemos para la reproducción y la posibilidad de la maternidad (Vergara, 2013).

Con esto no quiero dar a entender que la falta de definición concreta de las categorías mencionadas sea el problema o sea problemático sino, más bien, señalar que la desinformación sobre los matices de ser una mujer lesbiana y la sexualidad en estos casos tiene consecuencias materiales -en este caso particular- en la atención en salud sexual que pueden recibir. Por ejemplo, se ha identificado que tanto la desinformación como las falsas creencias y prejuicios sobre la sexualidad entre mujeres puede dar lugar a diagnósticos equívocos, tratamientos innecesarios, preguntas inadecuadas, comentarios machistas, prácticas médicas invasivas y dolorosas, aceleramiento de la consulta para concluirlo cuanto antes y abandono total de la atención ginecológica por parte de quien consulta (Subsecretaría de Políticas de Diversidad Sexual del Gobierno de Santa Fe, S.F.).

La alternativa para las médicas y los médicos y para nosotras no puede ser que, ante nuestra *rareza* por no encajar en lo esperado, la atención médica siga normalizándonos con su mirada heterosexual o perpetúe la invisibilización de nuestras necesidades específicas en salud

²⁵ María Paula Houghton, 33 años, ginecóloga, Bogotá marzo 10 de 2017.

sexual como respuesta a esa presunción de la heterosexualidad ante cada mujer que se presenta en el consultorio ginecológico (Perrotta, 2014; Vergara, 2013).

Modelos de atención en salud

La falta de una educación dirigida a las sexualidades no heterosexuales y los prejuicios o las falsas creencias sobre las relaciones sexuales entre mujeres ha desencadenado distintos abordajes por parte de los profesionales de la salud, los cuales coinciden con los “modelos no afirmativos de atención en salud” para personas LGBT²⁶ que planteó Colombia Diversa en el 2010 a partir de su experiencia, basados en actitudes y posiciones definidas como discriminatorias, excluyentes y violatorias del derecho a gozar de la salud. Cabe aclarar que “modelo” es entendido acá como un sistema organizado de prácticas e ideas que puede replicarse y que posee ciertos grados de consenso social para implementarse, validando unas prácticas determinadas y dejando de lado otras (Colombia Diversa, 2010).

Los modelos planteados son cuatro: neutralidad, evitación, segregación y exotización (Colombia Diversa, 2010), a los cuales agregué uno, el modelo de la presuposición y que es exclusivo de la atención a mujeres lesbianas. Adicionalmente, estos modelos no son excluyentes en su ejecución, es decir, puede que los profesionales apliquen dos o más modelos de manera simultánea, lo cual se evidencia en las contradicciones que los profesionales de la salud reportan en su discurso (tanto en el caso de los profesionales entrevistados, como en lo que mencionan varias mujeres de sus experiencias en la atención en salud).

De acuerdo con Colombia Diversa (2010), estos modelos parten de ‘estereotipos’ e ‘imaginarios’ sobre cómo son las personas LGBT, los cuales orientan no sólo el trato, sino la atención en salud y la construcción de la historia clínica y lo que en esta puede ser relevante. Esto se asocia con la falta de criterios claros para atender a estas personas y con el hecho que los lineamientos para la provisión de servicios no consideran las necesidades e

²⁶ El uso frecuente en este apartado de las siglas LGBT se debe al abordaje que hace Colombia Diversa en sus modelos de atención no afirmativos, los cuales trabajo aquí.

implicaciones específicas de las orientaciones sexuales no heterosexuales y de las identidades de género (Colombia Diversa, 2010).

El primer modelo, el ‘modelo de neutralidad’ se refiere a que la OS y la identidad de género no son datos relevantes al proveer los servicios de salud y por ello, son una dimensión de la vida personal que no debe conocerse, pues las personas LGBT son iguales a las demás y deben recibir un servicio idéntico. Este “trato normal” se acerca más a la indiferencia, a pesar de la pretendida igualdad de derechos, además de dejar de lado las particularidades de la persona, creando así deficiencias en una atención en salud efectiva y acertada (Colombia Diversa, 2010).

Pude evidenciar este modelo en los profesionales que enfatizaron que la atención no es distinta ni debe ser distinta con las mujeres lesbianas en comparación con la que se realiza con otras mujeres, no sólo refiriéndose al trato, sino también a la construcción de la historia clínica, a las indagaciones sobre la actividad sexual e incluso las recomendaciones y tratamiento. Así, se ha encontrado que profesionales y estudiantes del área de la salud consideran que es suficiente con indagar sobre *conductas objetivas de riesgo* (sexualidad no monogámica, sexo desprotegido, etc.) para recomendar prácticas preventivas pertinentes porque conocer, por ejemplo, la orientación sexual, la identidad sexual y las prácticas sexuales no modifican la conducta clínica posterior (Terrasa, Mackintosh y Piñero, 2011).

Pero de cierta manera, estas personas también reconocen que *las mujeres lesbianas requieren de ciertas especificidades*:

“[...] existe una diversidad y es una diversidad en la cual se debe pensar desde la salud. No es lo mismo hacer un examen a una mujer lesbiana, que hacer un examen a un hombre trans, que hacer un examen ginecológico ¿sí? [...] hasta ahora se está pensando el tema de la salud desde la diversidad, no el tema de la salud como algo homogéneo, a todos le hacemos el mismo examen sin preguntar más allá de cuáles son sus preferencias sexuales”²⁷.

²⁷ Patricia Melo, 42 años, enfermera, Bogotá marzo 10 de 2017.

La falta de información sobre la salud sexual entre mujeres les produce miedo a los profesionales, pues implica que no tienen recursos para responder a las preguntas si llegan a tener una consultante abiertamente lesbiana. Aquí se observa el ‘modelo de evitación’, caracterizado por el predominio del temor a tratar a la persona de una forma inadecuada, de llegar a discriminarla o incomodarla (Colombia Diversa, 2010). El no saber cómo aproximarse a la persona o abordar los temas asociados a su orientación sexual o identidad de género, lleva a evitar preguntar y ahondar en la sexualidad de la persona (Colombia Diversa, 2010). Lo anterior concuerda con la sensación de culpabilidad que tienen algunos profesionales por la ausencia de su formación profesional en el tema.

Para mí, este modelo es de *doble* evitación, en tanto no se trata sólo de evitar el tema en la consulta por el desconocimiento, sino que también es la evitación de la responsabilidad profesional de indagar, profundizar y reconocer que hay orientaciones sexuales y prácticas sexuales distintas a la heterosexualidad.

Por su parte, el ‘modelo de segregación’ se basa en la idea que las personas LGBT son peligrosas y de alto riesgo, con una salud mental frágil y tendencia al consumo de SPA. Aquí la orientación sexual es relevante, pero para construir unos supuestos sobre la persona, los cuales terminarán dirigiendo su tratamiento. Además, la atención estará llena de desconfianza, prevención, miedo y enojo (Colombia Diversa, 2010).

Este modelo puede ser sutil y se evidencia cuando los profesionales de la salud conciben que el placer y deseo de las mujeres lesbianas es una enfermedad²⁸ o lo ven como una etapa, lo cual cierra las posibilidades de abordar situaciones reales asociadas a la salud sexual. Es decir, terminamos siendo dirigidas constantemente a psicólogos y psiquiatras porque nuestra sexualidad se asocia con problemas de salud mental, cuando en realidad necesitamos una orientación para el cuidado sexual: “[le dije a] un médico que no tenía relaciones con hombres sino con mujeres y me dijo que eso era una etapa y me mandó a un psicólogo, me dio el número de un psicólogo. Estás enferma y ve y te curas rápido [...]”²⁹.

²⁸ Taller Salud Sexual de Mujeres que tienen Sexo con Mujeres, Bogotá abril 17 de 2018.

²⁹ Laura Baldión, 23 años, Bogotá marzo 25 de 2017.

Finalmente, Colombia Diversa (2010) identifica el ‘modelo de exotización’, basado en imágenes producidas por los medios de comunicación sobre las personas LGBT como alegres, excepcionales, raras, frívolas, entre otras. Esto lleva a que la orientación sexual sea motivo de risa o curiosidad en la consulta, además de considerar que no es posible que estas personas tengan vínculos interpersonales sanos, estables o amorosos, sino que sólo media en ellos el sexo³⁰.

Este modelo de exotización puede, efectivamente, ser menos incómodo cuando hablamos en la consulta sobre cómo mis prácticas sexuales con otras mujeres son “un método buenísimo de planificación”³¹. Pero, también hay situaciones en las cuales hablar sobre tu sexualidad con mujeres lleva a que te sientas vulnerada, ya que el profesional comienza a indagar por *curiosidad* y busca aprender contigo en la consulta. A pesar de su intención de *conocer sobre el tema*, puede que no estemos dispuestas a ser la rata de laboratorio:

- “Además, la consulta no es el lugar para aprender”
- “Si. Además, uno se puede sentir violentado. Yo puedo ser paciente y explicarte, pero, al mismo tiempo, sentirme vulnerada [...] ¿si debería estar explicando esto? ¿Qué morbo hay detrás de esta pregunta? U otra serie de cosas”
- “O yo no soy la que debería enseñarte eso”
- “Tu deberías estar preparado”
- “Pero no lo estás”
- “Y ¿qué pasa si yo no sé nada? Me voy a sentir también violentada”³².

Además de los cuatro modelos propuestos por Colombia Diversa, quisiera discutir uno que es particularmente importante para las mujeres lesbianas, a diferencia de los anteriores, que pueden ser aplicables a otras personas comprendidas como LGBT en general. El ‘modelo de la asexualidad’ nos recuerda que la desinformación -no sólo por parte de las personas que

³⁰ Quiero aclarar que esta creencia según la cual en los vínculos interpersonales entre personas LGB sólo media el sexo no aplica del todo para las mujeres lesbianas pues, como desarrollaré más adelante, la sexualidad de las mujeres está pensada en función del coito heterosexual, lo que desencadena en la *imposibilidad de concebir* dos mujeres teniendo sexo y por ello, entre mujeres, a diferencia de las *otras* personas incluidas en la sigla, el sexo no sería un elemento definitorio de sus relaciones.

³¹ Taller Salud Sexual de Mujeres que tienen Sexo con Mujeres, Bogotá abril 17 de 2018.

³² María Paula Houghton, 33 años, ginecóloga, y Catalina Beleño, 27 años, Bogotá marzo 10 de 2017.

realizan la atención en salud sexual- está vinculada a la invisibilización de la sexualidad de las lesbianas como consecuencia del tratamiento de la sexualidad de las mujeres en general. Esta, subordinada al placer masculino, promueve la idea de que no somos sujetos deseantes, que en el caso de las mujeres lesbianas se conjuga con el hecho de que no son madres y *no pueden/quieren tener hijos* (Vargas, 2015), generando la creencia de que "las lesbianas no tienen verdadero sexo"³³ o que simplemente no tienen sexo porque "es que entre mujeres no pasa nada"³⁴.

Entonces, durante la consulta ginecológica o alguno de sus procedimientos asociado, ocurren situaciones en las cuales somos tratadas como *vírgenes*, nos aseguran que tendrán cuidado de no lastimarnos y que tendrán la precaución de no rompernos el himen: "Me eché a reír, le agradecí la delicadeza y le dije que me habían metido cosas más grandes que ese espéculo. Se quedó muy confundida. Al menos se sentía mal por no tener ni idea de que las lesbianas podemos usar dildos, arneses o meternos incluso una mano entera en el coño" (Urraca, 2017).

Por su puesto, la médica o el médico, como profesional en el área de la salud sexual, debería manejar información pertinente, pero no dice nada o hace comentarios fuera de lugar porque ni él, ni la gente en general, sabe qué cosas hacen dos mujeres en la cama (Urraca, 2017). Incluso, la dificultad proviene de la misma definición de qué es una relación sexual: ¿Acaso las relaciones sexuales son sólo penetrativas? ¿qué prácticas podemos considerar sexo?³⁵.

Esas creencias afianzadas en las médicas y los médicos sobre las prácticas sexuales lésbicas como equivalentes a no tener sexo o incluso a virginidad, no sólo crea una atención inadecuada porque se cree que "entre mujeres no se pueden contagiar nada"³⁶, sino también porque nos dirigen a servicios erróneos o nos limitan el acceso a servicios que necesitamos:

³³ Taller Sexualidad para mujeres, Grupo de Apoyo Red Enigma, Bogotá mayo 11 de 2018.

³⁴ Taller Sexualidad para mujeres, Grupo de Apoyo Red Enigma, Bogotá mayo 11 de 2018. Como afirmó el senador Roberto Gerlein en un debate sobre matrimonio entre personas del mismo sexo el 20 de noviembre de 2012: "A mí nunca me ha preocupado mucho el catre compartido entre mujeres porque ese homosexualismo no es nada y es sin trascendencia" "es un sexo inane" (vano e inútil) mientras que el sexo entre hombres es "sucio, asqueroso, sexo que merece repudio y es un sexo excremental". (El Espectador, Senador considera que sexo entre homosexuales es "sucio, asqueroso y excremental". <https://www.elespectador.com/noticias/politica/senador-considera-sexo-entre-homosexuales-sucio-asquero-articulo-388137> (14/07/2018)).

³⁵ Taller Sexualidad para mujeres, Grupo de Apoyo Red Enigma, Bogotá mayo 11 de 2018.

³⁶ Taller Salud Sexual de Mujeres que tienen Sexo con Mujeres, Bogotá abril 17 de 2018.

“ha pasado que uno pide los exámenes [de ITS] y le dicen a uno que no y no y no le dan a uno la orden médica”³⁷.

Estos cinco modelos nos llevan a reconocer la necesidad de que, desde las mismas instituciones estatales, tanto educativas como de salud, se difunda información relacionada con las prácticas sexuales entre mujeres. Incluso es fundamental crear una articulación con entidades y grupos que aborden el tema, y con los cuales se pueda llegar a desarrollar protocolos de atención en salud sexual para estas mujeres.

“Me parece que [los folletos sobre sexualidad entre mujeres] son pertinentes, que deberían divulgarse más, muchísimo más. Y creo que de eso no debería encargarse los colectivos o personas que están estudiando desde la academia, sino que eso debe ser una responsabilidad del Estado. Y creo que el Estado está completamente desentendido, no sé si por voluntad política o porque el tema de la salud está mal en todas sus facetas y este tema es como de menor importancia”³⁸.

Es un asunto de diseñar clases que trabajen la temática de la sexualidad entre mujeres y sus necesidades de cuidado y protección, de introducirla para que sea *atractiva para la población general* y de desarrollar eventos y capacitaciones asociadas a la temática, pues estos son aspectos fundamentales para el mejoramiento de la atención en salud sexual. Sin embargo, también es necesario desde el nivel individual que cada profesional de la salud se interese por “leer o investigar más sobre estas prácticas y de acuerdo a eso si implementar disminuir los factores de riesgo, implementar disminuir el contagio de infecciones de transmisión sexual en esta población”³⁹.

³⁷ Taller Sexualidad para mujeres, Grupo de Apoyo Red Enigma, Bogotá mayo 11 de 2018.

³⁸ Mónica Tinjacá, 28 años, Bogotá marzo 13 de 2017.

³⁹ Ginecólogo, 36 años, Bogotá abril 13 de 2017.



Ilustración 4. Construcciones sexualmente políticas ¿qué es ser lesbiana? (2017).

Se puede consultar en <https://youtu.be/KaPNsmCd91M>

Capítulo 2. Mirada de las Mujeres Lesbianas sobre la Atención que Reciben

Percepciones sobre la atención

Como ya se observó, la desinformación, falsas creencias y prejuicios asociados a las relaciones sexuales entre mujeres y a las mujeres lesbianas determinan la atención ginecológica y afectan igualmente las experiencias y percepciones que tienen las mujeres sobre ésta.

Por ejemplo, cuando pensamos en los aspectos positivos de la atención ginecológica y de los exámenes que se asocian a esta, encontramos puntos relacionados que permiten detectar infecciones y enfermedades a tiempo, algunas experiencias con profesionales amables y respetuosos, y procedimientos que no fueron dolorosos o incómodos. Pero, cabe la pregunta ¿acaso no son estas las características esperables de una atención en salud? Finalmente, garantizar el derecho a la salud no es sólo velar por el acceso a los servicios, sino garantizar la calidad y calidez de los servicios que se prestan (Colombia Diversa, 2010).

Igualmente, estos aspectos positivos de la atención en salud sexual son mínimos en comparación con las percepciones, ideas y emociones que podrían calificarse como negativas y que están relacionadas con esta atención, las cuales asociamos continuamente (como mujeres y no necesariamente como mujeres lesbianas) al frío, el dolor, la frustración, la violencia, la invasión y la impotencia.

Aquí surge el espéculo como artefacto significativo. En el siglo XIX, éste se convirtió en un símbolo cultural de la frágil relación entre médicos y mujeres para luego pasar a ser, en el siglo XX, un símbolo de lucha por el control visual e interpretativo del cuerpo femenino a cargo de los hombres (Sandelowski, 2000).

En el siglo XIX, debido a las costumbres sexuales y las esferas separadas para hombres y mujeres, era problemático el contacto íntimo de un hombre con una mujer que no fuese su esposa y el espéculo vaginal era una herramienta que requería no solo que los médicos tocaran los genitales de las mujeres, sino que las miraran de manera directa (cosa que evitaban

hacer en los exámenes pélvicos que se realizaban antes de la aparición de este instrumento). Esto ponía en peligro la relación médico-paciente por las interpretaciones que podían derivarse del *actuar* de los profesionales de la salud. Aun así, las enfermedades de la zona genital podían ser entendidas y tratadas de manera más efectiva si los médicos podían ver los órganos, revelando noción de la superioridad de la vista sobre el tacto para el diagnóstico de enfermedades⁴⁰ (Haraway, 1995; Sandelowski, 2000).

Para el siglo XX, el espéculo pasó a ser un elemento básico del examen pélvico, y tanto éste como otros instrumentos tecnológicos permitieron la separación de los especialistas de obstetricia/ginecología respecto de médicos generales y parteras. Sin embargo, la percepción común de que los procedimientos son invasivos y violentos aumentó con el desarrollo del nuevo espéculo vaginal (desarrollado por Jamen Marion Sims y otros ginecólogos en 1970 a partir de la experimentación sin anestesia y sin consentimiento sobre los cuerpos de mujeres esclavas afroamericanas) (Sandelowski, 2000; Surtees, 2003; Symonds, 1996). Estas percepciones del examen ginecológico como incómodo, invasivo, horrible y doloroso perduran hoy en día⁴¹.

Además, se considera que la posición ginecológica (mujer recostada sobre su espalda en una camilla con las piernas abiertas) y el uso del espéculo vaginal puso a las mujeres bajo el control literal de los médicos (Sandelowski, 2000) y no favorece unas asociaciones positivas a la atención: “tengo la percepción, como mujer ginecóloga, de que la mesa de examen ginecológica es un aparato que genera temor en las mujeres”⁴², pues su forma asusta y la posición en la cual ubica el cuerpo es incómoda, “ellas sienten que es como un instrumento de tortura, que las inmoviliza, que es frío, que además las expone demasiado. Es que exponer esa parte que es tan íntima [...] Que por ejemplo les jala los ligamentos y eso. O sea, las pone

⁴⁰ Muchos médicos vieron el espéculo como un instrumento de corrupción femenina y médica asociándolo con la prostitución y con la exhibición indecente del cuerpo de las mujeres, otros creían que causaba síntomas e impedía la diferenciación de una patología real, mientras otros creyeron que en mujeres mayores causaban la muerte y en las jóvenes vírgenes, la ruptura del himen (consecuencia terrible para la castidad y pureza de las mujeres). Para estos médicos era preferible hacer tactos (examen con los dedos) que hacer uso del espéculo (Sandelowski, 2000).

⁴¹ Mónica Tinjacá, 28 años, Bogotá marzo 13 de 2017; Mujer, 24 años, Bogotá abril 10 de 2017; Taller Salud Sexual de Mujeres que tienen Sexo con Mujeres, Bogotá abril 17 de 2018.

⁴² María Paula Houghton, 33 años, ginecóloga, Bogotá marzo 10 de 2017.

en una posición que como que no es natural”⁴³. Adicionalmente, esa exposición de la zona genital que permite la mesa ginecológica, lo puede hacer sentir a uno *demasiado expuesto* además de violentado, en tanto pierdes el control o el poder de cerrar las piernas en el momento que deseas, de cierta manera, te inhabilita.

Cuando la activista por la salud Carol Downer, realizó en 1971 una revisión de su propio cuerpo con un espéculo y promovió esta práctica en otras mujeres, desafió a los ginecólogos, quienes tenían los derechos exclusivos del instrumental y diagnóstico de las enfermedades del cuerpo femenino. Las activistas veían esta herramienta como símbolo del poderío médico en su contra, pero también vieron la posibilidad de un *espéculo reposéido* para devolverles poder en el marco del Movimiento de Liberación de las Mujeres y su Movimiento a favor de la Salud de las Mujeres (Haraway, 1995; Sandelowski, 2000). Así, para finales del siglo XX el espéculo vaginal se convirtió en un instrumento de poder femenino por la posibilidad de *poder ver*, sin embargo, este triunfo fue opacado por nuevas tecnologías visuales (como las tecnologías de observación del feto, por ejemplo) y que ponían nuevamente a las mujeres bajo el control visual de otros, es decir, las transformaba en objetos para ser observados (Sandelowski, 2000).

Hoy en día, el instrumental sigue incidiendo en la percepción que se tiene sobre la atención en salud sexual. El espéculo vaginal es una herramienta que alarma por su forma y tamaño e incluso, puede *pellizcarte allá abajo* (George, 2018).

“en las EPS no hay [espéculos pequeños]. Las EPS compran generalmente desechables [...] lo que pasa es que el espéculo plástico sobre todo el más barato, es muy grande y es horrible. Hay espéculos desechables más pequeños [...] o más que pequeños más delicados y es por las prácticas de manufactura, entonces, son más caros. Y no estoy hablando más caros recarísimos, pero tú sabes que esa gente se quiere ahorrar cualquier ínfimo centavo. Pero el espéculo más suave es el espéculo metálico que casi no lo utilizan en ninguna parte y eso requeriría esterilización”⁴⁴.

⁴³ Ibid.

⁴⁴ Ibid.

Aun así, algunas de las chicas entrevistadas consideran que “a medida que se ha sobremasificado el examen, han tenido en cuenta usar espéculos más pequeños. Al principio, hace una década, usaban espéculos grandes que producían dolor. Mientras que en los últimos exámenes he visto que usan espéculos de tamaños mucho más normales. [...] y eso da menos dolor”⁴⁵. Sin embargo, no sobran las modificaciones y actualizaciones al diseño y material de este instrumento a la hora de hacer más agradable la citología (George, 2018).

Las experiencias negativas en la atención ginecológica no sólo están vinculadas al instrumental usado, sino también al mismo espacio físico donde se desarrolla la atención, el consultorio ginecológico, percibido como un espacio frío: “A mí no me gusta. Es que no más la silla ginecológica es horrible. A mí me produce un sinsabor, me parece frío, pero pues esos son los consultorios médicos ¿no? En general, si es como muy frío e impersonal”⁴⁶.

Además, la vergüenza asociada a la exposición del cuerpo en el examen ginecológico es otro factor desencadenante de emociones y pensamientos negativos en esta atención, como lo han evidenciado algunos estudios que han encontrado que el examen pélvico se asocia a la vergüenza, ansiedad, miedo e incomodidad (Galasinski y Ziolkowska, 2007; Hennigen, Kollar y Rosenthal, 2000; Sandelowski, 2000; Wright, Fenwick, Stephenson y Monterosso, 2005; Weijts, Widdershoven y Kok, 1991). Esto también se vio reflejado en las experiencias de las mujeres entrevistadas: “Uno se siente súper vulnerable”⁴⁷, porque adicionalmente “A mí me daría más pena desvestirme y mostrarme ante una persona ahí x, como que ¿qué estará pensando esa persona?”⁴⁸.

Precisamente, el examen ejercido sobre una mujer recostada sobre una camilla con una ginecóloga o ginecólogo entre sus piernas abiertas de par en par se ha considerado “uno de los exámenes más íntimos” (Royal College of Obstetricians and Gynaecologists, 1997, p. 3). Esto se relaciona con la concepción de los genitales femeninos como la parte más *íntima* y *privada* de la mujer ya que un discurso social ha determinado que *esta zona* no se debe

⁴⁵ Mujer, 33 años, Bogotá marzo 3 de 2017.

⁴⁶ Patricia Melo, 42 años, enfermera, Bogotá marzo 10 de 2017.

⁴⁷ Tania Correa, 30 años, Bogotá febrero 11 de 2017.

⁴⁸ Laura Baldión, 23 años, Bogotá marzo 25 de 2017.

mostrar ni se debe hablar, lo cual ha desencadenado un temor en las mujeres a exponer-mostrar su cuerpo a otros.

Entonces, “la idea cultural de la mujer es obra exclusiva del varón. El hombre creó la imagen de la mujer que todos conocemos, adaptándola a sus necesidades” (Millett, 1965, p. 106), pues el régimen heterosexual les ha permitido a los hombres definir en todo sentido el cuerpo que las mujeres deben aspirar a tener. Los alcances de este *deber ser* llegan a la más ínfima parte del cuerpo femenino, como la vagina y la vulva. No es “increíble que el número de vaginoplastias vaya en aumento”⁴⁹ porque este tipo de procedimientos es sólo un mecanismo más *de elección propia* para estandarizar los cuerpos. “Cuanto tú reconoces tu cuerpo y no te sientes cercana [a tu vulva o vagina, esto] genera todo un asunto de vergüenza, asco e inseguridad y miedo, no para todas las mujeres, pero si para la gran mayoría. [...] Pensemos en cómo hasta mi vagina puede estar mal”⁵⁰.

Por otro lado, estas sensaciones negativas parten de la ausencia de una atención especializada para mujeres que tienen relaciones sexuales con mujeres y de un supuesto de heterosexualidad hasta el fin de la consulta. Es así como hay unas preguntas de rigor por parte del personal de salud, ya reconocidas por todas las mujeres, que inician la consulta ginecológica o que se dan en otros contextos de atención médica. En estas, no cabe la posibilidad de la orientación sexual no heterosexual sino hasta que se menciona, es decir, los médicos y doctoras no conciben la posibilidad de otras prácticas sexuales que justifiquen el tener una vida sexual activa y no usar métodos de anticoncepción sin intentar quedar embarazada:

“siento que hay violencia cuando se realizan estas observaciones, estos procedimientos, digamos que a parte que es un poco doloroso, no te preguntan. O sea, no hay atención especializada, digamos, para las chicas que tenemos relaciones con personas del mismo sexo. No te preguntan sino de una vez suponen que tú tienes relaciones heterosexuales y, entonces,

⁴⁹ María Paula Houghton, 33 años, ginecóloga, Taller Salud Sexual de Mujeres que tienen Sexo con Mujeres, Bogotá abril 17 de 2018.

⁵⁰ Mujer, 30 años, ginecóloga natural, Taller Salud Sexual de Mujeres que tienen Sexo con Mujeres, Bogotá abril 17 de 2018.

muchas veces te regañan [...] porque te preguntan de qué manera te cuidas y digamos... pues de entrada empiezan a preguntarte si usas inyecciones, si usas pastillas y pues tu les dices que no. Entonces, de entrada, piensan que tú eres una irresponsable, que tú quieres quedar embarazada o, en fin. Nunca te cuestionan si tienes relaciones con parejas del mismo sexo, de una vez te valorizan, te juzgan”⁵¹.

“A lo que me refiero es que una vez te preguntan si planificas viene la pregunta del con qué, y si tú le dices que no planificas y que nada, entonces, es toda una mirada de juzgamiento y de ‘pero cómo es posible, no te estás cuidando, tú no te estás protegiendo, acaso estás buscando quedar embarazada’. Entonces cuando llega esa pregunta, es un tema de ‘¡no! ni planifico ni quiero quedar embarazada, simplemente no tengo prácticas sexuales con hombres’”⁵².

- “¿Vida sexual?”
- “Sí”
- “¿Anticoncepción?”
- “No”
- “¿Estás buscando ser madre?”
- “No”
- “¿Entonces?”
- “Soy lesbiana”
- “Ay, ¡yo creí que eran un mito!”⁵³.

Esta presunción de heterosexualidad y las situaciones de discriminación evidentemente afectan las percepciones y valoraciones que se hacen de la atención en salud sexual y desencadenan una menor concurrencia de mujeres lesbianas a las revisiones de salud sexual. Como consecuencia, tenemos menos controles y formas de prevenir infecciones y enfermedades asociadas a la sexualidad e incurrimos en un riesgo que no tienen otras mujeres, el de dejar que problemáticas en salud avancen por la demora en consultar⁵⁴ (Subsecretaría de Políticas de Diversidad Sexual del Gobierno de Santa Fe, s.f.).

⁵¹ Mónica Tinjacá, 28 años, Bogotá marzo 13 de 2017.

⁵² Mujer, 30 años, ginecóloga natural, Bogotá abril 23 de 2017.

⁵³ Laura Suarez, 30 años, Bogotá febrero 11 de 2017.

⁵⁴ Taller Sexualidad para mujeres, Grupo de Apoyo Red Enigma, Bogotá mayo 11 de 2018.

Posturas que solemos adoptar frente a las médicas y los médicos y su atención

Como ya se discutió, la experiencia previa ha llenado *el ambiente de la ginecología* de incomodidad, desagrado e incluso fastidio, ante lo cual no ha habido una única respuesta o un solo posicionamiento por parte de las mujeres lesbianas. Esto se refiere a unas posturas o actitudes que asumen las mujeres ante las dificultades que han experimentado o creen experimentarán en relación con la atención ginecológica. Por lo general, suele haber dos tipos de reacciones ante las preguntas clásicas que inician la atención en salud sexual: visibilizar la orientación sexual o evadir y contestar erróneamente (no mencionar la orientación sexual) (Subsecretaría de Políticas de Diversidad Sexual del Gobierno de Santa Fe, s.f.). Pero, como mostraré más adelante, considero importante pensar que el no acudir a la atención en salud sexual también es una postura y es una que se asume de manera consciente.

En otros términos, una forma de respuesta por parte de las chicas es *evitar pelear ese día* no mencionando su orientación sexual o no visibilizarla por temor – incluso en el caso de personas usualmente abiertas sobre sus relaciones sexo-afectivas con otras mujeres. Es decir, se busca evitar los cuestionamientos, regaños o miradas incómodas e incluso que prejuicios o ideas personales afecten el trato que tendrá el profesional hacia ti (Urraca, 2017). Pero esta postura muchas veces deja una sensación de que no se ha podido hacer *bien* la consulta, pues se cree (y efectivamente sucede) que la ausencia de información completamente verídica altera la atención y la hace inadecuada para las necesidades que se tienen según las prácticas sexuales. Las omisiones o la información falsa pueden conducir a un mal tratamiento, a una desatención peligrosa para la salud (Urraca, 2017).

Otras mujeres han optado por hacer visibles sus prácticas sexuales junto con un discurso estructurado para confrontar alguna respuesta desagradable y otras simplemente prefieren mencionar su orientación sexual para que quienes las atienden entiendan desde el inicio su sexualidad y no hagan preguntas *bobas*. Esto no sucede en todos los casos, porque para algunas puede ser más *sencillo* que para otras. En este caso, influye el acceso a cierto bagaje conceptual que permita construir un argumento que permita *defenderse a uno mismo*.

“creo que tengo unos recursos particulares que me pueden permitir hablar con ella [...] y para las personas que no los tienen, creo que hay mayor posibilidad de vulneración de sus derechos y de violencias sobre sus cuerpos y sus deseos. Que le digan ‘¡ah! es que usted es una enferma’. Si a mí me dice la doctora usted es una enferma [...], yo tengo como contestarle y mandarla comer mierda, pero que le digan a otra persona eso y que diga ‘uy, no, sí, esto está mal, esto no lo puedo volver a hacer’, no es tan divertido”⁵⁵.

Finalmente, hay otras personas cuya respuesta pasa por decidir no realizarse los exámenes ni recurrir a las atenciones asociadas a la salud sexual. Este es el caso de “la mayoría de lesbianas [que] nunca van al ginecólogo, les da miedo [ser juzgadas]. Además, hay mucha idea de que les van a hacer un tacto y que eso les va a doler”⁵⁶, lo cual también encuentran otras investigaciones (Facchini y Barbosa, 2006; Scaniello, 2016).

Esta decisión puede deberse efectivamente al temor a ser violentadas de alguna manera en la consulta, sin embargo, también puede ser consecuencia de un proceso muy consciente y político de *retomar el poder de decisión sobre el cuerpo* ante la insistencia de realizarse la citología, en tanto “nosotras somos libres de decidir cuándo nos queremos hacer el examen realmente. Si queremos establecer la rutina que nos sugieren está bien, si una mujer no quisiera hacérselo está bien igualmente, porque ella es responsable de su propio cuerpo”⁵⁷. En definitiva, todas estas son posturas respondientes, de contrataque frente a un sistema focalizado en la estadística de la revisión y la prevención, y que se preocupa por el indicador en lugar de considerar el *bienestar* de los sujetos que atiende: “[...] creo que hay dicotomías entre lo que ellos promueven como unidad de salud, como entidad de salud y lo que realmente están suministrando. Porque, creo que eso se vuelve más como el descubrir cifras, estadísticas de cuántas mujeres tienen, de cuántos hombres están portando, de cuántas mujeres están portando. Pero el sujeto muchas veces se deja a un lado”⁵⁸.

⁵⁵ Natalia Escobar, 34 años, Bogotá abril 03 de 2017.

⁵⁶ María Paula Houghton, 33 años, ginecóloga, Bogotá marzo 10 de 2017.

⁵⁷ Mujer, 33 años, Bogotá marzo 3 de 2017.

⁵⁸ Mujer, 36 años, Bogotá abril 23 de 2017.

Pero esto tiene algo de sentido si pensamos en que los exámenes ginecológicos “necesitan volverse rutinarios porque somos una sociedad en la que las mujeres no nos conocemos, no conocemos nuestros ciclos, no conocemos nuestros cuerpos, mucho menos hablamos de qué es el [...] cérvix, el cuello del útero. Entonces, evidentemente si necesitamos esos mecanismos externos que nos vengan a decir oye todo está bien”⁵⁹ (este es un tema que profundizaré más adelante).

El trato del personal médico

Por otra parte, el personal médico a cargo tanto de la atención ginecológica/salud sexual como el procedimiento de la citología tiene mucho que ver en la insatisfacción con la consulta y no sólo por su falta de capacitación, sino también por su trato asociado.

A simple vista, surge una percepción generalizada sobre las médicas y los médicos mayores, quienes indagan y cuestionan más las prácticas sexuales dada sus propias concepciones sobre la heterosexualidad y la homosexualidad, por lo que se les ve como “más tradicionales y más objetores de conciencia”⁶⁰; mientras que los médicos más jóvenes, quienes son la mayoría en los consultorios hoy en día, son percibidos como más abiertos debido al cambio en la sociedad e incluso a un desligue de lo religioso, por lo que se muestran menos sorprendidos o prejuiciosos ante el hecho de que su consultante tiene sexo con mujeres -de forma exclusiva o no- o quienes “así no lo compartan, no manifiestan su disgusto [...] para poder ser profesionales”⁶¹.

Adicionalmente, se percibe una diferencia entre la atención privada y la *pública*, esta última referida a las EPS, si bien ambas están atravesadas por la administración estatal. La atención en el servicio de salud privado es vista como mejor, ya que la de la EPS no sólo es más corta (porque así está diseñado nuestro sistema de salud) sino que se percibe más impersonal y poco específica con respecto a las necesidades y síntomas que se mencionan en consulta (sean o no sobre sexualidad entre mujeres).

⁵⁹ Mujer, 30 años, ginecóloga natural, Bogotá abril 23 de 2017.

⁶⁰ Mujer, 33 años, Bogotá marzo 3 de 2017.

⁶¹ Ibid.

En el contexto de la EPS hay una gran incomodidad para hablar sobre las prácticas sexuales entre mujeres, ya sea en términos de *salir del closet* en la consulta o de indagar sobre su relación con síntomas de su zona genital u órganos sexuales debido a una falta de confianza en la capacitación de quienes atienden en este ámbito o a no reconocer el espacio del consultorio como un lugar seguro y tener miedo a una posible mala reacción o a un juzgamiento.

Sin embargo, otras investigaciones (Brown y cols. 2014; Facchini, 2005) señalan que, a pesar de la relación entre homofobia y disminución del acceso a los servicios de salud en la literatura internacional, si bien persisten situaciones de discriminación, esto no es un impedimento para buscar cuidados, sino que se trata de una *discriminación anticipada* que se asocia con el temor a informar al servicio de salud sobre preferencias y prácticas.

Como enfatiza María Paula, mujer lesbiana profesional de ginecología en consulta privada y por EPS: “¿Por qué las mujeres vienen a mi consulta y me hablan de lo más normal y es una consulta común y corriente? Porque ellas ya saben que yo no las voy a juzgar, que ese es el asunto de mi consulta. Pero ellas deberían saber que en la EPS tampoco las van a juzgar”⁶², “Puede ser que si ellas piden una consulta en la EPS encuentren prejuicios o puede que no. Pero el solo temor a encontrarlos inhibe que ellas consulten”⁶³.

Es así como varias de nosotras hemos preferido quedarnos con las dudas, mientras que otras han recurrido a la atención privada, o incluso prepagada, para solucionarlas con un personal que perciben como más amable y posiblemente más capacitado al respecto. Tomar esta última decisión, sin embargo, conlleva un coste económico adicional que no puede ser asumido por todas las mujeres de la ciudad, ni debería ser asumido por ninguna.

Entonces, se tiene una percepción más general que contempla a los profesionales como personas que, dada la cotidianidad y repetitividad de su trabajo, se han vuelto indiferentes o despectivos con sus consultantes y, por ello mismo, la consulta/el consultorio no se percibe

⁶² María Paula Houghton, 33 años, ginecóloga, Bogotá marzo 10 de 2017.

⁶³ Ibid.

como un espacio seguro para hablar de la propia orientación sexual y mucho menos para abordar las dudas relacionadas con prácticas sexuales no heterosexuales específicas de la persona, y por el contrario, se siente violento:

“[...] listo, ellas tienen su trabajo y a diario es estar abriendo piernas, las entiendo. Debe ser muy mamón y, sobre todo, quien sabe con qué cosas se encontrarán. Pero es que a uno le dicen relájese y esas berracas cosas son heladas y uno con un frío ni el hijuemadre. Y, entonces, ellas son muy abrir y ¡qué les importa!”. “Entonces, para uno no puede haber ese ambiente tan cálido como para uno sentirse bien, en confianza. Y, sabiendo que esa es una parte íntima, uno no lo divulga. Pues si fuera así de fácil, lo divulgaría con cualquier otra persona”. “Pero sí, si me ha dado mucha curiosidad como preguntarle al doctor: venga ¿yo tengo algún problema?, ¿pasa algo conmigo? Porque, digamos, soy de piel muy sensible y, digamos que soy un poco estrecha, entonces siempre llego a tener inconvenientes [en mis prácticas sexuales]. No soy capaz de llegar y preguntarle: oye, yo estoy teniendo relaciones con mujeres, quiero saber qué pasa conmigo allá dentro o si hay algo que no deben tocar o no, no puedo hacer eso”⁶⁴.

Es que, definitivamente, las deficiencias en la atención no se limitan a una experiencia traumática o negativa, sino que también hacen referencia a la ausencia y la falta. Así, se desea que el personal fuese *más humano* y que su aproximación al cuerpo sea más amable en el juego de procedimientos que se le practican. Además, como señalan otras investigaciones, no sólo las representaciones y experiencias negativas en relación con los servicios de salud dificultan el acceso al sistema de salud, sino también las construcciones identitarias relacionadas con género y sexualidad que se ven en juego. Hay mayor reticencia para acercarse a los servicios en salud sexual en el caso de las mujeres que nunca tuvieron sexo con hombres, aquellas con una estética corporal masculinizada y quienes pertenecen a estratos socioeconómicos más bajos (Barbosa y Facchini, 2009; Facchini, 2005).

Esto significa, para muchas, que la ginecología también produce cuerpos masculinos y femeninos, lo que aporta otro elemento negativo: “Cuando vas al ginecólogo está en juego toda tu identidad, tu construcción identitaria, tu expresión de género, tu orientación sexual y tu salud” “ir a la ginecóloga y que ella piense que porque tengo una espalda muy grande estoy

⁶⁴ Vanessa Prang, 30 años, Bogotá marzo 10 de 2017.

hiper-masculinizada [...] no tiene por qué ser problemático” “pero para ella pasa por es que estás gorda y esa espalda toda grande y ese pelo corto, entonces, hay que darte una pasta especial o hay que hormonarte para [hacerte más femenina]”⁶⁵. Lo anterior nos recuerda que la categoría Mujer nos atraviesa constantemente, pues se busca acoplarnos a las correspondencias propias del cuerpo femenino, es decir, a una estética legible y legítima de sensualidad y atractivo deseable para el hombre. Así, en tanto estamos insertas en un régimen heterosexual y se nos concibe bajo la mirada heterosexual, nuestros cuerpos y estética debe encajar en estas expectativas, afectando la apropiación del propio cuerpo (Rich, 1980; Wittig, 1992).

Lo anterior está directamente relacionado con esa aspiración científica de definir lo femenino en términos de cromosomas, sistema reproductivo, respuestas fisiológicas y respuestas psicosociales, marco heterosexual que incluye el cuerpo y donde se debe establecer una diferenciación clara entre hombre y mujer (Esteban, 1994; Vergara, 2013). En el campo de la salud, en lo que concierne a las mujeres, una visión enfocada en la reproducción debe estar acorde a su estética, debe encajar con la mirada y comprensión que el otro hace de lo que es ser mujer. De esta manera, se desconocen experiencias particulares de vivir el cuerpo, la expresión del género y la subjetividad al interior del grupo *mujeres*.

Por otro lado, las chicas reconocen que tampoco se les ofrece información sobre *qué se está haciendo con su cuerpo*, sino que se ven obligadas a seguir una serie de *órdenes médicas*. Entonces, ya sea porque no indagan o porque no se les informa, las chicas, en general, desconocen las especificidades de procedimientos como la citología, es decir, no saben en qué consiste, cómo se realiza y qué instrumental se puede usar como, por ejemplo, que pueden solicitar espéculos de distintos tamaños. Estos procedimientos merecen descripciones como: “la vieja, horrible, el espéculo y luego el espéculo se abre adentro [...] sé que, bueno, la mesa, hay que poner las piernas ahí en esa cosa horrible, las cosas [los estribos], y luego es como que raspan algo como por dentro, toman una muestra. Yo todo eso lo sentí. Yo sentí

⁶⁵ Natalia Escobar, 34 años, Bogotá abril 03 de 2017.

algo que metieron, sentí algo que rasparon, sentí que todo eso y a mí me pareció eterno [...] y luego cerró esa cosa y ¡sale!”⁶⁶.

Este examen particular, la citología, es dónde más surgen experiencias desagradables y de temor, especialmente porque el personal encargado no tiene el cuidado adecuado y termina siendo un procedimiento doloroso: “Entonces, de pronto, a veces tú sales o con sangrado o sales con una molestia y creo que esto no debe doler”⁶⁷. Además, experiencias como las que se leen a continuación, impactan a mujeres que jamás han asistido al procedimiento, las previenen de ir: “Me da miedo porque todo el mundo dice que duele mucho”⁶⁸.

“La verdad, a mí no me gusta la atención ginecológica. [...] me había hecho una en una IPS y esa vez fue muy doloroso, y lo tenaz fue que yo le dije a la enfermera que por favor tuviera cuidado. Yo ya tenía veinti algo, ya era grande ya, y ella no me creyó ¡ay sí! ¡pobrecita virgen! [...]. Cuando ella entra, trata de entrar el espéculo dice ‘uy, está muy cerrada’ Y yo ‘Sí. Es que no he tenido... no tengo relaciones’ [...] eso fue un fracaso. Eso no entró. Ella se frustró. Se puso roja. Casi llora. [...] Ella dijo que la había tomado, pero yo estoy segura de que ella no tomó nada”⁶⁹.

“Una vez tuve una experiencia inmundada. ¡Fatal! [...] yo fui y, yo las odio de por sí, entonces, yo estaba pues nerviosa. Como que cerraba las piernas [...] Entonces, la vieja como que me hizo así [muestra un movimiento hacia arriba y hacia abajo con su dedo pulgar], durísimo con el dedo, con el guante, por fuera. Y yo como [cara de incomodidad y sorpresa]. Como que cerré un poco las piernas y le dije como ¿qué está haciendo? Y me dijo ‘es que es para que lubrique un poco y poderle meter el espéculo’. ¡¿Qué?! Entonces, yo dije ‘no voy a lubricar así, olvídelo’ porque además me dolió, me hizo muy duro”⁷⁰.

Estos tipos de abordaje mecánico de la salud llevan a desear que los profesionales sean más atentos a las sugerencias de quien consulta para evitar también que las mujeres salgan regañadas sin comprender por qué, o incluso lastimadas:

⁶⁶ María Orozco, 28 años, Bogotá marzo 25 de 2017.

⁶⁷ Mónica Tinjacá, 28 años, Bogotá marzo 13 de 2017.

⁶⁸ Laura Baldión, 23 años, Bogotá marzo 25 de 2017.

⁶⁹ Patricia Melo, 42 años, enfermera, Bogotá marzo 10 de 2017.

⁷⁰ María Orozco, 28 años, Bogotá marzo 25 de 2017.

“varias veces me han molestado porque hacen el procedimiento, pero no logran recoger la muestra o algo y se molestan es conmigo. Porque se cierra allá y se molestan conmigo como diciendo que yo no colaboro. Entonces, yo no sé qué es lo que yo debería colaborar o algo”⁷¹.

“ese es un procedimiento en el que tú, digamos, tienes que desnudarte delante de otro que es un extraño y pues ese otro tiene que tener unas mínimas consideraciones. Es un procedimiento que incluso es un poco tosco, algunas veces, entonces, de pronto romper un poco el hielo antes de decir: quítese la bata y súbbase acá. Es como de escuchar al otro y de hacerle esas preguntas iniciales. Yo creo que el trato y la capacitación para mí es fundamental”⁷².

En resumen, el trato tiende a ser brusco y como consultantes, no se nos ofrece información los exámenes o qué procedimientos se están realizando sobre nuestros cuerpos, no se explica en qué consisten o tampoco las razones por las cuales son necesarios. Lo anterior se percibe como una cooptación del conocimiento sobre el propio cuerpo e, incluso, como una actitud violenta por parte de las doctoras y los doctores en tanto la falta de información no te permite saber si estos modos de actuar sobre el cuerpo son apropiados o no ⁷³.

¿Por qué recurrir a la atención?

El hecho de que haya tantas asociaciones negativas a la atención ginecológica y a la citología me hicieron preguntarme: ¿por qué realizarse el examen si nos molesta tanto? Más allá de que el motivo de consulta sea la presencia de una molestia, hay un señalamiento científico de que este procedimiento es altamente relevante. Los *expertos* recomiendan que se asista desde los 13 o 15 años al ginecólogo/a, pero principalmente, al dar inicio a la vida sexual o, por tarde, a los 21 años; al igual que sugieren hacerse un examen ginecológico de rutina frecuentemente, es decir, visitarlos anualmente para prevenir y detectar enfermedades⁷⁴ (Gynecologist.com, 2012).

Tal vez esto desencadena la presión y temor de tomarse este examen:

⁷¹ Vanessa Prang, 30 años, Bogotá marzo 10 de 2017.

⁷² Mónica Tinjacá, 28 años, Bogotá marzo 13 de 2017.

⁷³ Taller Salud Sexual de Mujeres que tienen Sexo con Mujeres, Bogotá abril 17 de 2018.

⁷⁴ Ginecóloga, 35 años, Bogotá abril 20 de 2017; Ginecólogo, 36 años, Bogotá abril 13 de 2017.

“uno siente cierto temor, además, como hace tanto tiempo no voy, entonces, tengo miedo de ir y que me digan que hay algo raro. No sé, asusta. Pero, es como una cosa que tú sabes que tienes que hacer. Que todo el tiempo [te dicen] tienes que ir al ginecólogo, tienes que hacerte la citología”⁷⁵.

Nos hacemos la citología porque asumimos que de esa manera se prevendrá un cáncer o enfermedad en el sistema reproductor: “[ir para] estar tranquilo, saber que estás sano, saber eso. Sería tranquilidad conmigo misma y sentirme limpia también”⁷⁶. “Es como el único examen creo que existe para saber cómo está tu salud [...] sexual y reproductiva”⁷⁷.

Desconocemos que “Te puede dar otros tipos de cáncer, pero no el cáncer específico para el que está hecha la citología. Es un cáncer de transmisión sexual”⁷⁸. Es decir, este examen está, de cierta manera, limitado a detectar la mutación de células asociadas al cáncer de cuello uterino producido por el VPH, y no está relacionado con todas las posibles afectaciones del sistema reproductor, no nos informa sobre otros cánceres que pueden darse y los cuales pueden afectar a personas que incluso no han tenido relaciones sexuales, en suma: “solo sirve para saber si tenemos cáncer o pre-cáncer de cuello uterino, eso no sirve para saber si uno tiene miomas, hemorragias, VIH, sífilis, condilomas, gonorrea, etc.”⁷⁹.

Entonces, si pensamos en las mujeres que no hemos tenido sexo con hombres, la insistencia en la citología se hace aún más rara: “Venga, tal vez no me lo tengo que hacer tan seguido porque soy lesbiana. No, inclusive vírgenes y religiosas se lo hacen. Esa es la respuesta que me han dado”⁸⁰, y es que hay muchas cosas que no están claras al respecto, entre ellas la relevancia médica del examen en estas mujeres para los profesionales de la salud.

“No está muy claro la conveniencia de realizarle la citología a mujeres que no han tenido sexo con hombres. Pareciera que, o sea es como dudosa la evidencia de si conviene hacérselas o no. Sobre todo, por ejemplo, mujeres que nunca han tenido relaciones con penetración o

⁷⁵ María Orozco, 28 años, Bogotá marzo 25 de 2017.

⁷⁶ Laura Baldión, 23 años, Bogotá marzo 25 de 2017.

⁷⁷ María Orozco, 28 años, Bogotá marzo 25 de 2017.

⁷⁸ María Paula Houghton, 33 años, ginecóloga, Bogotá marzo 10 de 2017.

⁷⁹ María Paula Houghton, 33 años, ginecóloga, Taller Salud Sexual de Mujeres que tienen Sexo con Mujeres, Bogotá abril 17 de 2018.

⁸⁰ Vanessa Prang, 30 años, Bogotá marzo 10 de 2017.

con juguetes sexuales, ni nada de eso. O sea, que literalmente en términos como físicos sería virgen. O sea, prácticamente es inútil hacerle citología. [...] porque en realidad está comprobado que [el cáncer de cuello uterino] es por el VPH. Entonces si no se está expuesto al VPH, pues es como medio absurdo hacerle”⁸¹.

Acá se trata de un asunto muy puntual, no se está diciendo que la citología no sea útil, que no se deba implementar, sino que *es innecesaria para las mujeres que nunca han tenido penetración de ningún tipo*. Pero hay un consenso en que las mujeres lesbianas deben tener el mismo rastreo de cáncer de cuello uterino o de cérvix que la población general basándose en que el VPH se transmite por relaciones sexuales entre mujeres y que las mujeres que en el momento de la consulta solo tienen sexo con mujeres, pudieron haberlo tenido con hombres en el pasado (O’Hadan y Crum, 1996; Terrasa, Mackintosh, y Piñero, 2011), e incluso, pudimos haber tenido relaciones sexuales con una mujer que sí ha tenido relaciones sexuales con hombres, lo cual nos ubica en una categoría de riesgo de contagio.

Adicionalmente, parece que la insistencia en este procedimiento no sólo hace referencia a su objetivo principal, que es la detección de células precancerosas asociadas al VPH, sino que también permite detectar de manera secundaria y en una muy baja proporción otro tipo de Infecciones de Transmisión Sexual (ITS)⁸².

¿Cuál es el problema con esto? Que la atención de las EPS no está pensada para detallar la especificidad del caso, cosa que se asocia más bien con la medicina privada ya que “las cosas que son de interés en salud pública tienen que seguir existiendo. O sea, tiene[n] que existir los protocolos porque si no, ¿cómo hacemos? ¿cómo se implementan los planes de salud pública? Pero esos protocolos no van a tener en cuenta los casos super individualizados como si lo puede hacer una consulta particular”⁸³.

⁸¹ María Paula Houghton, 33 años, ginecóloga, Bogotá marzo 10 de 2017.

⁸² Hoy en día los médicos prefieren el término de ITS (Infecciones de Transmisión Sexual) al considerarlo más amplio que el de ETS (Enfermedades de Transmisión Sexual) popularizado previamente. Esto se debe a que abarca las infecciones que se pueden transmitir no sólo por las relaciones sexuales sino también por otras vías y que pueden no tener aún manifestación clínica (Instituto Nacional de Gestión Sanitaria, 2017; Catalina Beleño, diario de campo, Bogotá enero 20 de 2018).

⁸³ María Paula Houghton, 33 años, ginecóloga, Bogotá marzo 10 de 2017.

Adicionalmente, debido a que el cáncer de cuello uterino o de cérvix es considerado un problema de salud pública, como el cáncer de seno, este tipo de procedimientos hace parte del tamizaje que busca detener este problema poblacional: “la citología lo que hace es detectar el cáncer de cuello uterino y el cáncer de cuello uterino es un problema de salud pública, entonces hay políticas públicas que lo que hacen es buscar cáncer de cuello uterino”⁸⁴.

He allí por qué es tan sencillo hacerse una citología en nuestro sistema de salud, a diferencia de lograr una cita ginecológica en la EPS, la cual, como cualquier otra especialidad, genera costos al sistema de salud que este trata de evitar. Y, aunque es importante no “reemplazar la ida al ginecólogo por la citología [ya que] quien toma la citología no es un ginecólogo, ni ginecóloga, sino la persona que la toma”⁸⁵, el sistema de salud y la atención por EPS está efectivamente diseñada para que esto suceda, para que nos sea casi imposible tener una consulta sobre salud sexual con ginecología. Así lo evidencia mi propia experiencia, tras insistir inútilmente durante casi año y medio en tener una consulta ginecológica (por medio de mi EPS), por el contrario, fui dirigida de un lado al otro: de medicina general a planificación familiar a la citología anual a medicina general nuevamente y a otra citología, tropezando continuamente con trabas y explicaciones de por qué esta cita era innecesaria⁸⁶.

Adicionalmente, más allá de la buena fe de contribuir a la estadística, desde la perspectiva de los profesionales en salud sexual es importante consultar en esta área porque todas las mujeres podemos sufrir patologías sin importar nuestra orientación o prácticas sexuales.

“No, claro que sí es importante, porque, aunque el riesgo es menor porque no está, que no hay penetración, el riesgo existe de contagio de infecciones de transmisión sexual. Entonces si es importante que lo hagan para minimizar los riesgos dependiendo de la educación que le va a brindar el profesional, además porque de todas maneras es necesario que se haga un tamizaje

⁸⁴ Ginecóloga, 35 años, Bogotá abril 20 de 2017.

⁸⁵ María Paula Houghton, 33 años, ginecóloga, Taller Salud Sexual de Mujeres que tienen Sexo con Mujeres, Bogotá abril 17 de 2018.

⁸⁶ Catalina Beleño, diario de campo, Bogotá junio 15 de 2017.

común y corriente para ver el papiloma humano porque la infección existe, sean hetero o no, la infección existe”⁸⁷.

De igual forma, para las mujeres lesbianas, la ginecología, como ciencia que hace la revisión del sistema sexual y reproductor, es importante para mantener la salud, para cuidar y prevenir la enfermedad, el problema está en la falta de enfoque diferencial, pues desconoce la existencia lesbiana y sus necesidades específicas.

“Entonces yo creo que de los ginecólogos está muy bien que pregunten todo lo que preguntan, que hagan los exámenes de rutina, que se diga que cada año tiene uno que asistir a consulta, que se realicen todos los exámenes que se tienen que realizar. A mí me parece pertinente. A mí lo que me parece malo de eso es que desconozcan que existen las mujeres lesbianas, que desconozcan las prácticas sexuales entre mujeres, que desconozcan las enfermedades específicas que le dan a mujeres lesbianas y que desconozcan como la práctica penetrativa de las mujeres. Como que dañan a las mujeres que no tienen prácticas penetrativas, suponiendo que si las tienen. Creo que esos son los aspectos negativos [...]”⁸⁸.

En conclusión, debemos efectivamente hacernos la citología, pero según unos criterios basados en las prácticas sexuales que tenemos y a la edad de cada una. Lo ideal es consultar con el médico ginecólogo o ginecóloga “en qué esquema debe estar, si en el anual, tres años o cinco años. Pero lo importante es ir y consultar y estar en el esquema que a cada una le corresponda”⁸⁹. Pero, adicional al examen específico de la citología, es necesario consultar al profesional del área ya que hay particularidades y preguntas asociadas a la salud sexual que no pueden ser resueltas solamente con un resultado de un examen y un médico general, así por el momento ni los mismos ginecólogos y ginecólogas tengan las respuestas.

⁸⁷ Ginecólogo, 36 años, Bogotá abril 13 de 2017.

⁸⁸ Mujer, 24 años, Bogotá abril 10 de 2017.

⁸⁹ María Paula Houghton, 33 años, ginecóloga, Taller Salud Sexual de Mujeres que tienen Sexo con Mujeres, Bogotá abril 17 de 2018.



Ilustración 5. Taller Salud Sexual de Mujeres que tienen Sexo con Mujeres, Bogotá abril 17 de 2018. Foto de la autora.

Capítulo 3. ¿Qué se Sabe Realmente sobre la Salud Sexual entre Mujeres?

Cabe aclarar que uno de los dominios discursivos que parece tener más relevancia al momento de delimitar la categoría de lesbiana y mujer es *sexualidad*. Pero al trasladarnos a la experiencia ¿qué información podemos y logramos obtener sobre sexualidad? ¿se logra conocer aspectos relacionados con la sexualidad lésbica? Como mujeres lesbianas ¿qué métodos conocemos para cuidar nuestra salud sexual? ¿cómo podemos informarnos para mejorar nuestra salud sexual? ¿es posible tener apoyo médico en relación con estas preguntas?

A lo largo de las entrevistas y talleres, así como en distintas conversaciones con mis grupos de amigas sobre el tema de sexualidad, pude identificar diversos aspectos relacionados con la salud sexual de mujeres lesbianas, los cuales desarrollaré en este capítulo.

¿Cómo aprendimos sobre la sexualidad entre mujeres?

Cuando se habla de educación sexual, los primeros recuerdos de las mujeres lesbianas entrevistadas son de la infancia y principalmente de la escuela, aunque en algunos casos, sus madres mencionaron superficialmente información relacionada con el tema. De una u otra manera, ésta era una educación -de lo que recuerdan- dirigida a la biología, limitada a la descripción de los órganos sexuales y generalidades sobre los gametos femenino (óvulo) y masculino (espermatozoide), además de la fecundación.

La mayoría de las chicas también recordamos que ya más grandes, en bachillerato, este tema volvió a abordarse tanto en las familias como en el colegio. En el primer caso, señalaron el énfasis que de sus madres en usar el condón o protegerse en sus relaciones sexuales para no quedar embarazadas, sin ser más específicas en el uso de este elemento y sin abordar otros aspectos de la sexualidad, por ejemplo, la masturbación. En la escuela, por otro lado, sucedían dos cosas: se ofrecía orientación sobre no tener sexo en tanto pecado y la otra, relacionada o no con la anterior, abordaba distintos métodos anticonceptivos y el uso del condón para la prevención de Infecciones de Transmisión Sexual (ITS). Incluso, hubo ocasiones en las

cuales el abordaje del tema, tanto en el hogar como en la escuela, fue desde una postura religiosa que ubicaba la sexualidad como exclusiva de las relaciones penetrativas heterosexuales matrimoniales, lo cual generó un mayor desconocimiento en edades más adultas sobre prácticas sexuales tanto hetero como homosexuales.

Lo que reconocen todas las entrevistadas es que hablar de sexualidad es hablar de una sexualidad masculina o centrada en *lo que puede pasar entre una chica y un hombre*, en la cual no se abordaba ni se abordan las posibilidades y alcances del deseo y sexualidad femeninas. Asimismo, al llegar a una edad mayor, cuando escucharon sobre otros aspectos de la sexualidad *más profundos*, estos se dirigían a la prevención del embarazo y a evitar el contagio de ITS, siempre enmarcado en el sexo heterosexual.

“[...] era una cosa superficial y una cosa en donde en lugar de enseñarte un poco más a cuidarte, lo que hacían era generarte miedo, temor y demás. Trataban la sexualidad como un tabú, lo que hacía que, pues muchas mujeres no quisieran tener una sexualidad libre sino más bien cohibida y demás y, por eso, incluso el uso del condón y esto, era una cosa completamente usada por los hombres, casi no les decían a las mujeres ‘¡mira! llévate unos condones’ sino que le daban los condones a los hombres y las pastillas y las inyecciones a las chicas. [...] nunca en ese momento pues había una formación de la sexualidad diversa, no había información por ningún lado. Sólo como no quedas embarazada, no tengas SIDA”⁹⁰.

Esa falta de información aportada por el colegio dificulta la vida sexual: “fue un poquito duro al comienzo para iniciar mi vida sexual porque yo no sabía muchas cosas”⁹¹. Asimismo, en relación con una educación sexual no heterosexual, aunque algunas vieron en televisión o revistas alguna imagen *sugere* de homosexualidad (que en sí no era sexual), todas mencionaron que no tuvieron referentes para aprender cómo son las prácticas sexuales entre personas del mismo sexo ni tuvieron fuentes de información que se puedan considerar fidedignas, a diferencia de lo que sucede con la sexualidad heterosexual, sobre la cual existe abundante material en distintos textos y medios de comunicación.

⁹⁰ Mónica Tinjacá, 28 años, Bogotá marzo 13 de 2017.

⁹¹ María Orozco, 28 años, Bogotá marzo 25 de 2017.

Por ello, es usual que hayan *consultado* la pornografía en algún momento de sus vidas, reconociendo hoy en día que ésta es pensada en su mayoría para el placer de hombres y no muestra prácticas *reales* entre mujeres. Además, recurren a sus amistades como fuente *real* de información sobre sexualidad entre chicas, “con los amigos claro que es donde más se habla del tema, sobre todo con las chicas. Compartir las experiencias con las otras chicas te nutre un montón”⁹². Es con las amigas y con las parejas sexuales con quienes se aprende de sexualidad lésbica, “si, es con ellas con las que he aprendido, porque no sabíamos nada y nos poníamos a hablar y como a preguntarnos por eso y a buscar información. Y algunas sabían más que otras, era como un compartir de saberes de donde fuimos sacando las cosas, pero así que alguien nos haya dicho, no”⁹³.

Aunque reconozco el poder que puede tener *mi propia experiencia* en lo que se refiere a cualquier tema, tengo que cuestionarme lo siguiente: si todas las personas reciben la misma información limitada ¿qué tanta información veraz pueden poseer? y ¿qué tanto están en capacidad de responder a las preguntas de sus pares? En definitiva, nuestras bases de conocimiento sobre sexualidad terminan siendo muy intuitivas y posiblemente están cargadas de mitos, falsas creencias o simplemente de ausencias.

Información sobre salud sexual a la que podemos acceder

Teniendo en cuenta lo anterior, me interesé por saber cuál y cuánta información disponible hay sobre salud sexual lésbica para aquellas mujeres que decidiesen buscar algo al respecto.

En relación con ese material informativo, indagué a través de terceros por folletos sobre salud sexual en las EPS y revisé sus páginas web en busca de contenido relacionado. Me encontré con que estas instituciones de salud carecen de material en formato físico u *online* sobre ‘sexualidad lésbica’⁹⁴. En algunas entidades privadas como Oriéntame y Profamilia pude

⁹² Mónica Tinjacá, 28 años, Bogotá marzo 13 de 2017.

⁹³ Mujer, 24 años, Bogotá abril 10 de 2017.

⁹⁴ A lo largo del texto hago referencia con sexualidad lésbica o relaciones sexuales entre mujeres a las distintas prácticas sexuales que se pueden llegar a dar entre dos bio-mujeres. Teniendo en cuenta que las personas que entrevisté algunas se definen como lesbianas, gays o bisexuales, no abordaré ciertas especificidades que se

acceder a folletos informativos los cuales, en su mayoría, abordaban métodos de anticoncepción femeninos y prevención de enfermedades, así como los derechos sexuales y reproductivos de los jóvenes. Sin embargo, aunque muchos ítems de los derechos sexuales y reproductivos podrían aplicarse no sólo a las personas heterosexuales (como el derecho a expresarle a mi pareja que no tengo orgasmos, a no verme sexy, a disfrutar libre y responsablemente de nuestra sexualidad, a contar con servicios médicos de calidad, respetuosos y confidenciales, entre otros), la construcción de estos materiales se hace en un marco heterosexual e invisibiliza otras prácticas sexuales o, en el mejor de los casos, las aglutina en la categoría ‘orientación sexual’, así, tengo derecho a ‘levantarme’ a los hombres o mujeres que me gusten; a expresar mi orientación sexual; a ser respetadxs en nuestros valores, gustos y orientación sexual; y a una educación para la sexualidad, oportuna, integral y libre de prejuicios.

Entonces, me aproximé a dos de las redes sociales populares, Twitter y Facebook en busca de material relacionado con el tema sin encontrar información diseñada por servicios de salud sobre la sexualidad y salud sexual de mujeres que tienen sexo con mujeres y que esté disponible para el público, lo cual habla sobre la poca atención que este tema recibe e incluso el poco acceso al mismo.

Por el contrario, me encontré con *material lésbico* como folletos y cartillas digitales e incluso videos y artículos en revistas virtuales que rondan las redes sociales dirigido a mujeres que tienen sexo con mujeres, todos construidos por colectivos u organizaciones y provenientes, en su mayoría, de España⁹⁵. La información que estos materiales contenían era

pueden dar a raíz de estas orientaciones sexuales, sino que busqué indagar subjetividades relacionadas con la parte de sus vidas que se relaciona con encuentros sexuales con personas del mismo sexo.

⁹⁵ Por ejemplo, se encuentra en línea la “Guía de salud sexual para personas con coño de todos los gustos y géneros” desarrollada por LGBT Terrassa (2017), “Guía de salud sexual para mujeres que tienen sexo con mujeres” por la Fundación Triángulo (2017), “Guía de Infecciones de Transmisión Sexual para lesbianas” por la Coordinadora Gai-Lesbiana de Catalunya (s.f.) (una federación de asociaciones de homosexuales, tanto gais como lesbianas en Cataluña), “Guía lésbica/Sexo+seguro para mujeres que tienen sexo con mujeres” por Col-lectiu Lambda (s.f.), la “Guía de salud sexual para mujeres lesbianas y bisexuales” por la organización Stop SIDA (s.f.) y el folleto “Una lesbiana o bisexual que se quiere y se cuida ¿eres tú verdad? Ve al ginecólog@, acude a tu cita” desarrollado por la Federación Estatal de Lesbianas, Gais, Transexuales y Bisexuales – FELGBT (s.f.a). También encontré la “Guía de salud para mujeres Lesbianas y Bisexuales” desarrollada por el Movimiento de Integración y Liberación Homosexual de Chile -Movilh Mujer (s.f.)-, la “Guía de acceso a la salud sexual y reproductiva de lesbianas y mujeres bisexuales” creada por la Subsecretaria

principalmente con referencia a ITS que se pueden presentar en las relaciones sexuales, especialmente las formas de transmisión en el caso de mujeres lesbianas y bisexuales, al igual que hacían énfasis en cómo se puede identificar que se posee alguna y formas de prevenir la transmisión/infección en las prácticas sexuales, es decir, abordaban la necesidad de incorporar a las prácticas elementos como el condón masculino, los guantes de látex y barrera del mismo material. En ocasiones, también hacían una descripción y nombramiento de prácticas sexuales comunes entre mujeres, es decir, explicaban y les daban un nombre a prácticas existentes, por ejemplo, se expresa que cunnilingus es el nombre que se le da al sexo oral.

Algunos documentos como el de Chile y Argentina trabajan aspectos relacionados con la salud en general al incorporar elementos asociados a la salud mental y la salud sexual y reproductiva más allá del contagio de ITS, como son el examen y cáncer mamario, la reproducción médicamente asistida, la salud cardiovascular y los hábitos de vida saludable.

Muchos de estos documentos buscaban romper mitos en relación con la sexualidad de mujeres lesbianas y señalaban la importancia de hacerse una revisión ginecológica (que incluye el examen de los senos), además de sugerencias para hablar con las médicas y los médicos sobre la propia sexualidad sin miedo: dejar la vergüenza y el miedo de lado, pues el profesional de la salud requiere de la sinceridad por parte de quien consulta, pedir acompañamiento de alguien de confianza y hablar claramente de las prácticas sexuales que se tiene para lograr obtener un consejo útil para la salud (FELGBT, s.f.a).

También encontré un folleto llamado “Ginecólogo conócenos inclúyenos” desarrollado por FELGTBT (s.f. b), el cual estaba dirigido a las ginecólogas y los ginecólogos promoviendo la inclusión de la atención e información para las mujeres lesbianas y bisexuales, así como explicando tres circunstancias comunes de estas mujeres en relación con la atención ginecológica y sus consecuencias, desarrollado por la FELGTB (Federación estatal de

de Políticas de Diversidad Sexual del Gobierno de Santa Fe en Argentina (s.f.) y, finalmente, un material muy popular en las redes desde hace unos años, y el único de autoría colombiana, es la “Guía de Sexo Oral” desarrollada en el 2010 por el colectivo Mujeres al Borde⁹⁵ con el apoyo de María Paula Houghton (una de las ginecólogas entrevistadas para este trabajo y participante en el taller que desarrollé sobre sexo entre mujeres).

lesbianas, gays, transexuales y bisexuales española, s.f. b): que estas mujeres no se realizan revisiones ginecológicas, ocultan que tienen relaciones sexuales con mujeres y los profesionales que las atienden no tienen información sobre estas prácticas.

En la web también se pueden encontrar artículos orientados a la denuncia de problemáticas que se presentan en la atención ginecológica a mujeres lesbianas y sobre el trato de los profesionales de la salud con una mujer que no es heterosexual⁹⁶. también hay material sobre la sexualidad entre mujeres y los cuidados a tener en sus prácticas sexuales, los cuales provienen comúnmente de una voz feminista interesada en visibilizar el tema, como es el caso de sitios web como ‘Rompiendo el silencio’ y ‘Cultura Lesbiana’ en Chile, La Fulana en Argentina y ‘LesVoz’ en México (Vergara, 2013) que han trabajado diferentes aspectos sobre la sexualidad entre mujeres en diversos artículos.

Igualmente, me crucé con algunos videos informativos en YouTube y en redes sociales⁹⁷, unos españoles y otros chilenos, en referencia principalmente a las ITS que pueden suceder en el sexo entre mujeres y métodos o prácticas para protegerse (elementos de barrera, higiene y recomendaciones específicas). Estos también mencionan la ausencia de preservativos en el mercado para mujeres lesbianas o su poca distribución y comercialización, la importancia de asistir a la consulta ginecológica, aunque sólo se mantengan relaciones sexuales con otras mujeres, así como también enfatizan que “la salud sexual no es sólo un derecho de heteros” y nombran algunos de los obstáculos para o en la atención ginecológica.

⁹⁶ Algunos artículos al respecto son: Vargas, *Protección sexual lésbica: De la invisibilización del Estado al tabú social*. <http://www.eldesconcierto.cl/2015/07/23/proteccion-sexual-lesbica-de-la-invisibilizacion-del-estado-al-tabu-social/> (23/07/2015); Borraz, *Lesbianas en el ginecólogo: heteros hasta que se demuestre lo contrario*. https://www.eldiario.es/sociedad/Experiencia-ginecologo-lesbianas_0_693981023.html?utm_content=buffer5a5b9&utm_medium=social&utm_source=facebook.com&utm_campaign=buffer (09/10/2017); Silva, *Violência, pobreza, saúde: para as mulheres lésbicas tudo é pior*. <http://azmina.com.br/colunas/violencia-pobreza-saude-para-as-mulheres-lesbicas-tudo-e-pior/> (31/05/2017); Urraca, *¿Qué pasa cuando las lesbianas van al ginecólogo?* <https://broadly.vice.com/es/article/qvdx9w/lesbianas-ginecologo> (10/04/2017); BBC News, *Lesbians 'told they did not need cervical screening'*. https://www.bbc.com/news/health-39230807?ocid=socialflow_facebook&ns_mchannel=social&ns_campaign=bbcnews&ns_source=facebook (13/03/2017); *Colectivo No Te Prives, La salud sexual de las lesbianas* <https://www.youtube.com/watch?v=k77Qkczr2ZY> (26/04/2017).

⁹⁷ “Primer manual de salud sexual para Lesbianas” parte de la campaña #TORTANOSEASPASTEL desarrollado en Chile (<https://www.youtube.com/watch?v=z0AwRgHDpZw> 26/04/2017), “Educación sexual para lesbianas” por Viva la Vulva en España (<https://www.youtube.com/watch?v=xbiWik2UZMA> 26/04/2017), “Medidas de Protección para lesbianas y mujeres bisexuales frente a las ETS y el VIH” en España (<https://www.youtube.com/watch?v=dS84dr6AOfA> 26/04/2017).

Adicionalmente, identifiqué algo que mis entrevistadas mencionaron y es que, en las redes sociales e incluso en el marco de varios colectivos nacionales, hay un mayor interés por temas como el matrimonio igualitario, la adopción por parte de parejas del mismo sexo, la llamada “ideología de género”, y, más recientemente, el empoderamiento de las mujeres y las violencias ejercidas contra ellas, tanto contra mujeres heterosexuales como hacia lesbianas y bisexuales. Sin embargo, poco se ha pensado la violencia presente en los consultorios médicos, la salud sexual y/o cuidados en las prácticas sexuales entre mujeres, ni el riesgo y prevención del contagio de ITS, más allá de denuncias en artículos de revistas virtuales.

En la mayoría de los casos, los colectivos y organizaciones enfocadas en temáticas de interés para mujeres lesbianas se han encargado de desarrollar talleres o charlas al respecto e incluso de construir material para difundir información (como vimos previamente), pero los resultados o experiencias allí vividas no han sido publicadas. En Bogotá, este es el caso de la charla sobre “Salud sexual en relaciones entre mujeres” en el marco del “Ciclo de Saberes: Salud Sexual y Reproductiva” desarrollado por GAEDS UN (grupo de apoyo y estudio de la diversidad de la sexualidad en la Universidad Nacional) en el 2015⁹⁸ y de diversos eventos realizados por ‘Enigma - Red de Mujeres Diversas’, por ejemplo, la actividad llamada “Placeres Prohibidos” realizada en el marco del evento “Fiestón Les-bi-arte” del 2016⁹⁹ en donde mujeres participantes del evento indicaban sus formas de cuidarse/protegerse en posiciones sexuales comunes entre mujeres; el “taller sobre las violencias cotidianas que se ejercen hacia mujeres lesbianas y bisexuales en Bogotá” desarrollado el 19 y 20 de noviembre del 2015; y el “taller sobre prevención del cáncer de mama para cuidar el cuerpo” el 22 de agosto de 2015¹⁰⁰.

En Cali, el colectivo QUIRON LGBTI desarrolló una “Jornada de Salud para mujeres lesbianas y bisexuales” en el 2017 y existen apuestas similares para mejorar o educar en salud a mujeres lesbianas en colectivos de otros países, por ejemplo, la organización española Sare

⁹⁸ El evento aparece registrado en la web de Facebook del grupo (<https://www.facebook.com/events/1656045117947407/03/10/2016>), sin embargo, no hay otro registro de las experiencias que surgieron de éste.

⁹⁹ Catalina Beleño, diario de campo, Bogotá noviembre 20 de 2016.

¹⁰⁰ Esta información puede encontrarse en la página de Facebook del grupo <https://www.facebook.com/EnigmaRed DeMujeresDiversas/?fref=ts> (03/10/2016).

Lesbianista desarrolló en el 2017 un taller llamado “Virus del papiloma humano + lesbianas: solasaldi informatiboa” y Punto Gozadera en Mexico realizó en el mismo año varios talleres sobre “eyaculación femenina”, “vibradores DIY”, “BDSM con cámara de llanta” y “desculonización-desprogramación de la cuerpa” en el marco del evento #Cyborgrrrls Encuentro Tecnofeminista”, además de una “Feria de salud para lesbianas y bisexuales”. De igual manera, en esta misma ciudad, Diana Palma (2016) realizó un programa de promoción de la salud sexual y reproductiva para mujeres lesbianas y bisexuales conocido como “La solución es la tijera: construyendo mundos para mujeres lesbianas y bisexuales” con el cual desarrolló seis talleres entre el agosto y septiembre de 2015 en donde se dialogó sobre “Sexualidad no es sólo sexo”, “Cuando decido romper el silencio”, “En mis prácticas sexuales, YO elijo”, “El VIH tiene que ver conmigo”, y “Del clóset al reconocimiento pleno de mis derechos sexuales y reproductivos”. Estos ejercicios estuvieron dirigidos a una educación sexual y reproductiva y a la implementación de prácticas preventivas en una población que invisible en las estadísticas oficiales.

A pesar de esta variedad de fuentes, estas son más bien limitadas, por lo que la información relacionada con la sexualidad entre mujeres no es de fácil acceso o no cuenta con una amplia distribución en comparación con información de todo tipo sobre la sexualidad heterosexual. Podría decirse que estos materiales son una respuesta a aquello que evidencié durante las entrevistas, el taller que desarrollé y los talleres a los cuales asistí¹⁰¹: que la mayoría de las chicas, al pensar en salud sexual, mencionan que conocen las generalidades de las infecciones de transmisión sexual -cuando en realidad se refieren a que conocen el nombre de las ITS más frecuentes- pero desconocen los mecanismos específicos de su transmisión en el caso del sexo entre mujeres o los síntomas de alarma en relación con éstas, además de otra información específica sobre la salud de mujeres lesbianas (situaciones de salud mental, cardiopatías o afectaciones a nivel muscular o articular que también pueden incidir sobre la sexualidad, como discuto en otros apartados).

¹⁰¹ Como parte del trabajo de campo realicé un taller sobre salud sexual desde el enfoque de la ginecología y de la ginecología natural enfocado a la sexualidad que se da entre mujeres que tienen sexo con mujeres y sus necesidades para evitar el contagio de ITS. Adicionalmente participé en dos talleres sobre sexualidad para mujeres, los cuales fueron desarrollados por el Grupo Enigma Red de Mujeres Diversas. A partir de los temas abordados y las discusiones que se desarrollaron en estos talleres pude identificar puntos comunes y que se articulan con las ideas y cuestionamientos de las distintas personas que entrevisté.

De esta manera, en la conversación salieron a flote muchas dudas sobre salud sexual y, aunque algunas creen que tenemos actualmente más educación sobre protección en las prácticas sexuales entre mujeres “porque han averiguado, han consultado, al menos a alguna amiga le han preguntado, si no es que han tenido curiosidad de ver en páginas de sex shop, de educación sexual o de organizaciones y demás, o inclusive en páginas porno, que hay métodos que se usan”¹⁰²; lo que pude observar es que la mayoría no sabe sobre métodos de protección pues, a pesar de su interés por el tema, no suelen buscar información al respecto ni indagar con algún profesional de la salud.

Sin embargo, quienes efectivamente han indagado sobre el tema no la han tenido fácil, pues no han podido obtener información de un centro médico, sino que las respuestas -cómo discutí antes- han surgido de artículos para mujeres sobre sexualidad no heterosexual, material sobre sexualidad lésbica y bisexual en internet y de talleres de colectivos y *charlas* de la empresa Liberarte¹⁰³, debido a que, como vimos, no hay muchos materiales disponibles.

“Lamentablemente, uno encuentra solamente como esta información muchísimo más detallada o en colectivos o en grupos que están especializados en estudiar estos temas o desde la academia cuando lo enfocan o de pronto cuando hay ferias de sexo. Entonces, hay toda la gama de protección o así, cuando uno estudia algo que tenga que ver con la sexualidad lésbica o así. De resto, no es tan sencillo”¹⁰⁴.

De igual manera, esta ausencia de material e información o de acceso a los mismos lleva a que muchas mujeres compartan con sus amigas buscando una fuente de información para aprender sobre sexualidad, pero en este espacio tampoco se logra discutir sobre ITS, su transmisión, riesgo al contagio y protección. Esto no se debe únicamente al desconocimiento, sino a un temor de cómo la otra persona va a reaccionar. Así, “Una de las razones por la cual las personas no les cuentan a las otras que tuvo o tiene una ITS es porque qué me va a decir

¹⁰² Mujer, 33 años, Bogotá marzo 3 de 2017.

¹⁰³ Empresa ubicada en Bogotá dedicada a la consulta psicoterapéutica especializada y enfocada en el abordaje a personas sexualmente diversas como lesbianas, gays, bisexuales, transexuales y de género fluido. Además de la atención psicológica, realizan talleres y consultorías sobre temas relacionados con diversidad sexual (así lo denominan) tanto para profesionales como para personas en general que estén interesadas.

¹⁰⁴ Mónica Tinjacá, 28 años, Bogotá marzo 13 de 2017.

o cómo va a reaccionar”¹⁰⁵ y es que “si alguna persona cercana a mí le hubiese pasado eso [contagiarse de alguna ITS], no lo contaría. Digamos, si a mí me llegase a pasar, no lo hablaría, sobre todo menos en mi círculo social. Más ahora que si uno dice algo se vuelve público para mil y una personas”¹⁰⁶.



Ilustración 6. Fundación Triángulo (2017). *Guía de salud sexual para mujeres que tienen sexo con mujeres*.
Obtenido de <http://www.fundaciontriangulo.org/noticias/548-guia-salud-sexual> (18/06/2017).

La apuesta en este caso es, por un lado, atrevernos a tratar este tema con amigas y parejas sexuales, con las cuales es fundamental hacerlo por cuestiones de cuidado en las prácticas sexuales, y por otro, comprometemos a no reaccionar mal si otra persona nos cuenta que tiene o ha tenido alguna ITS. Al respecto, comienza a surgir la importancia de la articulación por la potencialidad política que puede poseer, puesto que a mayor posibilidad de encuentro con otras mujeres lesbianas (en comparación con la identidad) se abre el camino al reconocimiento de las diferencias y demandas específicas y por ello a la posibilidad *utópica* de conocimientos no atravesados por la mirada heterosexual (García y Romero, 2002; Haraway, 1999).

¹⁰⁵ María Paula Houghton, 33 años, ginecóloga, Taller Salud Sexual de Mujeres que tienen Sexo con Mujeres, Bogotá abril 17 de 2018.

¹⁰⁶ Vanessa Prang, 30 años, Bogotá marzo 10 de 2017.

La articulación no se trata de un único Hombre o Mujer hablando en representación de otros menos privilegiados o sin voz, el asunto acá es la necesidad de conexiones en las cuales somos responsables unas de otras (García y Romero, 2002) (un tema que retomaré más adelante). Es por esta misma razón que para este trabajo (en el marco de los EECC) fue fundamental la apuesta por la producción de conocimiento desde el lugar de las mujeres y desde sus experiencias como mujeres lesbianas para contrarrestar una mirada principalmente médica y abrir el camino a salidas más *sutiles* y cotidianas.

¿Qué conocen los profesionales de la salud sobre ITS y protección entre mujeres?

En este orden de ideas, me cuestioné sobre qué saben y qué no saben los y las ginecólogas sobre ITS y su contagio entre mujeres. En principio, saben que las prácticas que tienen las mujeres lesbianas son las que se pueden *imaginar*, “lo que uno se imagina es sexo oral o penetración con algún objeto, con consoladores o con cosas así es lo que me imagino”¹⁰⁷. En realidad, lo poco que saben sobre el tema es por contacto con *poblaciones relacionadas o similares* como hombres homosexuales o personas trans (usualmente consultantes con VIH) y por sus amigas que tienen esta orientación sexual. De igual forma, sus compañeros o amigos del área de ginecología tampoco conocen sobre la sexualidad no heterosexual.

“cuando tú me contactaste, a mí me surgió una pregunta. Yo dije ¿cómo tiene que ser el esquema de tamizaje para cáncer de cérvix, o sea de cuello de útero, en una mujer lesbiana? Y entonces dije ‘no tengo ni idea, voy a preguntarle a todos mis compañeros de promoción’. Tenemos un chat y hay varios que han hecho diplomados de patologías cervical y todo eso. Y les dije ‘es mera ignorancia mía, necesito saber cómo es el este de tamizaje de las mujeres lesbianas’. Ninguno sabía, todos se basaron en mera suposición, igual que yo. Entonces, es muy triste y hay que investigar”¹⁰⁸.

Por otra parte, sobre la incidencia de ITS específicamente en las mujeres lesbianas o con estas prácticas, casi todos los profesionales *saben* que las mujeres tienen menor riesgo debido a que el mecanismo de transmisión más efectivo es hombre a mujer, especialmente en VIH,

¹⁰⁷ Ginecóloga, 35 años, Bogotá abril 20 de 2017.

¹⁰⁸ Ibid.

todo un juego de inyectar la enfermedad en la mujer. Como ya lo han identificado otros estudios, existe la creencia de que las mujeres lesbianas constituimos un grupo de bajo riesgo para el desarrollo de ITS, pero la infección en términos poblacionales es *desconocida* (Facchini y Barbosa, 2006).

Pero hay quienes van más allá. Algunos profesionales descartan del todo la posibilidad de contagio de ITS entre mujeres, de manera que indican que no es necesario, en nuestro caso, realizarse los exámenes relacionados. ¿Podemos imaginar por un momento la cantidad de mujeres que quedan sin diagnosticar alguna ITS, especialmente VPH y VIH, sólo por el hecho de haberse nombrado lesbianas/gay o decir que sólo tienen sexo con mujeres en la consulta? (Subsecretaría de Políticas de Diversidad Sexual del Gobierno de Santa Fe, s.f.; Urraca, 2017).

Sin embargo, cualquier ITS es transmisible y se requeriría tan sólo de algún tipo de laceración o micro herida para aumentar el riesgo. De hecho, las ITS no sólo se quedan en la zona genital, sino que pueden desarrollarse en lugares como la laringe, la boca e incluso las manos.

“tendríamos que ver básicamente que hay un contacto de la mucosa oral con la mucosa vaginal, entonces, hay menos riesgo de infecciones de transmisión sexual, en ese sentido, si hay ese contacto. Pero si por ejemplo hay contacto de mucosa vaginal con mucosa vaginal en general todas las infecciones de transmisión sexual están relacionadas con la secreción de la mucosa vaginal, o sea que, si hay contacto de mucosa con mucosa, podemos estar hablando de VIH, de hepatitis, de sífilis, de *haemophilus ducreyi*, de infección por monococo. Todas, todas porque todas están en la secreción de las mucosas”¹⁰⁹.

Asimismo, aparece el tema de infecciones comunes en mujeres, frente a lo cual las profesionales mencionaron que tanto la vaginitis como la vaginosis “realmente no se contagian, no son enfermedades de transmisión sexual. Ni con hombres ni con otras mujeres, eso depende de factores, y son infecciones bastante frecuentes en mujeres”¹¹⁰.

¹⁰⁹ Ginecólogo, 36 años, Bogotá abril 13 de 2017.

¹¹⁰ Ginecóloga, 35 años, Bogotá abril 20 de 2017.

Estas dos hacen referencia a cambios en el PH y en la flora vaginal normal, además que pueden aumentar la probabilidad de su presencia mutuamente. La vaginitis se refiere a la inflamación de la vulva y posiblemente de la vagina que se presenta como irritación y prurito (comezón) por un aumento en la cantidad de hongos en la zona genital. En este caso puede darse una candidiasis/candidosis vulvovaginal debido al aumento particular del hongo *Cándida*. Por otro lado, la vaginosis bacteriana es un aumento y desequilibrio de la flora bacteriana en la zona genital, lo cual produce mal olor, el cual se reconoce como olor a pescado en esa zona. Ambas pueden ser producto de una alergia, irritación, disminución hormonal, ducha vaginal, relaciones sexuales con una nueva pareja, relaciones sexuales con múltiples parejas, tricomoniasis¹¹¹, entre otras causas¹¹² (Lab Test Online, 2016; Medline Plus, 2018; Perea, 2010).

Estas infecciones “depende[n] de cómo esté yo, no depende de que alguien me transmite, depende[n] de mi cuerpo”¹¹³ y a pesar de no ser ITS, son factores de riesgo para el contagio. Aun así, la alta presencia de vaginosis y vaginitis entre mujeres lesbianas podría hacer pensar, según la ginecóloga María Paula Houghton que, a pesar de no ser contagiosas, son casi de transmisión sexual, pues una mujer con una flora vaginal o PH alterado puede favorecer que su pareja comience a presentar la misma condición.

Más allá de estas dos infecciones específicas, se puede afirmar que los profesionales de la salud desconocen las necesidades de las mujeres lesbianas en relación con la salud sexual, no conocen de un protocolo específico ni entidades que le ofrezcan atención diferencial a esta población. Para contestar a mis preguntas sobre protección y cuidado en la salud sexual, lo que hicieron fue una derivación de sus conocimientos generales en medicina y biología - no de su formación o por haberse informado en detalle: “Podría decir que casi todas las enfermedades de transmisión sexual podrían contagiarse con el sexo entre mujeres. Hombre,

¹¹¹ La tricomoniasis es una enfermedad de transmisión sexual causada por un parásito y puede causar vaginitis (Medline Plus, 2018; Perea, 2010).

¹¹² Ginecóloga, 35 años, Bogotá abril 20 de 2017; María Paula Houghton, 33 años, ginecóloga, Taller Salud Sexual de Mujeres que tienen Sexo con Mujeres, Bogotá abril 17 de 2018.

¹¹³ Ginecóloga, 35 años, Bogotá abril 20 de 2017.

pero que yo te diga me lo explicaron o me lo enseñaron o yo lo leí, no. Es también una [deducción]”¹¹⁴.

Entonces, así se exprese ser lesbiana, se exprese abiertamente la orientación sexual o las prácticas durante la consulta en busca de información más específica, las recomendaciones o tratamientos que reciben las mujeres son estandarizados y falta especificidad para saber cómo los síntomas se asocian con o se ven afectados por sus prácticas particulares: “Entonces, te voy a mandar tal cosa, pero no hacen como el deber de si, en caso tal, se llegó a dar por algo diferente [al sexo con un hombre de] decir qué estás haciendo; mira, si tienes problema en esto, no vuelvas a hacer esto; para que tengas una buena práctica sexual te recomiendo estas cosas. Pero eso no lo hacen”¹¹⁵.

La guía está pensada desde una perspectiva heterosexual, entonces,

“no está el enfoque diferencial, que es mirar las necesidades particulares de las mujeres lesbianas. y entonces lo que se hace es protocolizar lo que creen del sexo entre mujeres entonces, ‘¡ah! como ellas sólo juegan, entonces [...] que se pongan el condón. Entonces como que siempre está el imaginario del sexo heterosexual o heteronormado. Entonces, pues es lo mismo, van a meterse algo, sea un teléfono, un pepino, una botella, unos dedos, o sea cualquier cosa que tenga una forma fálica va a entrar y la solución es póngale el condón y ya”¹¹⁶.

De esta manera, no poder acceder a una atención enfocada en las particularidades del caso, especialmente respecto a la falta de capacitación del personal en aspectos como en qué consisten las prácticas lésbicas y el tipo de ITS e infecciones que pueden transmitirse o presentarse allí, son un factor de vulneración.

¹¹⁴ Ibid.

¹¹⁵ Vanessa Prang, 30 años, Bogotá marzo 10 de 2017.

¹¹⁶ Mujer, 24 años, Bogotá abril 10 de 2017.

Métodos preventivos y de protección frente al contagio de ITS

Muchas reconocemos que las médicas y los médicos no están en la capacidad de informarnos sobre los métodos para protegerse del contagio de ITS y a los cuales podemos acceder como mujeres lesbianas, debido a que saben muy poco al respecto. Esto está relacionado con una concepción de la sexualidad fundada en el coito heterosexual=embarazo, evidenciando por qué el problema, tanto para las médicas y los médicos como para el Estado, es el uso/no uso de anticonceptivos. A su vez, esto justifica que la pregunta más común en todo tipo de atención médica sea por el método con el que se planifica, es decir, qué estoy usando para evitar quedar embarazada.

En tanto las indagaciones durante la atención en salud sexual no pasan por qué prácticas sexuales tenemos, sino que somos *juzgadas* por el uso o no de anticonceptivos, las mujeres lesbianas nos convertimos en un *outlier* (un dato atípico en un conjunto de datos), en la evidencia de que lo que no se nombra no existe.

“me acuerdo mucho de una doctora que reaccionó muy a la defensiva y ‘¡Ah! Ya te estoy entendiendo, pero igual supongo que hay algún tipo de protección en ese tipo de prácticas pues porque estás expuesto a riesgos’ y yo le dije ‘si, protección si hay, lo que pasa es que tú me estás preguntando por planificación’, entonces me decía ‘bueno, bueno, igual es lo mismo’ y ahí es donde te digo [...] no, no es lo mismo. Puede que yo tenga un estilo de vida sexual y de prácticas sexuales que sea responsable, que me cuide, que me proteja, y otra cosa es que tenga que responder siempre la pregunta de planificación porque es un tema de salud reproductiva y ya está”¹¹⁷.

Algunos doctores y doctoras creen que posiblemente no hay métodos mientras para evitar la transmisión de ITS y otros mencionan elementos como el condón femenino, las barreras de látex y el preservativo lingual. Sin embargo, en el caso de las mujeres que se han atrevido a consultar con su médico sobre métodos de protección, no han encontrado respuestas esclarecedoras:

¹¹⁷ Mujer, 30 años, ginecóloga natural, Bogotá abril 23 de 2017.

- “Digamos que mis primeras relaciones no eran tan cuidadosas con las otras chicas, porque tenía un desconocimiento total, era como un tabú, un mito. Entonces, me empecé a interesar mucho por el tema [de la protección] y pues ya empecé a hacer consultas de rigor.”
- “Y cómo hacías esas preguntas [a los médicos]”
- “Pues muy casual, pues que qué protección podía utilizar”
- “¿Qué respuesta recibiste?”
- “Condón”
- “¿Te explicaron cómo usarlo?”
- “No”
- “Sólo te dijeron ¡consígase un condón! y ¿ya?”
- “Un condón femenino”
- “¿Te dijeron donde se puede conseguir? ¿te lo ofrecieron?”
- “Yo pregunté si lo entregaban por la EPS y la EPS sólo entrega, o yo no sé si eso habrá cambiado, pero en esa época sólo entregaba condones masculinos, femeninos no tenían”¹¹⁸.

Efectivamente, un alto porcentaje de las ITS podrían prevenirse si los profesionales que trabajan en los servicios de salud diesen una información clara, precisa y adecuada según las prácticas sexuales de la persona, en la cual se hiciera simultáneamente promoción de herramientas como el condón femenino, condón masculino (en sus distintos usos) y barrera de látex, entre otros (Subsecretaría de Políticas de Diversidad Sexual del Gobierno de Santa Fe, s.f.).

Pero el sistema de salud, en su invisibilización de las lesbianas, no promociona métodos de protección ante el contagio de ITS distintos al condón, tan popularizado en comerciales y carteles, y más asociado a la anticoncepción que a la protección. Se enfatiza continuamente *siempre el uso de condón* cómo la única manera de protegerse, pero ni siquiera se consideran las prácticas lésbicas mínimamente mencionando y enfatizando cómo este puede ser usado en las relaciones sexuales entre mujeres¹¹⁹ (Vargas, 2015).

¹¹⁸ Mónica Tinjacá, 28 años, Bogotá marzo 13 de 2017.

¹¹⁹ Taller Salud Sexual de Mujeres que tienen Sexo con Mujeres, Bogotá abril 17 de 2018.

“la información no está tan socializada, es decir, así como en el sexo heterosexual todo el mundo habla de usar el condón, hay propagandas, hay de todo, que uno ya sabe que van a usar el condón y que es hasta bueno. Tocaría hacer una misma campaña con las mujeres lesbianas para que entiendan que en una primera relación sexual, hay que usar condón, sea donde sea”¹²⁰.

Todo lo anterior coincide en que los métodos de protección específicos para sexo entre mujeres son de difícil acceso porque “no saben [...] dónde conseguirlos” “o carecen de los medios. [...] No son económicos [...] y en Colombia muchas chicas carecen del poder adquisitivo para pagarlas”¹²¹.

Para colmo, esta falta de socialización de mecanismos de protección ha significado para varias chicas la falsa creencia de que *no se pueden contagiar nada entre mujeres*, que no están en riesgo. Pero en otros casos, la desinformación puede llevar a usar elementos erróneos como el famoso gel anti-bacterial que, concebido bajo la idea de la higiene como factor de prevención, por su composición a base de alcohol genera una alteración del PH y flora bacteriana de la zona genital lo cual, en lugar de prevenir, por el contrario, aumenta la probabilidad de generar alguna infección o contraer una ITS¹²².

Pero hay otra cara de la invisibilización de las lesbianas en cuanto a los métodos de protección. El *mercado de la salud* no sólo no promociona instrumentos de protección para mujeres, sino que *no los diseña*. Tenemos claro que estos métodos de prevención de ITS son falocéntricos y están pensados en la penetración¹²³. Incluso elementos como la barrera de látex (sea o no hecha a partir de un condón), los condones linguales, los dediles (pequeños condones para los dedos) y el condón femenino, se creerían pensados para las prácticas lésbicas porque son los que se mencionan en guías de salud sexual entre mujeres. Pero no. Estos son instrumentos que te hacen pensar que debes decidir entre el placer (y la posición sexual) y la protección, puesto que no están diseñados para el sexo entre mujeres¹²⁴.

¹²⁰ Mujer, 24 años, Bogotá abril 10 de 2017.

¹²¹ Mujer, 33 años, ginecóloga natural, Bogotá abril 24 de 2017.

¹²² Taller Salud Sexual de Mujeres que tienen Sexo con Mujeres, Bogotá abril 17 de 2018.

¹²³ Ibid.

¹²⁴ Taller Sexualidad para mujeres, Grupo de Apoyo Red Enigma, Bogotá mayo 11 de 2018.

Esto lleva a que, por ejemplo, de un grupo de aproximadamente 25 mujeres lesbianas en el cual todas reconocen que podemos contagiarnos de *algo* durante el sexo con otra mujer, y donde la mayoría conoce métodos de protección, sólo una los ha usado siempre y muy pocas los usan con frecuencia¹²⁵. Esto se debe a que no son prácticos para el sexo y no son *sexys*, como señalan otras investigaciones (Barbosa y Facchini, 2009; Facchini, 2005.).

La protección le quita la emoción al sexo, pues esos instrumentos entorpecen la sensualidad del momento o, en otros casos, las chicas no saben cómo incorporarlos en las charlas de pareja y prefieren no traerlos a la relación sexual: “Mis amigas creen que demora mucho, les da jartera, y también se dañaría el momento si proponen algún método de cuidado”¹²⁶. Por ejemplo, el condón femenino es muy costoso y estorbo por su tamaño, o no tienen claro cómo es o cómo funciona, mientras que las barreras de látex eliminan el placer y se arrugan, por lo cual son descartados: “lo que menos creo yo que se usa es la barrera de látex. [...] yo no he conocido ninguna persona que me diga que la ha usado”¹²⁷.

“Ah! los femeninos, si [los conozco] y las barreras de látex. Sí, todas, pero no sirven, son malas, no se siente, o sea, hemos intentado con tres. Con el condón masculino roto, con la barrera de látex con sabores y con una barrera no de látex sino es un plástico que tiene un huequito para la lengua, pero no son muy buenos realmente, no se siente. Claro, son métodos que previenen las enfermedades, pero eliminan el placer”¹²⁸.

Así, en nuestra capacidad creativa, comenzamos a incorporar otras cosas, como guantes de látex y vinilo, y vinipel¹²⁹, que creemos pueden ser más funcionales y que en algunos casos puede decirse que resultan más efectivos. Sin embargo, esto revela que la industria de la salud sexual (si se le puede llamar de esa manera a quienes producen los instrumentos de protección) no ve como una población objetivo a las mujeres lesbianas¹³⁰.

¹²⁵ Ibid.

¹²⁶ Mónica Tinjacá, 28 años, Bogotá marzo 13 de 2017.

¹²⁷ María Paula Houghton, 33 años, ginecóloga, Bogotá marzo 10 de 2017.

¹²⁸ Mujer, 24 años, Bogotá abril 10 de 2017.

¹²⁹ Aunque ya se ha comprobado que el vinipel es totalmente entorpecedor de las relaciones sexuales entre mujeres al arrugarse continuamente, y también puede irritar la zona genital por su composición, que como ya se vio, aumenta la probabilidad de contagio de ITS e infecciones.

¹³⁰ Taller Salud Sexual de Mujeres que tienen Sexo con Mujeres, Bogotá abril 17 de 2018; Taller Sexualidad para mujeres, Grupo de Apoyo Red Enigma, Bogotá mayo 11 de 2018.

En definitiva, los instrumentos de prevención que se han y se siguen desarrollando no contemplan las prácticas sexuales de mujeres lesbianas y son muy costosos, lo que a su vez imposibilita que el sistema de salud pueda adquirirlos y el Estado pueda promover el acceso y distribución de manera gratuita de estos elementos (Subsecretaría de Políticas de Diversidad Sexual del Gobierno de Santa Fe, s.f.).

Como los métodos no están pensados para lo que *realmente* ocurre en las relaciones sexuales entre mujeres, “[como por ejemplo] frotarse, [...] ahí es donde se pegan los hongos, la vaginitis, pero pues que en el frote no hay un método de barrera y pues es ahí. Esos son los vacíos porque no se lo han pensado desde las mujeres lesbianas”¹³¹. Estos elementos están diseñados para cumplir una función muy puntual, pero no se diseñan para la comodidad ni para el placer, como es el caso de los condones masculinos.

“Hoy en día los condones masculinos han avanzado un montón. Entonces, tú te encuentras que su tecnología es muchísimo mejor, que son [...] hipoalergénicos. Digamos que en los condones de chicas no he visto tanto esa diversidad o esa tecnología o todo el uso de la ciencia aplicado allí. Sino que sigue siendo una cosa muy grande, sigue siendo un poco incómodo, creo que eso no ha evolucionado lo suficiente. Creo que sí debería haber más tecnología, más invención ahí, innovación en los productos de protección para chicas”¹³².

Sin embargo, tampoco podemos limitar estos vacíos a las prácticas y posiciones sexuales entre mujeres. Hablamos de unas necesidades específicas de los cuerpos gordos o con algún tipo de discapacidad o limitación y hablamos de los retos que implica la protección en el sexo casual¹³³. Es importante pensar en “reivindicar nuestra diversidad, no de la diversidad por la diversidad, sino de qué manera todos los cuerpos deberían ser valorados como hermosos, como dignos de placer, como realmente lugares para sentirnos seguras y generar conocimiento y demás. Y eso es una propuesta política”¹³⁴.

¹³¹ Mujer, 24 años, Bogotá abril 10 de 2017.

¹³² Mónica Tinjacá, 28 años, Bogotá marzo 13 de 2017.

¹³³ Taller Sexualidad para mujeres, Grupo de Apoyo Red Enigma, Bogotá mayo 11 de 2018.

¹³⁴ Mujer, 30 años, ginecóloga natural, Taller Salud Sexual de Mujeres que tienen Sexo con Mujeres, Bogotá abril 17 de 2018.

Entonces, cuando algunos estudios reconocen que las lesbianas se protegen menos de las ITS que los heterosexuales o los hombres gays (Urraca, 2017), es importante subrayar que esto se debe a la falta de promoción de elementos de protección, al pobre diseño de los instrumentos que existen y a la falta de la inversión e interés en desarrollar unos que se adecuen a las prácticas entre mujeres.

“¿cómo encontramos métodos atractivos que no sea el guante, el vinipel, es decir, que sean efectivos pero atractivos? En la práctica, una persona heterosexual puede ir a un supermercado y comprar unos condones, pero yo si siento que hay una brecha del acceso a métodos de protección lindos, o sea, atractivos y que sean sexys para tener sexo entre mujeres”¹³⁵.

En conclusión, aún hay mucho que aprender sobre la salud sexual entre mujeres al igual que los métodos y elementos de protección son un campo amplio en el cual se requiere trabajar. Asimismo, se requiere creatividad a la hora de pensar en protegerse/cuidarse, pero también es necesario verificar que lo que queremos usar sirve efectivamente como barrera de protección. Para ello necesitamos apoyo de la industria de la salud sexual, pues hay que partir de una mirada no heterosexual, re-conociendo unas necesidades reales tanto de salud como de placer que tenemos las mujeres lesbianas.

Reproducción: si quiero quedar embarazada

Siguiendo por la línea de lo invisibilizado, surgió el tema de la reproducción entre las mujeres entrevistadas. Si en general nuestra sexualidad como mujeres lesbianas es pasada por alto porque la esa concepción virginal que nos rodea, la reproducción es completamente omitida pues se presume una falta de deseo reproductivo (Subsecretaría de Políticas de Diversidad Sexual del Gobierno de Santa Fe, s.f.). Así como planteaba en el ‘modelo de la asexualidad’, la concepción de la categoría Mujer contiene una idea de la sexualidad no sólo en relación con el placer masculino sino también pensada con un fin reproductivo y en tanto las mujeres lesbianas no encajamos en esa categoría Mujer, se da por entendido que no tenemos un deseo de reproducirnos, de tener hijos.

¹³⁵ Ibid.

Aun así, la necesidad existe, es decir, no sólo requerimos que el personal de las EPS esté preparado y capacitado para dar solución a problemas sexuales, ITS e infecciones o dudas relacionadas con la sexualidad lésbica o bisexual, sino que también es importante recibir asistencia y guía sobre reproducción y concepción desde una mirada no heterosexual.

Puede decirse que el tema de la fertilidad y los embarazos en el caso de las mujeres lesbianas ofrecen un panorama bastante borroso para los profesionales en medicina (Urraca, 2017). Incluso, puede que no sólo hablemos de cómo concebir un hijo con mi pareja mujer, sino de cómo los tratamientos, procedimientos y cirugías asociadas al sistema reproductor pueden incidir en la realización del deseo de algunas mujeres lesbianas de ser madres, mujeres que no hallan respuestas reconfortantes o informadas por parte de sus doctores y doctoras: “Mi temor es que no tenga la información adecuada para mi deseo [de ser madre]”¹³⁶.

A pesar de contar con procedimientos para que una pareja de mujeres pueda tener hijas e hijos¹³⁷, seguimos teniendo un obstáculo de entrada y es que en las mismas preguntas iniciales de la atención ginecológica (como había mencionado), y prácticamente en todo tipo de atención, el enfoque está puesto sobre la anticoncepción de manera que la reproducción se piensa en términos de cómo evitar un embarazo desde tu lugar como mujer.

Tal vez la planificación familiar y la idea de reproducción podrían acercarse más a su misma definición, como plantea la OMS (2018): “La planificación familiar permite a las personas tener el número de hijos que desean y determinar el intervalo entre embarazos”. De esta manera, al pensar este concepto como una *verdadera* planificación, las preguntas relacionadas con el tema y la atención en salud sexual podrían partir del plan de la persona respecto a si quiere tener hijos o no, lo cual es una propuesta que no aplica solamente a las

¹³⁶ Natalia Escobar, 34 años, Bogotá abril 03 de 2017.

¹³⁷ Además de la adopción como persona soltera y la relación sexual con un hombre, hay otros métodos entre los cuales está ROPA (Recepción de Ovocitos de la Pareja) que también se conoce como Maternidad Compartida y que es un tratamiento de fecundación in vitro en el cual una de las mujeres se somete a la estimulación ovárica para aportar sus ovocitos y la otra recibe en su útero los embriones tras la fecundación de estos ovocitos con semen de un donante. La inseminación artificial, la cual consiste en depositar de forma artificial los espermatozoides en la cavidad uterina en el momento próximo a la ovulación y posterior a una estimulación ovárica. Finalmente, la fecundación in vitro, que se trata de fecundar los ovocitos de la mujer en el laboratorio con los espermatozoides de un donante, y luego los embriones se transfieren al útero de la mujer (Movilh Mujer, s.f.).

mujeres lesbianas sino a todo tipo de sexualidades “porque nunca se enfocan en la planificación, como cómo es planificar tu familia, cuántos hijos deseas tener o cuántos no, sino que presuponen que todas tenemos sexo heterosexual y aparte, que queremos evitar un embarazo”¹³⁸.

Adicionalmente, hay otro elemento que requiere atención y es la alternativa de la reproducción asistida (como mujeres lesbianas) que no cubre el POS y el alcance del diagnóstico de fertilidad. Al respecto, con la Sentencia T-306¹³⁹ la Corte Constitucional en el 2016 abrió la puerta para que las parejas con problemas de infertilidad y sin los recursos suficientes pudiesen acceder por medio de una tutela a un tratamiento de fertilización gracias a la atención de su EPS.

La infertilidad, por ser considerada una situación que no afecta la salud e integridad de la persona, no es reconocida como prioritaria por el Sistema de Salud Obligatorio (Semana, 2016). Sin embargo, para la OMS (s.f.), se trata de una enfermedad que, aunque no afecta la vida en sí misma, sí tiene efectos en la salud psicológica y física de las personas al igual que su entorno familiar y social, de manera que la Corte Constitucional ha promovido la posibilidad de ampliar la cobertura del POS a este tipo de tratamiento: “Para solicitar estas terapias, las peticiones pasarán por la misma evaluación que se hace a otros tratamientos de salud que no están incluidos en el POS, pero que pueden ser otorgados vía tutela” (Semana, 2016).

Esta propuesta está igualmente atravesada por la heterosexualidad obligatoria, ya que requiere de un conjunto de exámenes que diagnostiquen efectivamente la infertilidad para poder exigirle a la EPS que apoye a una pareja en el proceso de aumentar las probabilidades de un embarazo. Pero nuevamente, a pesar de lo *neutral* que pueda parecer el concepto mismo de infertilidad -como la “inhabilidad de una pareja sexualmente activa y que no está en

¹³⁸ Taller Salud Sexual de Mujeres que tienen Sexo con Mujeres, Bogotá abril 17 de 2018.

¹³⁹ Por medio de esta sentencia la Corte Constitucional falló a favor de la solicitud de una familia heterosexual de bajos recursos económicos beneficiaria de una EPS, a la cual se le había negado el tratamiento para quedar en embarazo que había ordenado su médico tratante de la misma EPS posterior a la realización de los exámenes requeridos para el diagnóstico de infertilidad (Semana, 2014).

tratamiento de contra-concepción para lograr un embarazo en un año” (OMS, s.f.)-, en contextos heteronormativos como el nuestro se recae en la invisibilización de aquellas parejas que, sin ser necesariamente infértiles, tienen dificultades para lograr la reproducción, como es el caso de las parejas conformadas por mujeres (y en algunos casos, por personas trans).

Entonces, como lo mencionaron las entrevistadas¹⁴⁰, en nuestra ciudad es difícil el acceso como mujeres lesbianas a un tratamiento de fertilización por la falta de cobertura de las EPS, además que en el país no se conocen procedimientos caseros alternativos para lograr quedar en embarazo, los cuales efectivamente existen en países europeos. Esta situación nos lleva a recurrir a entidades privadas especializadas en el tema de la reproducción asistida, con las cuales incide más la capacidad económica que la orientación sexual para poder recibir tratamiento (si pensamos que a este tipo de lugares también deben recurrir las parejas heterosexuales con dificultades para reproducirse quienes tampoco reciben respuesta de sus EPS). A partir de ello, se puede comprender que este particular entrecruzamiento del género, la sexualidad y la biomedicina con la categoría de clase social desemboca en otra forma de desatención de las necesidades de las mujeres lesbianas.

Crear la demanda

Por otra parte, como hemos visto, la construcción sobre la sexualidad de las mujeres lesbianas ha desencadenado temor a hablar sobre nuestras prácticas sexuales, una vergüenza. Los placeres, posiciones y prácticas de cuidado son muchas veces desconocidos incluso para nosotras mismas, “Hay una tendencia a que de nuestra sexualidad no se habla o no sabemos, y lo que sabemos se habla en secreto y como en cuchicheo entre nosotras”¹⁴¹ porque como mujeres no se nos ha educado a hablar de nuestro cuerpo, nuestra genitalidad ni de nuestra sexualidad.

¹⁴⁰ Mujer, 33 años, Bogotá marzo 3 de 2017; Mujer, 30 años, ginecóloga natural, Bogotá abril 23 de 2017; María Paula Houghton, 33 años, ginecóloga, Bogotá marzo 10 de 2017; Catalina Beleño, diario de campo, Bogotá febrero 11 de 2017.

¹⁴¹ Taller Salud Sexual de Mujeres que tienen Sexo con Mujeres, Bogotá abril 17 de 2018.

Es aquí donde se vuelve fundamental reclamar un mejor servicio para nuestra salud sexual, adecuado a nuestras prácticas sexuales. En esto coinciden las médicas y los médicos, quienes ven como parte del problema que no han recibido consultantes que se enuncien con esas prácticas o problemáticas relacionadas, por lo cual no se han visto *obligados* a ahondar en el tema. No sólo se trata de que no se está preguntando si somos lesbianas durante la atención ginecológica, sino que se hace evidente una necesidad de enunciar tanto la orientación sexual como las prácticas sexuales que se tienen con otras mujeres. El propósito de esto es desfavorecer la presunción de los y las médicos de que todas somos heterosexuales.

De esta manera, profesionales y algunas entrevistadas coinciden en que, al consultar como mujeres que tienen sexo con otras mujeres, es importante crear una demanda trayendo a la consulta las dificultades y necesidades que rodean tanto la orientación sexual como las prácticas específicas asociadas, a pesar del temor que esto pueda generar.

Es decir, “A central part of recognition *is* visibility” (Dahl, 2010, p.147) y poder saber las prácticas que tiene la consultante les permitiría a los profesionales de la salud dirigir la atención en términos de exámenes y procedimientos a realizar en cada caso.

“Pues que me parece a mí, que lo primero que hay que hacer es ser abierto con el profesional de la salud. No les estoy echando la culpa, pero hombre, yo nunca he tenido una persona, una mujer abiertamente lesbiana en mi consulta y tal vez si la hubiera tenido sabría contestarte más preguntas de las que te contesto ahorita. Porque si ella me dice no mira, tal cosa y tal cosa, y no necesito tal cosa y tal cosa, y necesito que me asesores sobre esto, yo lo investigo. ¿Sí? es como cuando a uno le llega una paciente con una enfermedad que uno no conoce. Lo primero que uno llega a la casa es a investigar pa’ que cuando ella vuelva, uno sepa qué contestarle [...] Entonces mira, es que yo soy lesbiana y necesito saber esto, esto y esto. Ah bueno, perfecto. Como todo, habrá gente que le dice a uno, uy no que horror, pero hay gente que no. Es como cuando yo voy y me van a pesar y me dicen ‘está gorda, que horror’, pero pues así soy yo, y si usted así me acepta o no acepta pues ya es problema suyo, no mío”¹⁴².

¹⁴² Ginecóloga, 35 años, Bogotá abril 20 de 2017.

Esto mismo se pudo evidenciar en mi taller sobre salud sexual para mujeres que tienen sexo con mujeres. Al publicar la información por distintos medios, viví un desbordamiento de solicitudes de mujeres que deseaban participar o asistir. Aunque sabía que había un vacío al respecto, durante la organización, convocatoria y desarrollo del taller me di cuenta de que es más grande de lo que creía. Pero también pensé en qué pasaría si todas estas mujeres lesbianas o que tienen sexo con mujeres comenzaran a reclamar un mejor servicio en la atención salud, un servicio adecuado a sus necesidades. Si hay tantas dudas, tanto desconocimiento y tantas ganas de informarse y obtener un conocimiento claro y aplicable a nuestra sexualidad ¿por qué no lo reclamamos? Esa es la demanda de la que hablo.



Ilustración 7. *Construcciones sexualmente políticas ¿qué es ser lesbiana?* (2017).

Se puede consultar en <https://youtu.be/KaPNsmCd91M>

Capítulo 4. Posibilidades para Abordar el Tema de la Sexualidad Lésbica en la Consulta Ginecológica

Más que un lugar regular, más que ese lugar aséptico, la atención ginecológica, desde mi perspectiva, es un lugar de riesgo en tanto puede constituir una apuesta por una producción de conocimiento situado (Haraway, 1995). Dado que los discursos no son sistemas cerrados y por ello pueden modificarse y transformarse (Hall, 1992), se podría construir nuevos lenguajes analíticos –diseñar espejos- para representar e intervenir en ese espacio de la salud sexual.

En esta medida, busqué y logré identificar unos puntos comunes y en otros casos complementarios que podrían mejorar las situaciones mencionadas respecto a la atención ginecológica. A pesar de que se puede enunciar unas bases de cambio de la estructura de la atención, intento no desconocer todas las experiencias y subjetividades que se verían en juego si se diese un proceso de ese tipo.

Al respecto de una mejor atención en salud, Colombia Diversa (2010) planteó que un modelo afirmativo para la provisión de servicios en salud debería tener una visión integral de la salud y unos lineamientos claros para la atención a personas LGBT en sus aspectos comunes y particulares respecto a la población general. Bajo este modelo, entre otras cosas, se espera una deconstrucción de los prejuicios y supuestos sociales que están asociados a esta *población*, que se desarrollen materiales de registro en los cuales se consideren la orientación sexual y, además, se favorezca el intercambio de información entre las entidades que han abordado el tema. Aunque considero un modelo es un paso importante, en este capítulo también plantearé otros aspectos que surgieron como primordiales para poder desarrollar una mejor atención en salud sexual.

Capacitación, estudio y actualización

A lo largo de las entrevistas y los talleres fue siempre relevante la necesidad de capacitar al personal médico en temas relacionados con la sexualidad no heterosexual, que deben ser

preparados para no presuponer o naturalizar la heterosexualidad (como señalan investigaciones similares realizadas por Barbosa y Facchini (2006 y 2009)).

Ese desconocimiento de los profesionales de la salud sobre la sexualidad lésbica y temas relacionados, derivado de vacíos en la formación, está relacionado con un Estado que no promueve *en la realidad* la transversalidad de la famosa política pública de diversidad sexual, sino que cada institución educativa ha tenido la posibilidad de evadir el tema. Es decir, tanto en las instituciones educativas -de cualquier tipo- como en las que prestan los servicios de salud se habla únicamente de lo heterosexual. Ante esta situación, personas como María Paula Houghton, lesbiana y profesional de ginecología podría verse como una ruptura del sistema médico en Bogotá al haber optado por profundizar en el tema de la salud sexual de mujeres lesbianas y encontrar espacios para informar a otras mujeres lesbianas sobre sus hallazgos y reflexiones.

Y es que, efectivamente, ninguna asignatura universitaria aborda esta temática, ni los profesionales están informados sobre eventos de actualización relacionados (si es que los hay), ni crean capacitaciones en sus empresas:

- “¿En tu formación como profesional de la salud, así médica, te enseñaron sobre diversidad sexual?”
- “Nada”
- “Eso es grave no?”
- “A mí nunca me enseñaron nada”
- “Imagínate que yo soy enfermera. A mí en mi formación como enfermera no me enseñaron nada. Hombre, mujer, tatatata. Pero ¿sabes qué es lo que más me aterra? Que, en este momento, yo siendo docente de facultad de enfermería, no está en los currículos”
- “¡Todavía hoy en día no está!”
- “No.”
- “No me enseñaron por ejemplo qué era la identidad, la orientación. A mí eso nunca me lo enseñaron en ninguna clase. Ya en décimo, en psiquiatría, que la homosexualidad, que eso ya no era una enfermedad, pero [...] no me enseñaron por qué eso o por qué concepto o por qué salió la [...]. Me enseñaron a aprenderme todo el DSMIV y entonces ahí estaba esa parte

y nos enseñaron lo que salía y lo que entraba, pero no nos explicaron ningún enfoque, ni nos explicaron qué eran derechos, ni nos explicaron jamás qué era la orientación, la identidad, el sexo. [...] Cuando estudié el posgrado, tampoco me enseñaron nada de género, ni diversidad ni siquiera de género en el sentido femenino, no nada. [...] Pues sí, en un posgrado de ginecología, que es de cuidado a la mujer, no dan una cátedra de género ni nada de eso. No existe. De derechos, de nada de nada. Enseñan anticoncepción, pero técnicamente [...]"¹⁴³.

Así, como bien indica Colombia Diversa (2010), hay una necesidad de formación profesional específica sobre los temas relacionados con las distintas orientaciones sexuales, de crear grupos de estudio en las entidades de salud para manejar los casos donde no se tiene la experiencia necesaria y generar programas de actualización en los temas relacionados. Aunque, de acuerdo con lo que encontré al hablar con mujeres lesbianas y profesionales, el énfasis no es sólo sobre las orientaciones sexuales, sino, más bien, sobre las prácticas sexuales que pueden existir.

El propósito es atacar los imaginarios y estereotipos, además de promover un interés por actualizarse, pues “cualquier profesional de la salud que se precie debe mantenerse informado e ir cambiando sus protocolos” (Urraca, 2017). Para ello, hay que estudiar el tema e identificar factores de riesgo en las mujeres con prácticas sexuales lésbicas, buscando responder a las necesidades reales de la población y realizar una intervención diferencial efectiva no basada en suposiciones.

Sin embargo, desde la perspectiva de las profesionales en salud, esta necesidad coexiste con la de informar a las mujeres que el personal está capacitado en los temas relacionados con prácticas sexuales no heterosexuales, y de esta manera, disminuir el miedo de algunas mujeres para hablar sobre su sexualidad con su médico:

“No puede preguntársele a todas las mujeres que vienen a consulta ¿usted es lesbiana, señora? No. Es una manera muy mal. Pero si se puede repartir un volante que diga como: el personal

¹⁴³ Patricia Melo, 42 años, enfermera y María Paula Houghton, 33 años, ginecóloga, Bogotá marzo 10 de 2017.

de esta institución está capacitado para atender personas de todas las orientaciones sexuales, identidades de género existentes. No tema ser franco y abierto con su médico”¹⁴⁴.

Pautas en el trato

La reacción de los profesionales de la salud que nos atienden incide sobre la postura a tomar como consultantes. Si en el momento que uno entra y expresa que no le gustan los hombres, que sólo tiene relaciones sexuales con mujeres, que se es lesbiana o algo similar, la actitud del médico es de shock o de incompreensión, evidentemente nos sentiremos limitadas para profundizar en dudas y temas relevantes para nuestra salud sexual: “Esa expresión corporal es chocante y cuando uno ve eso uno ya dice, no, yo a este señor o a esta señora yo no le puedo preguntar nada pues no me va a responder, no me va a dar solución a mi cuestionamiento”¹⁴⁵.

El lenguaje verbal y no verbal inciden en las sensaciones que la persona puede tener, pues incluso esta última puede ser altamente violenta, vulneradora o incómoda. “Hay otro tipo de reacciones como la exotización [...] ¡Ay! Qué chévere. O si no la otra, que es de asco y que esa es bien fuerte, que te miren con asco”¹⁴⁶.

Sin embargo, el personal de salud dice que “Uno tampoco puede, por ejemplo, en el examen genital, sea citología o el examen ginecológico, pues pasarse de tierno porque la señora puede creer que yo le estoy cayendo, que yo la estoy manoseando ¿Ves? También tiene que marcarse esa distancia pues para que también quede claro que aquí también estamos es en un examen, no que la señora piense otra cosa”¹⁴⁷.

Lo cual, tampoco es una idea sin fundamentos pues, como mencionó una de las entrevistadas:

¹⁴⁴ María Paula Houghton, 33 años, ginecóloga, Bogotá marzo 10 de 2017.

¹⁴⁵ Taller Salud Sexual de Mujeres que tienen Sexo con Mujeres, Bogotá abril 17 de 2018.

¹⁴⁶ Ibid.

¹⁴⁷ María Paula Houghton, 33 años, ginecóloga, Bogotá marzo 10 de 2017.

“algo que me da miedo, pero no sé si pase en la vida real, y es [...] ir al ginecólogo hay como que quitarse la ropa, hay que mostrar todo el cuerpo [...] me da un poco como de pena en principio como mostrar mis genitales y a veces, ¡ve! qué tal el ginecólogo sea un enfermo sexual o algo así y me toque o me haga algo raro o me diga como que haga yo algo raro. Me da un poco de susto”¹⁴⁸.

Es decir, existe una delgada línea entre lo que las chicas refieren como un trato más humano y lo que los profesionales de la salud pueden ofrecer en el contexto del procedimiento o de la atención para no ser malinterpretados y que la persona no se termine sintiendo igualmente violentada, especialmente si es lesbiana y parte del personal del área de ginecología:

“Uno, como profesional, pero al mismo tiempo lesbiana, también tiene miedo a que las mujeres heterosexuales que uno atiende piensen que uno les va a hacer algo o las va a abusar. Entonces, a mí me da miedo eso. Yo soy cero enclosetada, en el Facebook todo el mundo sabe. Pero, por ejemplo, en el trabajo soy muy reservada porque temo que las señoras, si se enteran, puedan pensar que yo la examiné para mirarle los genitales o alguna cosa así. Uno siente miedo”¹⁴⁹.

Entonces, lo ideal es que los profesionales de la salud eviten juicios de valor y conclusiones anticipadas sobre el comportamiento sexual y la vida de las personas que consultan, y más bien respondan de manera positiva ante la enunciación de que se es lesbiana, además de basarse en el respeto y confidencialidad, entre otros factores (Colombia Diversa, 2010).

Pero, si por el contrario nos cruzamos con un doctor, doctora o profesional de la salud quien nos está haciendo sentir violentadas durante un examen, debemos suspender inmediatamente el examen o la consulta, poner una queja con la institución sobre el profesional que nos atendió y exigir que se agende una nueva consulta con otra persona.

“la única razón por la que muchas personas que tienen actitudes que no son correctas [las siguen teniendo] es porque nadie les dice nada. Yo no estoy diciendo que los demanden, los maten, les peguen. Por eso les digo, no hay que ofender a nadie, pero con que uno pase una queja no

¹⁴⁸ María Orozco, 28 años, Bogotá marzo 25 de 2017.

¹⁴⁹ María Paula Houghton, 33 años, ginecóloga, Bogotá marzo 10 de 2017.

los van a echar ni los van a matar, solamente les van a decir que eso no se debe hacer. En general, lo que le van a hacer es como una retroalimentación, una charla, y creo que eso no le cae mal a nadie”¹⁵⁰.

De esta manera, si uno no se siente bien con los procedimientos, puede retirarse del lugar. No estamos obligadas a sentirnos maltratadas. Aun así, desde las instituciones deben crearse sanciones y correctivos ante situaciones de discriminación directa o indirecta si la violencia está asociada a nuestras prácticas sexuales u orientación sexual (Colombia Diversa, 2010).

¿Cómo indagar sobre las prácticas u orientación sexual?

Parte de las recomendaciones de los profesionales de la salud entrevistados a sus compañeros/as es concientizarse sobre otras orientaciones sexuales, lo que ayudaría a evitar experiencias negativas como esta: “yo la escuchaba y decía, le hace falta una pregunta antes de empezar a darme el regaño y la retahíla del VPH orientado para una mujer heterosexual. [...] parte importante para el conocimiento para mi salud sexual fue como esto no tiene absolutamente nada que ver conmigo”¹⁵¹.

Los profesionales reconocen que están inclinados a pensar que sus consultantes son heterosexuales y que, en realidad, sí debe haber una diferencia en la atención porque la idea es darla de manera específica. Para ellos, es claro que la atención a mujeres que tienen sexo con mujeres tendría diferencias respecto a la que se realiza con una mujer heterosexual. Por ejemplo, los ginecólogos y ginecólogas mencionan que no habría énfasis en el uso de preservativo porque no hay riesgo de quedar embarazada, tendría que definirse si ha sido penetrada para definir el tipo de examen ginecológico a realizar, y las indicaciones y el tratamiento serían diferentes.

“Yo creo que de pronto si ella está pidiendo la ayuda para minimizar riesgos de las infecciones de transmisión sexual de pronto si uno tiene la sospecha de que la paciente presenta

¹⁵⁰ María Paula Houghton, 33 años, ginecóloga, Taller Salud Sexual de Mujeres que tienen Sexo con Mujeres, Bogotá abril 17 de 2018.

¹⁵¹ Natalia Escobar, 34 años, Bogotá abril 03 de 2017.

comportamientos o sexo con mujeres si es bueno, me parece que si es bueno hacer la pregunta para que uno sepa qué recomendación darle y no ponerse a darle recomendaciones que para ella no le van a servir mucho porque sus prácticas son diferentes. Sí, yo creo que eso es importante saberlo”¹⁵².

Pero, a pesar del reconocimiento de la relevancia de esta información, no hay mecanismos implementados o que se puedan implementar para indagar sobre la orientación sexual de las consultantes. Adicionalmente, es problemático preguntar de entrada la orientación sexual o las prácticas sexuales de las mujeres y por ello muchas veces consideran que “¡Eso no se debe preguntar!”¹⁵³, refiriéndose a que no se debe indagar de manera directa.

¿Por qué? A pesar de que las chicas, en general, consideran como parte de la solución que los doctores y doctoras indaguen sobre esto, las médicas y los médicos, por su parte, también tienen miedos de las reacciones de las consultantes: “Uno también de médico, uno también tiene miedos. No sólo el paciente o la paciente tiene miedo de ‘ay, qué irá a pensar el médico si yo le digo tal cosa’ ¿cierto? Sino que, también, uno de médico dice ‘bueno, qué va a pensar la señora si yo le digo eso’”¹⁵⁴.

Esto debido a que, por experiencias previas en temas *similares* como el derecho a la interrupción voluntaria del embarazo, las médicas y los médicos han podido identificar que es mejor indagar “por escrito en la historia cuando la gente llena, por ejemplo, unos datos, le preguntan, y la gente sabe que es un formato y no es porque nada en mí. Pues si yo, por ejemplo, a la señora le digo: señora, ¿usted tiene relaciones con otras mujeres? ella lo que va a decir es la doctora me vio cara de lesbiana [...] y se va a ir a quejar”¹⁵⁵.

Así, la solución al problema de asumir que todas las mujeres son heterosexuales debe ser pensado de otras maneras en la consulta, incluso “si a usted le pasan un formulario para usted inscribirse en la EPS que dice como: [...] nací como hombre mujer, mujer; me identifico

¹⁵² Ginecólogo, 36 años, Bogotá abril 13 de 2017.

¹⁵³ Ibid.

¹⁵⁴ María Paula Houghton, 33 años, ginecóloga, Bogotá marzo 10 de 2017.

¹⁵⁵ Ibid.

como mujer; tengo... normal, dirección, oficio, normal, como parte de... Entonces, la gente siente que no es personal sino parte de los datos que me pide y el médico lo sabe, entonces, ya no le pregunta bobadas”¹⁵⁶. Lo cual permitirá, a su vez, que los instrumentos y aproximación que se utilicen sean más específicos.

Aun así, es fundamental que la indagación esté acompañada de un trato respetuoso. “[Si me pregunta] ¿es sexualmente activa, con hombres, con mujeres, ambos? [...] que sean muy respetuosos con el tema. O sea, no me digas ni mierda, no me digas que está bien o que está mal. Céntrate en mi salud como ser humano y ten en cuenta mis prácticas sexuales”¹⁵⁷.

Pero, en definitiva, como han identificado otros estudios, sobresale la necesidad de que el profesional indague las prácticas sexuales -y reproductivas- y no presuponga una heterosexualidad con el fin de evitar también estereotipos sobre el lesbianismo (Barbosa y Facchini, 2009; Facchini, 2005).

Investigación

Si la queja es por falta de conocimientos por parte tanto del sistema de salud como entre mujeres lesbianas, una de las soluciones es la investigación, que permitirá comenzar a conocer los requerimientos específicos de la población para crear esos abordajes tan solicitados y esperados. Es claro que desde la ciencia se requieren respuestas:

“Es verdad, hay mucho desconocimiento pues primero de uno como ser humano, porque me imagino que como no me toca directamente y en la consulta no lo veo tan frecuentemente no me he preocupado por investigar ¿sí? Y, además, desconocimiento de la academia ¿no? porque la academia tampoco a nadie le importa que tú lo sepas, entonces como que tampoco te generan la duda ‘oiga investigue sobre el tema’. ¡No! a nadie le importa. Entonces, yo no sé, tú no sabes, nadie sabe. Pero bueno alguien sabrá en algún lado”¹⁵⁸.

¹⁵⁶ Ibid.

¹⁵⁷ María Orozco, 28 años, Bogotá marzo 25 de 2017.

¹⁵⁸ Ginecóloga, 35 años, Bogotá abril 20 de 2017.

Aun así, no estoy hablando de una investigación cualquiera, sino de una cuyo enfoque, construcción y desarrollo incorpore y parta de las experiencias de las propias mujeres lesbianas. Al igual que en este trabajo, cualquier estudio/investigación debe alimentarse por la incorporación de la mirada del subalterno; como mujeres lesbianas, no nos limitamos a ser objetos, sino que también somos sujetos de la construcción de conocimiento (Anzaldúa, 1987; 2001; Haraway, 1995).

Entonces, aparece la necesidad de identificar las prácticas *reales* de las mujeres que tienen sexo con mujeres, y no sólo para la especificidad de la atención sino para que quienes realizan la atención médica tengan una base para desarrollarla, y de esta manera no resulten confundidos ni se sientan maniatados ante una consultante lesbiana. ¿Por qué? Porque finalmente todo está dirigido a los hombres, puesto que la mujer se ha constituido como un objeto de estudio y control para producir conocimiento que sirve a los intereses de ese grupo, los hombres (Hall, 1992).

Es decir, en tanto la ciencia está inserta y a la vez es una muestra de un sistema heterosexual, la sexualidad de las mujeres se piensa en tanto posibilidad de placer masculino. Así, nuestros cuerpos de mujeres confinados a esa heterosexualidad obligatoria (Rich, 1980) crean la invisibilización de la sexualidad de las lesbianas y es por esta razón que las prácticas sexuales entre mujeres no son ubicadas como un tema relevante al interior de la ciencia y de otros espacios sociales. A su vez, esta falta de interés sobre *todo aquello existente* al interior de las relaciones sexuales entre mujeres impide el desarrollo de estudios científicos que muestren las dificultades en salud sexual que se les asocian.

Para lograr estudios e investigaciones útiles para las vivencias de las mujeres lesbianas, es necesario considerar esos aspectos que reconocemos como relevantes desde nuestras propias experiencias al igual que nuestra percepción de las faltas y vacíos existentes en la biomedicina. Lo que imaginan unos pocos sobre las problemáticas y necesidades del sexo entre mujeres puede estar bastante lejos de aquello que en realidad nos interesa.

“yo creo que tendríamos que empezar por conocer cuáles son las prácticas más frecuentes y ahí de pronto dirigir el protocolo de atención. Digamos que yo podría pensar que lo más frecuente es sexo oral, pero, de pronto, si miran en las chicas no es tan frecuente eso, entonces estaríamos apuntándole a algo diferente. Yo creo que conocer con estudios locales qué es lo que sucede en la mayoría de las relaciones y ahí apuntarle”¹⁵⁹.

Además, así como no existimos en las dicotomías, la universalidad y la unicidad que plantea la ciencia moderna, y es más bien difícil determinar qué es ser lesbiana ya que nuestras experiencias, vivencias y prácticas sexuales son múltiples, al proponer estrategias de inclusión en los servicios o políticas de salud, es fundamental tener en cuenta las demandas y diferencias entre las mujeres lesbianas para así evitar el prejuicio o la invisibilización de ciertos cuerpos o sujetos (Barbosa y Facchini, 2009; Facchini, 2005).

“Asistimos a una reunión y unas chicas empezaron a hablar de no, hay que decirles a los médicos que tienen que tener cuidado con la citología, porque las mujeres lesbianas no tenemos relaciones penetrativas [...] pensar que todas [tenemos] el mismo tipo de relación sexual es super errado y también en términos de salud. Si fuera ella la que tuviera que ir a decir a un grupo de médicos cómo hacer un protocolo, nos jode a las que tenemos otras prácticas [...]”¹⁶⁰.

Cuando se trata de salud sexual, del tratamiento, los riesgos y el contagio cambian significativamente en las prácticas entre mujeres. Por ello, “es que, para cada tipo de orientación de práctica sexual, porque no necesariamente tiene que estar relacionado con la orientación, sino que para cada práctica sexual debería haber algo como discriminado por las personas que lo están haciendo”¹⁶¹.

Esta necesidad de investigar, comprender e incorporar las prácticas sexuales de mujeres lesbianas para generar los protocolos de atención, incluso unos que sean “más abiertos y que permitan dialogar con el paciente”¹⁶², también es percibida por todas nosotras. En realidad, son hasta ahora los colectivos (como ya hemos visto) los que se han interesado por abordar

¹⁵⁹ Médica, 32 años, especialista en VIH, Bogotá abril 04 de 2017.

¹⁶⁰ Natalia Escobar, 34 años, Bogotá abril 03 de 2017.

¹⁶¹ Médica, 32 años, especialista en VIH, Bogotá abril 04 de 2017.

¹⁶² Natalia Escobar, 34 años, Bogotá abril 03 de 2017.

la información sobre sexualidad lésbica de manera un poco más formal: “yo creo que es tarea del sistema de salud entender las prácticas sexuales de las mujeres lesbianas, es decir, acercarse a mujeres lesbianas, hacer investigación y generar protocolos de atención. Creo que es un deber, que así debería ser”¹⁶³.

Aun así, como proponen otras investigaciones y que es muy importante, se deben articular los actores de los movimientos feminista y lésbico con investigaciones y profesionales del área de la salud para lograr investigaciones cuyos resultados sirvan a la práctica de profesionales de la salud (Barbosa y Facchini, 2009; Facchini, 2005).

Participación del Estado en la difusión

Siguiendo la misma línea, de nada serviría la investigación y el conocimiento si no se difunde. ¿Qué nos hace pensar que no encontremos referencia a la protección entre mujeres en propagandas televisivas y en publicidad en la calle? ¿Cómo podemos tomar que no nos ofrezcan *preservativos* para el sexo entre mujeres al salir de la consulta médica? ¿Qué podemos interpretar sobre la promoción de sexo seguro entre hombres homosexuales, pero no entre mujeres? Para muchas mujeres lesbianas¹⁶⁴ esto es tan sólo la evidencia de la falta de preocupación del Estado por su salud sexual.

Esto se debe a que han sido las organizaciones de mujeres lesbianas las que, por medio de ejercicios de construcción de conocimientos colectivos, han asumido la producción y distribución de material informativo asumiendo el papel de educar a las mujeres con prácticas lésbicas sobre cómo protegerse y cuidarse (Vargas, 2015). Sin embargo, esto no habría sucedido si las atenciones en salud (especialmente en las EPS) y el Estado hubieran evidenciado interés en atender de manera asertiva las necesidades de las mujeres lesbianas.

¹⁶³ Mujer, 24 años, Bogotá abril 10 de 2017.

¹⁶⁴ Catalina Beleño, diario de campo, Bogotá febrero 15 de 2017 y abril 26 de 2017; Taller Salud Sexual de Mujeres que tienen Sexo con Mujeres, Bogotá abril 17 de 2018; Taller Sexualidad para mujeres, Grupo de Apoyo Red Enigma, Bogotá mayo 11 de 2018.

Es por esto mismo que las guías sobre salud sexual para mujeres que tienen sexo con mujeres (o para personas con vulva) producidas por organizaciones y colectivos son populares en redes sociales (según la revisión realizada) y, en muchos casos, las mujeres las tienen presentes como el *único material* que les ofrece información sobre su sexualidad, puesto que ellas han observado que no hay otras maneras para informarse sobre el tema¹⁶⁵.

Algo similar sucede con las actividades desarrolladas por colectivos como Red Enigma, para quienes la expectativa de recibir 15 personas en un taller puede convertirse rápidamente en un grupo de más de 30¹⁶⁶, o con el taller que desarrollé sobre *salud sexual de mujeres que tienen sexo con mujeres*, donde me contactaron alrededor de 40 personas e incluso después de su realización me solicitaban que volviese a realizar una actividad de este tipo¹⁶⁷. Estas situaciones demuestran la necesidad de tener espacios de discusión y aprendizaje porque se identifica que son muy pocos los que ofrecen desde otras instancias.

Sin embargo, el Estado es el encargado de proveer una cobertura en salud a sus ciudadanos la cual se trabaja actualmente desde la promoción de la salud y prevención de la enfermedad (bajo la perspectiva de la OMS (2016) que propone no centrarse exclusivamente en el tratamiento y curación de la enfermedad). Para ese ejercicio preventivo se desarrollan campañas informativas y educativas dirigidas mayoritariamente a la población heterosexual. Así, en medios de comunicación, vallas, paraderos y otros, vemos campañas de prevención dirigidas a parejas heterosexuales e incluso a hombres homosexuales (por ser una población priorizada en los programas de salud y prevención de contagio del VIH). Aun así, deberían existir campañas dirigidas a proteger nuestra salud sexual como mujeres lesbianas¹⁶⁸ y las políticas públicas que apuntan a *la diversidad sexual* no deberían perpetuar la invisibilización social de las lesbianas (Vargas, 2015).

¹⁶⁵ Taller Sexualidad para mujeres, Grupo de Apoyo Red Enigma, Bogotá mayo 11 de 2018.

¹⁶⁶ Catalina Beleño, diario de campo, Bogotá abril 17 de 2018

¹⁶⁷ Catalina Beleño, diario de campo, Bogotá mayo 11 de 2018

¹⁶⁸ Algo similar ocurre con la población joven, que se considera un grupo en riesgo porque se asume que son más promiscuos, así como temas de violencia intrafamiliar y violencia de género, que han logrado posicionarse como relevantes para el Estado (sin demeritar su importancia), nuestra sexualidad y sus riesgos también debería ser prioritaria.

Actualmente pareciera que somos vulnerables en la medida en que dependamos de la ginecología para asegurar nuestra salud, si no tenemos acceso a la información y conocimiento que proveen trabajos y actividades feministas, las cuales nos permitan llenarnos de argumentos y de herramientas para diseñar otras alternativas de cuidado y colocar límites en las intervenciones médicas (Monroy, 2012).



Ilustración 8. FELGBT (s.f. b). *Ginecólogo conócenos inclúyenos*. Federación Estatal de Lesbianas, Gais, Transexuales y Bisexuales. Obtenido de <http://www.felgtb.org/temas/politicas-lesbicas/documentacion> (10/10/2017).

Riesgos

El pensar en cómo mejorar la atención conlleva un gran riesgo. Puede suceder que, como todo lo que se piensa para *la diversidad*, la ausencia y la deficiencia sean solucionadas con un escenario específico para la atención de estas mujeres. Un espacio designado y pensado para las mujeres lesbianas.

Se deja de lado la obligación profesional de conocer sobre el tema y se traslada a unos pocos que se dedicarán al asunto: “Lo que pasa es que el sistema no tiene que yo conozca, montado un programa específicamente para esta población, entonces, si no lo tiene montado no puede hablar uno de que es adecuado ¿Me entiendes? Entonces, lo que habría que hacer muy seguramente es montar estos programas para atención específicamente de esta población”¹⁶⁹.

¹⁶⁹ Ginecólogo, 36 años, Bogotá abril 13 de 2017.

Adicionalmente, no podemos limitar el conocimiento de la salud sexual en el caso de mujeres lesbianas sólo a los profesionales de la salud sexual, pues no podemos descartar que en un contexto de medicina general posiblemente la orientación sexual o las prácticas sexuales también puedan ser influyentes:

“Otra vez que consulté, pero no al ginecólogo, pero que terminó siendo un problema grave de ginecología o bueno, de salud sexual, fue una vez que consulté por una verruga en el dedo. [...] yo me arreglo las uñas muy seguido, pero me las corto todo el tiempo, siempre soy poco cuidadosa y me dejo heridas. Y tuvimos una relación en la que yo simplemente la penetré con los dedos y cuando me empezó a salir una verruga en el dedo, negra [...] y me decían que eso era [...] una verruga. [...] yo primero intenté con las cosas tradicionales, [...] clotrimazol y betametasona, como unas cremitas. Y yo hágale y hágale y eso no se quitaba. Se aumentaba el tamaño y se volvía más negra y yo ‘pero ¿qué pasa?’. Un día fui al médico y le dije como ‘¡mire!’, y me dijeron ‘¡ah! No, eso sí es una verruga’ y me mandaron el tratamiento para la dichosa verruga. Me mandaron unas cremas y yo juiciosa échemelas, échemelas. Eso fue en la EPS. Y luego no me quitaba y no me quitaba y yo duré 6 meses con eso en el dedo y no me quitaba y no me quitaba, y yo ‘no, esto no es normal, voy a ir a la Nacional’. Y cuando llegué donde el especialista le dije ‘mira es que llevo esto, me dieron este diagnóstico, me apliqué estas cremas y no’. Y entonces me dijo ‘no, es que esa parece papiloma humano’ y yo ‘¿Ah?! ¿cómo así que papiloma humano? ¿luego eso no da por allá adentro?’ y me dijo ‘No, esa es una verruga viral de papiloma humano’ yo le dije ‘¿pero yo cómo lo pude haber adquirido?’ [...] Usted tuvo contacto con alguien que tenía el virus o por tocar... él suponía que yo tenía relaciones con hombres, entonces por tocar o eso se podía transmitir incluso en los buses, digamos que, si alguien tiene, lo pone en la baranda y uno lo coge ¡tan! se le prende y si uno tiene las defensas bajitas. Pero evidentemente el mío yo sabía por qué había sido”¹⁷⁰.

Aunque no sabemos en qué espacios de la atención en salud las prácticas son o no relevantes, también es un riesgo que el lesbianismo se convierta en una etiqueta al interior de la historia clínica de cada una. Esto finalmente puede ser incómodo para muchas mujeres y volverse otro punto de vulneración a su privacidad: “asisto [...] a la medicina prepagada. [...] y me di cuenta [de] que apenas todos los profesionales abren mi página, lo primero que dice es "mujer

¹⁷⁰ Mujer, 24 años, Bogotá abril 10 de 2017.

homosexual". Entonces yo digo, como por qué tienen que saber eso, como si voy a la nutricionista como por qué tiene que saber [...] que soy gay, ¿eso va a cambiar la dieta o qué?"¹⁷¹.

Es preocupante que, como en otros casos, el Estado traduzca “las demandas de las mujeres [lesbianas] en nuevos dispositivos de control o normalización” (Flores, 2009, p. 6), y que resaltar las ausencias y problemáticas asociadas a la atención y desatención de la salud y salud sexual de mujeres lesbianas se vuelva una forma de victimizar y resulte en nuevas formas de violencias.

Definitivamente es necesario que los profesionales de la salud que realizan la consulta no presupongan o naturalicen la heterosexualidad, mantengan una actitud respetuosa y adquieran herramientas para abordar investigaciones hechas a partir de las experiencias de mujeres lesbianas, además de crear y apoyar estrategias de divulgación de la información que aporten a la salud sexual de mujeres que tienen relaciones sexuales con mujeres en sus distintas prácticas. Aun así, me quedan unas preguntas: ¿Es sólo a través de la ginecología que podemos saber sobre nuestra salud sexual? ¿estamos asumiendo que es la única posibilidad? ¿hay otras formas de cuidado y protección accesibles desde nuestra propia experiencia? ¿hay algo más allá del conocimiento científico en lo que respecta a nuestras necesidades como mujeres lesbianas?

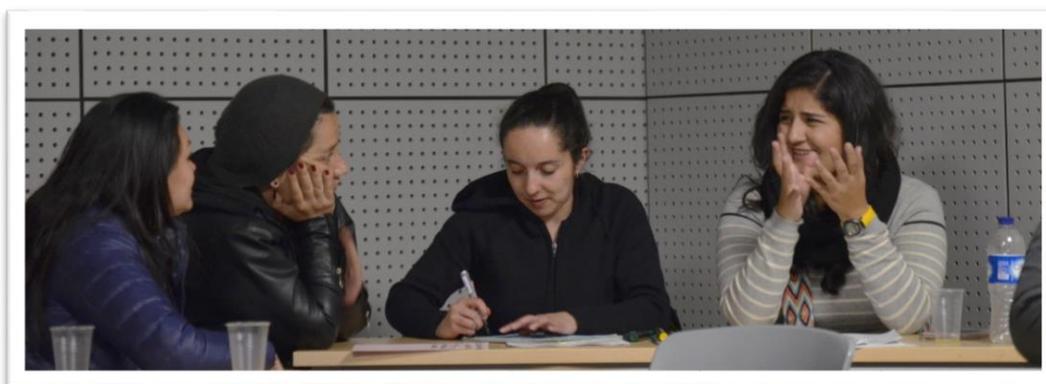


Ilustración 9. Taller Salud Sexual de Mujeres que tienen Sexo con Mujeres, Bogotá abril 17 de 2018. Foto de la autora.

¹⁷¹ Taller Salud Sexual de Mujeres que tienen Sexo con Mujeres, Bogotá abril 17 de 2018.

Capítulo 5. Una Salida-Apuesta: Re-Tomando el Poder-Conocer-Actuar sobre Nosotras

Al cuestionarme sobre si la única salida era pensar y proponer cambios a nivel institucional, estatal y de los profesionales de la salud para mejorar la atención en salud sexual que recibimos como mujeres lesbianas, sentí que me estrellaba con la imposibilidad, con la utopía de que se desarrollarían políticas y programas que promoviesen todas las cosas que había encontrado y que conocíamos ya desde la experiencia.

Entonces descubrí varias propuestas base de la ginecología natural dirigidas a prácticas sexuales (heterosexuales o no) y de gran utilidad para las mujeres lesbianas, aunque la relación entre esta área y las prácticas sexuales lésbicas es un campo todavía por explorar. Estas apuestas las presentaré en complemento con otros elementos que surgieron a lo largo de entrevistas y talleres como salidas que pueden y deben abordarse tanto desde la *individualidad* o, mejor, desde la posibilidad de agencia que cada una tiene, al igual que desde la articulación entre mujeres.

De acuerdo con Haraway, podría decirse que encontré un espejito *reposeído* para consolidar unas prácticas y conocimientos sobre nuestros propios cuerpos de mujeres lesbianas desde una mirada propia. Además, lo que planteo es una apuesta que no sólo reconoce la similitud biológica como mujeres en una sociedad particular, sino también la diversidad de nuestras prioridades, dejando de ser un movimiento por la salud de *algunas mujeres* (Haraway, 1995).

Estas apuestas no significan que descarte la importancia de una intervención estatal o de una ciencia que considere a las mujeres lesbianas como sujetos de interés en sus avances investigativos. Son más bien otros caminos posibles y de más rápido acceso para muchas o algunas de nosotras, quienes disponemos del tiempo y ciertos recursos económicos para enfocarnos en nuestra salud sexual (posiblemente no todas las mujeres lesbianas tendrán la posibilidad ni los medios para llevar a cabo estas alternativas y habría que considerar otras respuestas para ellas).

Ginecología natural

La ginecología natural, una medicina o saberes contruidos desde las mujeres para trabajar con y sobre sus cuerpos, partió y parte hoy en día de la experiencia personal: “Yo no tengo conocimientos, ni pretendo hablar como doctora, ni mucho menos. Todo mi conocimiento es desde la experiencia, desde muchos libros [...] es un proceso autodidacta”¹⁷². Aunque se le conoce como ginecología natural, como bien lo expresan las personas con quienes hablé sobre este tema¹⁷³, esta denominación no abarca sus propósitos y contenidos, “nombrarlo ginecología es como por meterlo por algún lado [...] son saberes más como para el bienestar de las mujeres y en general de la energía femenina en el mundo”¹⁷⁴. Se trata de unas bases de conocimientos antiguos no sólo de nuestras abuelas y bisabuelas, sino unos saberes, recetas caseras y secretos tradicionales femeninos, que provienen de “las memorias de las mujeres”¹⁷⁵, especialmente de las parteras, brujas y comadronas (Colectiva del Libro de Salud de las Mujeres de Boston, 2003; Nissim, 1984; Pérez, 2007; Surtees, 2003; Symonds, 1996).

Recordemos que las mujeres fueron las primeras médicas y anatomistas de la historia occidental, poseían conocimientos de sanación, de procedimientos para abortar y de farmacología (trabajaban con hierbas y creaban remedios curativos). Fueron médicas sin título por mucho tiempo y pasaban sus conocimientos de generación en generación (Ehrenreich y English, 1973; Federici, 2004). Sin embargo, su saber empírico fue ampliamente expropiado en países europeos con el ascenso de la medicina profesional y el saber científico, mientras la Iglesia criminalizó todo conocimiento proveniente de la experimentación de los sentidos (no se trata de la superioridad técnica de los hombres ni un mayor y más veraz conocimiento el que llevó a la persecución de sus conocimientos; de

¹⁷² Mujer, 30 años, ginecóloga natural, Bogotá abril 23 de 2017.

¹⁷³ Una de ellas es una mujer lesbiana de 30 años que se sumergió desde hace aproximadamente 7 años en el tema de la ginecología natural y la partería, y actualmente se dedica a dar charlas a grupos de mujeres y comunidades rurales sobre el tema. La otra es una mujer de 33 años que se dedica hace 5 años al aprendizaje de la ginecología natural y el trabajo con energías y piedras curativas.

¹⁷⁴ Mujer, 30 años, ginecóloga natural, Bogotá abril 23 de 2017.

¹⁷⁵ Ibid.

hecho, muchos de los preparados de hierbas curativas de las brujas son usados en la farmacología moderna)¹⁷⁶ (Ehrenreich y English, 1973; Federici, 2004).

Su labor fue desacreditada y la medicina popular, de la cual eran parte, fue prácticamente erradicada. La expropiación se extendió a su propia sexualidad, siendo condenadas y prácticamente erradicadas de la vida sexual y procreadora de las mujeres todas aquellas que sin estudios podían curar la enfermedad. Las curanderas (o con conocimientos relacionados) pasaron a asumir labores de cuidado en el rol de enfermeras y subalternas de los médicos (Ehrenreich y English, 1973; Nissim, 1984; Pérez, 2007).

Ese despojo dejó la ginecología de manera casi exclusiva en manos de hombres, quienes no tienen un útero ni vagina. Debido a esto, sus conocimientos no son ampliamente difundidos ya que el conocimiento científico fue instaurado como el único válido, en detrimento e invisibilización de todo conocimiento proveniente de las mujeres. Pero la práctica médica de las curanderas, brujas y sanadoras se ha mantenido hasta nuestros días en el contexto latinoamericano gracias a algunos movimientos feministas y a las comunidades indígenas y campesinas (Ehrenreich y English, 1973; Federici, 2004; Vallana, 2016).

En la década de 1970, la emergencia de iniciativas como el Movimiento por la Salud de las Mujeres del Movimiento de Liberación de las Mujeres se interesó por una mejor y mayor asistencia médica al igual que por un tipo de asistencia sanitaria diferente a la medicina establecida (Ehrenreich y English, 1973; Haraway, 1995).

En este contexto, el espéculo pasó de ser un instrumento de subordinación femenina a ser el símbolo y encarnación de los esfuerzos de las mujeres por liberarse de las políticas sexuales occidentales que se apoderaban de la generación de conocimiento (Ehrenreich y English, 1973; Haraway, 1995). Recordemos a la activista del Movimiento por la Salud Carol Downer

¹⁷⁶ De acuerdo con Federici (2004), a pesar de las hipótesis asociadas a la persecución de las brujas con el ascenso del método científico y la racionalidad científica, la caza fue más bien un bricolaje ideológico ante la necesidad de las élites europeas de eliminar todo lo que amenazara su poder político y económico. La caza de brujas finalizó a finales del siglo XVII porque la clase dominante tenía en ese momento una alta sensación de seguridad en relación con su poder más no por el surgimiento de una visión del mundo más ilustrada.

y sus autoexploraciones con un espéculo de plástico, un espejo y una linterna, con lo cual logró ver su vagina y cérvix, invitando a otras mujeres a hacer lo mismo, así como las sesiones colectivas con espéculo y espejo para la experimentación y auto-ayuda entre mujeres en el mismo Movimiento (Ehrenreich y English, 1973; Haraway, 1995; Sandelowski, 2000).

Aunque la ciencia biomédica logró introducir posteriormente nuevas tecnologías de visualización para el control y subordinación del cuerpo de las mujeres, quedaron herramientas fundamentales. Una de ellas -central para este trabajo- es la relevancia del autoconocimiento y de la construcción colectiva para la confrontación del sistema médico, considerando que la salud tiene el potencial de atravesar categorías como la clase, la raza y la -mal llamada- orientación sexual (Ehrenreich y English, 1973; Haraway, 1995).

Podría pensar que estos conocimientos han renacido en forma de *ginecología natural* dada la necesidad de acceder a formas de cuidado y sistemas distintos a la atención médica-científica y ante el cada vez más amplio y difundido descuido del Estado por la salud de la población. No podemos olvidar que la atención ginecológica y ginecobstétrica está invadida por aspectos violentos (Alzate, Bracho, Fajardo, 2010; Gil, Correa y Palacios, 2008; Monroy, 2012) y que la medicina y la farmacéutica no sólo han sido un mecanismo de control y experimentación de los cuerpos de las mujeres (estableciendo una idea de normalidad que nos lleva a interpretar nuestros procesos fisiológicos cómo síntomas de una problemática, la problemática de ser mujer), sino que también la atención en salud se ha vuelto un territorio de muy difícil acceso (Pérez 2007; Nissim, 1984).

Cabe recordar las inadecuaciones y limitaciones del sistema de salud, representado en las EPS, dado su interés en ahorrar costes económicos más que en ofrecer una atención apropiada. Esto se debe a que la salud entra a jugar en el sistema neoliberal como un producto más que debe proveer ganancias y, en esta medida, las necesidades de las mujeres no buscan ser atendidas, sino descartadas. De allí la falta de confianza en el sistema de salud, sin mencionar las situaciones específicas por ser mujeres lesbianas analizadas anteriormente¹⁷⁷.

¹⁷⁷ Mujer, 33 años, Bogotá marzo 3 de 2017; Mujer, 24 años, Bogotá abril 10 de 2017; Ginecóloga, 35 años, Bogotá abril 20 de 2017; Mujer, 36 años, Bogotá abril 23 de 2017; Mujer, 30 años, ginecóloga natural, Bogotá

Esto le ha permitido a la ginecología natural recoger estas inconformidades y violencias para crear una postura política que lleva a rescatar los conocimientos de las sanadoras y curanderas, abriendo así posibilidades para una agencia de las mujeres en términos de su salud sexual, los cuales se posicionaron en esta investigación como una de vías para re-tomar el control de nuestros propios cuerpos.

Autoconocimiento y responsabilidad consigo misma

Como mujeres hemos vivido y sufrido un control y subordinación de nuestros cuerpos, mientras que discursos como el de la medicina, la religión y la política se hicieron válidos y confiables: “han expropiado los conocimientos que tenemos nosotras mismas de nuestros cuerpos de nuestros procesos y no aplica solo para el tema sexual sino para todo. Lo que ha logrado esto es que nuestra sexualidad sea un territorio que, aparentemente y en la práctica, muchas veces controla otras personas y no nosotras mismas”¹⁷⁸.

En contraste, la ginecología natural permite un acceso *artesanal*, a mi cuerpo, a cómo funciona y qué factores se asocian a que se sienta mal, rompiendo con el imaginario de que solo el profesional sabe: “Autogestiónate a ti misma, autogestiona tu salud, conoce tu cuerpo, porque [...] quién mejor que uno mismo para poder saber cuándo el cuerpo está fallando o para escuchar los signos del cuerpo ¡pues uno!”¹⁷⁹. Para lograr estos objetivos, es necesario “hacerse consciente de su propio cuerpo y de los síntomas tanto físicos, emocionales, mentales y espirituales que tenemos en el día a día, podemos reconocernos y poder saber qué es lo que mejor es para nosotras”¹⁸⁰.

Discutimos con dos mujeres formadas en ginecología natural los fundamentos de conocerse y convivir con nuestros cuerpos desde la sexualidad y las propias prácticas, lo que me

abril 23 de 2017; Mujer, 33 años, ginecóloga natural, Bogotá abril 24 de 2017; Taller Salud Sexual de Mujeres que tienen Sexo con Mujeres, Bogotá abril 17 de 2018.

¹⁷⁸ Mujer, 30 años, ginecóloga natural, Taller Salud Sexual de Mujeres que tienen Sexo con Mujeres, Bogotá abril 17 de 2018.

¹⁷⁹ Mujer, 33 años, ginecóloga natural, Bogotá abril 24 de 2017.

¹⁸⁰ Ibid.

permitió entender que esta propuesta no es un saber todopoderoso, ni universal, sino que “permite explorar[.] desde ti misma”¹⁸¹ y en “en el [...] [de] prácticas sexuales con mujeres, [hay que] conocerlo desde ahí y experimentarlo desde ahí, ver cómo es con una pareja mujer”¹⁸².

La autoeducación y autoconocimiento de nuestra salud son herramientas indispensables para nuestro autocuidado y para su mantenimiento. La idea es retomar o apoderarse del conocimiento sobre el propio cuerpo y no descargar la responsabilidad de lo que pasa con nuestros cuerpos en un tercero, profesional especializado, y no lo digo con la intención de culpabilizar. Hablar de responsabilidad consigo misma en términos de salud se refiere a hacerse cargo, a tomar las riendas del cuidado de tu cuerpo, es asumir la responsabilidad de saber qué está pasando con este. En otras palabras, se trata de politizar la salud: “La salud es política. La conciencia por la salud es una determinación totalmente política porque es ser autónomo totalmente de ti mismo. [...] no le entregas tu enfermedad o no le delegas tu salud a otros, sino que tú misma te responsabilizas de tu salud”¹⁸³.

De esta manera, las prácticas autónomas pueden permitir desplazamientos de los espacios y técnicas médicas que se nos imponen. El propósito del autoconocimiento es abrir la posibilidad de fisuras en un sistema que propone la sumisión a una ciencia masculina y heterosexual. Por ello, ese extrañamiento que sentimos hacia las médicas y los médicos que no aciertan en la atención, representa potencial para crear nuevas respuestas y de movilizarnos (Flores, 2009) como mujeres lesbianas para encontrar formas que apunten a nuestras necesidades.

La autogestión es importante y no es sólo un asunto de resistencia, sino de lucha por los significados, por otras formas de poder y de placer en un mundo que nos quiere heterosexuales (Haraway, 1995). Por ello, este sistema de autoconocimiento no se puede confundir con un rechazo completo a la ginecología usual ni a los tratamientos alopáticos ¿Necesitamos de la medicina? Si, pero sólo *cuando ya se hace necesario*. Esta no es una

¹⁸¹ Mujer, 30 años, ginecóloga natural, Bogotá abril 23 de 2017.

¹⁸² Ibid.

¹⁸³ Mujer, 33 años, ginecóloga natural, Bogotá abril 24 de 2017.

apuesta por descartar el conocimiento científico, más bien es el reconocimiento del propio cuerpo y de la posibilidad de sentirse cercana a él, especialmente a su zona genital. El primer paso es conocernos “para no entregarnos como materia lista para la experimentación y dispuesta a malos tratos. Nosotras tenemos el poder de curarnos partiendo por conocernos y redescubrirnos”¹⁸⁴.

Por otra parte, el autoconocimiento permite concientizarnos de *qué hacemos* como mujeres lesbianas, reconocer los vacíos en torno a nuestras prácticas sexuales. Bien sabemos que la predominancia del enfoque en una sexualidad pensada en el placer masculino, ha llevado a la invisibilización de las mujeres lesbianas (Perrotta, 2014; Vargas, 2015; Vergara, 2013), por lo que re-conocer nuestras prácticas no sólo nos permitirá identificar cómo protegernos, así como los riesgos asociados, sino también nos facilitará hablar con mayor claridad sobre éstas con nuestros doctores y doctoras (recordemos que las prácticas sexuales son un tema fundamental a la hora de evaluar el riesgo de transmisión de una infección o ITS) que las reconocen como fundamentales para desarrollar una atención adecuada:

“a uno de médico no debería importarle la orientación sexual de la persona, sino sus prácticas sexuales. Es decir, que la persona se reconozca como lesbiana no quiere decir que nunca tenga sexo con hombres o que nunca haya tenido. O lo mismo, que un hombre se reconozca gay no impide que sea virgen, entonces pues qué riesgos puede tener. entonces lo que importa son las prácticas sexuales no la orientación sexual con la que la persona se identifica”¹⁸⁵.

Finalmente, la identificación de nuestras prácticas sexuales es una apuesta política por la visibilización y la construcción de un conocimiento desde una mirada no heterosexual. Ser una mujer lesbiana no se limita a la sexualidad, más bien nos abre caminos para revolucionar el sistema sexo-género y la heterosexualidad obligatoria en espacios tan cotidianos como el de la medicina y la atención ginecológica (Menéndez, 2017).

¹⁸⁴ Mujer, 30 años, ginecóloga natural, Taller Salud Sexual de Mujeres que tienen Sexo con Mujeres, Bogotá abril 17 de 2018.

¹⁸⁵ María Paula Houghton, 33 años, ginecóloga, Taller Salud Sexual de Mujeres que tienen Sexo con Mujeres, Bogotá abril 17 de 2018.

Este proceso, sin embargo, parte de procesos personales para producir conocimiento compartido. Así, hablaríamos de conexiones altamente encarnadas, de posibilidades de conectar con otras mujeres desde las experiencias que marcan nuestros cuerpos de mujeres lesbianas, y en esta medida, romper los dualismos propuestos por el sistema sexo-género (y otros como naturaleza-cultura, humano-no humano, discurso-materialidad) (García y Romero, 2002; Haraway, 1995). Finalmente, es en nosotras, en nuestros cuerpos y en nuestra sexualidad que conviven y se disputan las contradicciones que son evidencia de que el mundo no es como nos lo venden¹⁸⁶.

Autocuidado

En ausencia de una educación sexual para las mujeres lesbianas (o que tienen sexo con otras mujeres) sí podemos aprender a identificar los signos de alarma y cómo protegernos en nuestras prácticas sexuales. ¿Cuáles son estos signos de alarma? La mayoría de ITS no presentan síntomas o por lo menos unos claros, sin embargo, si tuvimos una relación sexual sin protección y/o presentamos alguna de las siguientes características es fundamental consultar al ginecólogo (*Col.lectiu Lambda, s.f.*): comezón en la zona genital; manchas en la ropa interior que no son habituales; llagas, úlceras, ampollas o verrugas en vagina y sus alrededores o ano; flujo anormal o de mal olor; inflamación en ano o vagina; dolor al orinar; sensación de querer orinar o defecar sin lograr hacerlo; sangrado excesivo durante la menstruación o la ausencia de la misma; inflamación de ganglios en la ingle o cerca a la boca. Otras señales son:

“[un] dolor que no tenía antes y que ahora estoy presentando, inflamación, alguna endureción, alguna masita, flujo que no era el que siempre estaba presentando, irregularidad en mis periodos, o que me empiece a doler mucho con mi periodo,”¹⁸⁷.

¹⁸⁶ Linn da Quebrada, junio 30 de 2018, Evento “Feminismo sin fronteras” en el marco del Ciclo Rosa.

¹⁸⁷ Ginecóloga, 35 años, Bogotá abril 20 de 2017.

De igual forma, es importante adecuar la protección a las prácticas sexuales que se sostengan¹⁸⁸ (Subsecretaría de Políticas de Diversidad Sexual del Gobierno de Santa Fe, s.f.). Por ejemplo, durante la penetración anal o vaginal y la masturbación mutua o estimulación es fundamental el uso del condón (masculino o femenino) o guantes en látex y lubricantes hidrosolubles, tanto para las manos como para los distintos juguetes sexuales que se usen (si los juguetes sexuales son intercambiados es necesario reemplazar el condón). En el sexo oral o cunnilingus, aunque es una práctica más segura que otras, si hay alguna micro herida, llaga o laceración en la zona bucal o garganta aumenta el riesgo de contagio, por lo cual se deben usar barreras de látex (creadas o no a partir de un condón), al igual que se recomienda su uso en el tribadismo o frotación de genitales por el posible contacto de fluidos. Finalmente, para el beso negro o práctica de lamer, besar o chupar el ano de la otra persona, debido al riesgo de ITS y de infecciones por bacterias y parásitos también se recomienda el uso de una barrera de látex (el riesgo aumenta si en la boca o garganta hay algún tipo de laceración).

Aunque son pocos los casos en los que estos elementos de protección se usan, en el caso de quienes sí implementan todos los métodos de protección que conocen, se les hace necesario proponerlos como objetos que dinamizan el sexo, como juguetes sexuales que dan un picante al momento, porque mencionar la protección en el sexo como una forma de prevenir una infección *apaga todo*. O puede que hayan sido mujeres que han “tenido la ventaja de salir con chicas que han tenido una sexualidad activa y que se han interesado mucho por protegerse. Entonces no ha sido un tabú, no ha sido un problema. Incluso ellas mismas guardan sus propias cosas y las saben usar, de hecho, ellas me han ensañado a usar[los] porque yo no sabía mucho”¹⁸⁹.

Estrategias de protección y cuidado aplicables y aplicadas en la vida cotidiana

Fuera de *la variedad de elementos disponibles para nuestra protección*, hay medidas para prevenir el contagio de ITS tanto desde la medicina como desde las mismas experiencias como mujeres que tienen sexo con mujeres. Estas recomendaciones son propuestas

¹⁸⁸ Taller Salud Sexual de Mujeres que tienen Sexo con Mujeres, Bogotá abril 17 de 2018; Taller Sexualidad para mujeres, Grupo de Apoyo Red Enigma, Bogotá mayo 11 de 2018.

¹⁸⁹ Mónica Tinjacá, 28 años, Bogotá marzo 13 de 2017.

considerando las prácticas sexuales entre mujeres para favorecer la salud sexual, aunque no abarcan todas las posibles prácticas.

Recomendaciones médicas

Como las acciones por mantener la salud sexual no se limitan al uso de instrumentos, también se adoptan y se deben adoptar prácticas para el cuidado y prevención de enfermedades, las cuales son puntuales y flexibles a las situaciones que cada una vive.

Un factor relevante para la práctica sexual es la higiene del cuerpo en general y especialmente de las manos y uñas, así como su *cuidado*, aspecto que también enfatizan los profesionales de la salud. Esto se debe a que uno de los grandes precursores de la vaginosis y vaginitis son las bacterias, que llegan a la zona genital por medio de las manos. Asimismo, es importante lavarse los dientes previamente a una relación sexual pero no inmediatamente antes de prácticas de sexo oral, ya que las pequeñas heridas que puede producir el cepillo dental aumentan la posibilidad de que ingresen ITS¹⁹⁰.

Quienes utilizan juguetes sexuales deben colocarles condón ya que estos objetos, por su forma y diseño, pueden acumular bacterias. Además, es necesario reemplazar el condón si el juguete se pasa del ano a la vagina o viceversa y si se va a pasar de una persona a otra¹⁹¹. En relación con el aseo genital, las distintas ginecólogas y ginecólogo enfatizaron que no es necesario ni saludable el uso de duchas vaginales, pues esta es una zona que *se sabe lavar sola*, es decir, tiene la capacidad de mantener una flora bacteriana equilibrada sin ayuda de los productos de aseo. Por esta razón, el lavado siempre debe ser de la zona externa, de lo contrario, se corre el riesgo de matar las bacterias buenas allí presentes¹⁹².

Igualmente, los profesionales de la salud sugieren no introducir en el ano o la vagina elementos que no estén diseñados para este uso¹⁹³. La zona anal posee un riesgo especial, y

¹⁹⁰ María Paula Houghton, 33 años, ginecóloga, Taller Salud Sexual de Mujeres que tienen Sexo con Mujeres, Bogotá abril 17 de 2018.

¹⁹¹ María Paula Houghton, 33 años, ginecóloga, Bogotá marzo 10 de 2017; Ginecóloga, 35 años, Bogotá abril 20 de 2017; Ginecólogo, 36 años, Bogotá abril 13 de 2017.

¹⁹² Ibid.

¹⁹³ Ibid.

es que sus movimientos musculares favorecen que al introducir algo, ese objeto se pueda ir más profundamente en el cuerpo, tras lo cual se requeriría de atención de urgencias: “si pasa algo vaya a urgencias y explique qué pasó [...] igual uno lo va a descubrir”¹⁹⁴.

También se sugiere realizarse la prueba de VIH junto con otras infecciones comunes antes de iniciar una relación con alguien, así como hablar con esta persona o la pareja de si en algún momento de la vida se ha contagiado de alguna ITS. Esto es importante porque, como bien explica la medicina, hay ITS que no se curan y que tienen periodos en los cuales la persona puede o no contagiar a alguien más, como el herpes. Ante esta situación, es responsabilidad de cada una informarle a la pareja sexual tanto de la presencia de una ITS como sobre los cuidados y precauciones a tener en dado caso¹⁹⁵.

Otro aspecto en el cual coinciden los profesionales de la salud es en el riesgo que representan las relaciones sexuales durante la menstruación para el contagio de ITS, debido a que durante este periodo de tiempo el cérvix está inflamado, es decir, no está intacto como para protegerse de una infección¹⁹⁶.

Finalmente, también se sugiere asegurarse siempre de que haya una buena lubricación y de ser necesario usar lubricantes a base de agua, pues de lo contrario se pueden generar heridas que aumentarán el riesgo de contagio¹⁹⁷.

Prácticas desarrolladas autónomamente que disminuyen el riesgo

Ante todas las dificultades en la atención ginecológica y desinformación sobre cómo protegerse del contagio de ITS, las chicas han desarrollado sus propias prácticas de cuidado

¹⁹⁴ María Paula Houghton, 33 años, ginecóloga, Taller Salud Sexual de Mujeres que tienen Sexo con Mujeres, Bogotá abril 17 de 2018.

¹⁹⁵ Ibid.

¹⁹⁶ María Paula Houghton, 33 años, ginecóloga, Bogotá marzo 10 de 2017; Ginecóloga, 35 años, Bogotá abril 20 de 2017; Ginecólogo, 36 años, Bogotá abril 13 de 2017.

¹⁹⁷ María Paula Houghton, 33 años, ginecóloga, Taller Salud Sexual de Mujeres que tienen Sexo con Mujeres, Bogotá abril 17 de 2018.

y protección. Estos son aspectos clave que ya existen en la cotidianidad de muchas mujeres y que están abiertos a su fortalecimiento.

Por ejemplo, las chicas que tenían pareja al momento de la entrevista o han tenido parejas estables consideran que la monogamia y un *intercambio* de resultados de exámenes sobre ITS favorecen su salud sexual. Es decir, acuerdan *ser exclusivas* para prevenir cualquier contagio. Esto coincide con algunos documentos de otros países sobre protección contra ITS, los cuales señalan que, a medida que aumenta la confianza e intimidad de la relación, las prácticas consideradas de riesgo dejan de ser notorias para las integrantes de la pareja (Barbosa y Facchini, 2009; Facchini, 2005). “Como en teoría, ninguna de las dos está con otras personas ni nada, entonces pues no usamos el método de barrera y pues ya se comprobó que no teníamos ninguna infección”¹⁹⁸.

–“Si, al principio hablamos más allá de cómo nos vamos a proteger como ‘ven qué tal tus anteriores parejas sexuales’. Esa conversación si la tuvimos. Pero fue como que de alguna manera asumimos que éramos sanas las dos”

–“Si, porque las dos habíamos tenido parejas estables. No es que hayamos estado con mucha gente. Entonces, pues, por eso uno creería que... pero pues no se sabe la novia de la otra persona qué tanto hizo. O sea, ni idea”¹⁹⁹.

Por otro lado, cuando se tienen múltiples compañeras sexuales y/o afectivas, por ejemplo, en relaciones abiertas o poliamorosas, surgen otras prácticas, como conocer la vida sexual de esas parejas, la realización periódica de exámenes de ITS, evitar ciertas prácticas sexuales y la automedicación (con lo que me refiero al seguimiento de un tratamiento indicado para una sintomatología por la cual previamente ya se había consultado a un médico y usualmente recetada para una vaginitis o vaginosis).

“esto va a ser re-ingenuo, pero como que confío en la pareja que tengo y mantengo una relación muy estable y somos muy abiertas en el sexo, es decir, cualquiera puede tener sexo con cualquiera, pero nos contamos, tratamos de averiguar la vida sexual de las otras, y nunca

¹⁹⁸ Patricia Melo, 42 años, enfermera, Bogotá marzo 10 de 2017.

¹⁹⁹ María Orozco, 28 años, y Laura Baldión, 23 años, Bogotá marzo 25 de 2017.

tenemos relaciones seguidas, como que ella acabe de salir de una y me voy a la otra. Pero también después de eso, nos hacemos los exámenes. Cada vez que entra una persona nueva a la vida de nosotras como que procuramos hacernos los exámenes pertinentes. De métodos de barrera como que sabemos que estamos muy desprotegidas, yo sí creo que es en lo que más atrasado está la ciencia, nosotras usamos los condones masculinos que es como lo único que nos puede salvar, en las manos... pero no lo usamos en la boca. Como que esa es la única puerta de acceso porque es que no sirven, son feos²⁰⁰.

En lo que sí coinciden estos dos tipos de experiencias es que la comunicación y la realización de exámenes de manera periódica son aspectos para cuidar su salud sexual.

Estas prácticas desarrolladas por las chicas para *prevenir* el contagio de ITS sin usar elementos de protección pueden complementarse con el ejercicio de autoaprendizaje que propone la ginecología natural, que implica incorporar una mirada sobre los procesos y ciclos biológico del cuerpo, así como considerar las experiencias afectivas (entre otras cosas) a la hora de pensar en protegerse.

Más allá de la salud sexual y la enfermedad

Como bien lo propone la ginecología natural, no se puede seguir encapsulando la sexualidad de las mujeres de manera exclusiva en las prácticas sexuales, en la genitalidad, ni en ciertas etapas de la vida, sino que es necesario equilibrar las energías (masculina y femenina²⁰¹), alejarse del miedo que ha marcado los cuerpos de las mujeres y aprender de las experiencias

²⁰⁰ Mujer, 24 años, Bogotá abril 10 de 2017.

²⁰¹ Estas energías que usualmente se mencionan como masculinas y/o femeninas nos aterrorizan porque suenan esencialistas, "lo femenino es como una potencia y una fuerza que hay que recuperar que hay que reconocer, que hay que volver a hablar, que hay que volver a sanar" (Mujer, 30 años, ginecóloga natural, Bogotá abril 23 de 2017). Sin embargo, como bien lo aclaran *sus partidarias*, mujeres quienes llevan un largo proceso acompañadas de estos conocimientos, si se esencializara se estaría despolitizando el contenido mismo de esta apuesta. Es decir, la energía femenina mencionada por la ginecología natural va más allá de procesos biológicos y no se limita a los cuerpos de las mujeres, "yo en particular no estoy hablando de una esencia, estoy hablando de unos procesos biológicos que te generan unas apuestas también muy interesantes, y más bien diría yo, tenerle miedo a esto de la esencia es un juego político de que no nos conozcamos, de que los cuerpos sigan siendo para otras, de que mejor la pastilla y no el reconocimiento de en qué momento del ciclo estás y demás" (Mujer, 30 años, ginecóloga natural, Bogotá abril 23 de 2017). Así, la energía masculina y femenina serían propias de todos los cuerpos, de todos los seres, y el propósito es desarrollar "herramientas para que la persona entre en conciencia de qué es lo que quiere sanar o qué es lo que quiere resolver y asumirlo y sanarse por sí misma" (Mujer, 33 años, ginecóloga natural, Bogotá abril 24 de 2017).

personales -teniendo en cuenta que cada mujer es distinta- escuchando y sintiendo qué sucede contigo y qué necesitas²⁰².

Pero lo clave de esto es dejar de hablar de salud en términos exclusivamente biológicos y orgánicos porque, como sabemos, la atención ginecológica no considera los aspectos emocionales o situaciones de la vida que se han somatizado y son la causa de problemas orgánicos.

“yo hago uso de esos tratamientos naturales, pero no lo hago como única herramienta, de hecho, yo los uso como una herramienta segunda para aliviar la enfermedad, el dolor o la patología. Pero trato siempre de llegar al fondo de la enfermedad y es explicar a la persona de dónde aparecen estas situaciones. Entonces, eso lo que permite es que la mujer pueda ser consciente de qué es lo que la está enfermando y, a partir de los tratamientos naturales, se vaya ayudando para aminorar el problema. Pero [que] entre en conciencia y lo sane de raíz”²⁰³.

Como psicóloga, sé que creer que podemos separar el cuerpo de nuestras emociones y de lo que sentimos puede generar problemas de salud mucho más enraizados. Por ello busco romper con la idea científica de que el cuerpo funciona independiente de otros aspectos de la vida y que se debe atacar el síntoma, que se debe luchar contra el cuerpo. Por el contrario, los estados anímicos, los cambios, las decisiones, los comienzos, las rupturas y todos aquellos procesos que ocurren a lo largo de nuestras vidas, ayudan a dar sentido al síntoma y a la enfermedad. Incluso, el propio cuerpo deja de ser un enemigo y pasa a ser un territorio sobre el cual aprender y con el cual reconciliarse:

“es un asunto de puro control del cuerpo en el que tú no te permites explorar el dolor y yo creo que esa es otra apuesta importante de la ginecología natural [...] cómo no nos permitimos sentir el dolor [...]” “[...] nuestros cuerpos como lugares en los que podemos aprender mucho si les dejamos de tener tanto miedo y si dejamos de entregar el control de ellos a otros externos”²⁰⁴.

²⁰² Mujer, 30 años, ginecóloga natural, Bogotá abril 23 de 2017.

²⁰³ Ibid.

²⁰⁴ Ibid.

Sin embargo, el *bienestar*, que se entiende desde una idea blanca y económicamente privilegiada, se ha establecido como el modo estándar de existir. Somos saludables en tanto podemos insertarnos en los modelos de producción que le sirven al sistema heterosexual y neoliberal mientras que la persona enferma es la que no puede trabajar (Hedva, 2015)²⁰⁵.

Lo anterior también implica que las instituciones prestadoras de servicios de salud no abordan la salud como una integralidad, sino que piensan en la estadística del reporte de presencia o ausencia de enfermedad. Por ello, los tratamientos están basados en componentes químicos con *efectos secundarios* tan o más severos que el mismo malestar inicial: “la ginecología [y...] este tipo de diagnósticos o de exámenes [...] se han vuelto más como una forma de lista de chequeo, de decir ‘sí estamos haciendo atención ginecológica’ y siento que nos ha faltado mucho, como llegar al tema del bienestar de las mujeres, del bienestar y de una salud integral [...] para nosotras las mujeres”²⁰⁶.

Es así como la expansión de la medicina y los fármacos han generado una supresión de síntomas en los cuerpos sin permitir que se entiendan sus causas (Nissim, 1984). La medicina nos inserta en una circularidad -necesaria para mantener el capitalismo- en la cual no entendemos lo que sucede con nuestros cuerpos y adicionalmente los odiamos porque sentimos malestar derivado de problemáticas o procesos asociadas a nuestro sistema sexual y reproductivo que, a su vez, nos lleva a depender de los fármacos que nos ofrecen como solución y que en realidad nos mantienen en esta ignorancia y de enfermedad en enfermedad (Pérez, 2007).

“[...] nos necesitan y nos quieren enfermas porque enfermas les damos mucha plata. Yo lo que siento ahí es que hay un negocio muy jodido [...] de cómo comercializan nuestra enfermedad para que seamos totalmente dependientes de ellas y de ellos y no sólo como médicas y médicos individuales, sino como sistema y particularmente como un tema farmacológico farmacodependiente”²⁰⁷.

²⁰⁵ En su ‘Teoría de la Mujer Enferma’, la autora cuestiona el concepto de bienestar en tanto es funcional a los mismos sistemas que oprimen a las mujeres y es un constructo capitalista que no concibe prácticas de cuidado (Hedva, 2015).

²⁰⁶ Mujer, 30 años, ginecóloga natural, Bogotá abril 23 de 2017.

²⁰⁷ Ibid.

Adicionalmente, el cuerpo y la mente son sensibles y reactivos a los regímenes de opresión (heterosexual, cisgénero, neoliberal, blanco y capitalista), es decir, no podemos pasar por alto que es el mundo el que nos vuelve y mantiene enfermas (Hedva, 2015). Las mujeres somos tradicionalmente quienes nos encargamos de las tareas del hogar, de la salud de la familia y del cuidado de los enfermos (el cuidado siempre en la esfera de lo privado) y, además, sufrimos las consecuencias de las tecnologías y los productos contaminantes que degradan el medio ambiente, empobreciéndonos y aumentando nuestro trabajo físico (como bien lo plantean el ecofeminismo y la ética del cuidado) (Gilligan, 2013; Velasco, 2016). Entonces, tenemos frecuentemente una sobrecarga de trabajo y estamos expuestas de manera diferencial con respecto a los hombres, a vivir situación de violencia psicológica o física por el hecho de ser mujeres – y eso sin pensar en el acoso callejero –, lo cual incide en el desarrollo de patologías físicas, psicológicas y psiquiátricas (Movilh Mujer, s.f.).

Ahora pensemos en las particularidades de ser una mujer lesbiana. A diferencia de las mujeres heterosexuales, tendemos a realizar menos ejercicio físico y a consumir de manera más frecuente sustancias psicoactivas (SPA) legales e ilegales (Colombia Diversa, 2010). Estos factores aumentan la probabilidad de desarrollar trastornos del estado del ánimo, además de afectar la salud física. Igualmente, el consumo de SPA también puede ser un mecanismo de afrontamiento frente a situaciones de vida que se perciben como negativas o desagradables. Asimismo, también puede desarrollarse problemas de ansiedad, depresión o estrés crónico asociado a la necesidad de ocultar la orientación sexual en distintos espacios de la vida cotidiana o por la falta de redes sociales de apoyo (Colombia Diversa, 2010). Esto sin considerar el temor de muchas de vivir una violación correctiva, esa violencia sexual que se ejerce contra las mujeres lesbianas para *volverlas* heterosexuales.

Problemáticas de este estilo inciden en estados de ánimo, que a su vez inciden sobre el desempeño sexual: “yo tengo trastorno afectivo bipolar tipo dos y [...] el deseo sexual se inhibe o se aumenta”²⁰⁸. Definitivamente, no podemos desligar el placer y la sexualidad de otros aspectos de la vida y la salud, y esto no sólo pasa con mujeres lesbianas sino con la atención en salud en general.

²⁰⁸ Taller Salud Sexual de Mujeres que tienen Sexo con Mujeres, Bogotá abril 17 de 2018.

Pensemos en los requerimientos de salud física más allá de la zona genital ¿Alguna vez nos cuestionamos sobre la probabilidad de desarrollar túnel carpiano (o algo similar) en las manos teniendo en cuenta las posiciones y las prácticas sexuales que tenemos? ¿Nos hemos preguntado por cómo un dolor muscular puede estar asociado a malas posturas cotidianas que se ven reforzadas o que inciden en el sexo? Puede sonar descabellado e incluso gracioso (como cuando discutimos el tema en un taller) pero la salud sexual no termina en el acto sexual: “¿Cuántas no hemos sufrido calambres durante una relación sexual [o un dolor intenso] en alguna parte de nuestro cuerpo cuando tiene sexo [o como resultado de este]?”²⁰⁹.

Entonces, podemos pensar la salud y el bienestar de manera más integral incorporando una postura *científica* desde la cual tiene sentido prevenir enfermedades al *mantener altas las defensas* (elemento con el cual las ginecólogas coinciden que ayuda a disminuir el riesgo de contagio de ITS²¹⁰) por medio del cuidado emocional y físico. Incluir métodos naturales alternativos de sanación, además de reemplazar elementos dañinos como tampones, toallas y medicamentos con alternativas más saludables, ecológicas y anticapitalistas como la copa, la toalla higiénica natural y las preparaciones con hierbas (Pérez, 2007). Pero, también, como mujeres a quienes se nos ha enseñado que nuestro cuidado no importa, podemos socavar la misma idea de salud al optar por acciones anti-capitalistas como el cuidar de sí misma y al incluir el cuidado en la esfera pública (Gilligan, 2013; Hedva, 2015; Velasco, 2016).

Posibilidad de auto-examinarse

Pensar en la salud sexual desde una perspectiva integral también puede significar no pensar únicamente en lo que está mal, en el problema o el síntoma: “No sólo cuando algo esté mal tenemos que saber qué hacer con nuestros cuerpos, sino que para que nos demos cuenta cuando esté mal, la idea es reconocerlo cuando esté funcionando bien en todos sus momentos”²¹¹. Por ejemplo, algunas de las chicas entrevistadas expresaron que no volver a

²⁰⁹ Taller Sexualidad para mujeres, Grupo de Apoyo Red Enigma, Bogotá mayo 11 de 2018.

²¹⁰ María Paula Houghton, 33 años, ginecóloga, Bogotá marzo 10 de 2017; Ginecóloga, 35 años, Bogotá abril 20 de 2017.

²¹¹ Mujer, 30 años, ginecóloga natural, Taller Salud Sexual de Mujeres que tienen Sexo con Mujeres, Bogotá abril 17 de 2018.

la atención ginecológica ni a las citologías anuales que suelen recomendarse desde el servicio de salud sexual fue una decisión política.

“[La famosa citología anual] no, no, yo no me la hago. Es toda una decisión política después de mucho pensarlo, después de muchas cosas [...] Particularmente, tiene que ver con el tema invasivo de la citología y que yo siento que [...] es un mecanismo más de la forma en que opera el sistema haciéndote sentir super ajena, extraña y muy rara con tu cuerpo, y yo, realmente, no quiero eso”²¹².

Esto no implicó una actitud descuidada o de *irresponsabilidad*, como se podría concebir desde el punto de vista médico. En realidad, estas mujeres recurrieron a ejercicios muy conscientes y activos de mirar el funcionamiento de su cuerpo y así poder llegar a identificar situaciones anómalas. Para este reconocimiento de las condiciones y características que indican que nuestro cuerpo está bien, se puede implementar el autoexamen, de acuerdo con la propuesta de la ginecología natural.

El examen pélvico es un examen visual cuyo propósito es mirar la zona genital externa con un espejo. Este examen se puede realizar usando un espéculo y la ayuda de una linterna y espejo para poder conocer la zona interna de la vagina (el espéculo de plástico se puede conseguir en un supermercado y es desechable). Adicionalmente, se propone la autoexploración mamaria, que es un ejercicio muy difundido en los centros de salud y campañas contra cáncer de seno (Colectiva del Libro de Salud de las Mujeres de Boston, 2003)²¹³. Pero, también está el examen bimanual, que es igual al examen pélvico, sólo que lo estaría realizando otra mujer (Colectiva del Libro de Salud de las Mujeres de Boston, 2003). Esta metodología se propone también pensando en que no sólo se disfruta en pareja, sino que con ella puedes cuidarte, “conocer el cuerpo de la otra y ver cuando hay cambios. Más que generar, vergüenza debería ser un propósito de cuidarnos entre nosotras”²¹⁴.

²¹² Mujer, 30 años, ginecóloga natural, Bogotá abril 23 de 2017.

²¹³ Mujer, 30 años, ginecóloga natural, Taller Salud Sexual de Mujeres que tienen Sexo con Mujeres, Bogotá abril 17 de 2018.

²¹⁴ Ibid.

Lo positivo de realizarse este tipo de exámenes es la potencia de conocerse a una misma (Colectiva del Libro de Salud de las Mujeres de Boston, 2003) y que también permite saber “de qué se trata [el examen] cuando te lo esté realizando otra persona y de qué manera debería hacerse sin que te sea incómodo”²¹⁵.

Cabe aclarar que el autoexamen no es el diagnóstico, pues este está en manos de los profesionales de la salud. Pero el desconocimiento sobre cómo es y funciona nuestro cuerpo implica darle la posibilidad a otras personas para que decidan qué es lo mejor para nosotras (Colectiva del Libro de Salud de las Mujeres de Boston, 2003). Que haya un conocimiento especializado no deja de lado que nosotras mismas podamos y debamos conocernos. Finalmente, “los escenarios de autoexamen se tratan de volver aliados a nuestros sentidos para conocernos, perder el miedo a tocarnos, sentirnos, a olerarnos, a saborearnos. Saber qué pasa con nosotras parte de perderle el miedo, el asco, la vergüenza, la inseguridad a saber qué es lo que está pasando con nuestros cuerpos”²¹⁶.

Puede que para los médicos y las doctoras sea casi imposible que nosotras mismas pudiésemos detectar tanto infecciones como ITS por medio de algún de tipo autoexamen. “Pues autoexamen no. Lo que pasa es que, en la parte ginecológica, como en cualquier otra parte del cuerpo, pues hay situaciones que se salen de lo que uno considera normal ¿cierto? Entonces, como que yo me vaya a mirar por ahí por abajo pues, primero, es muy difícil y, segundo, si no sé qué estoy buscando, pues no lo encuentro”²¹⁷. Sin embargo, actualmente hay mujeres que llevan a cabo prácticas de revisión a partir de las cuales pueden determinar en qué momento se requiere apoyo de un profesional:

“la práctica que yo he venido utilizando y que para mí ha funcionado es que llevo un diario y hace un tiempo lo que hago es hacerme revisiones muy artesanales, muy mías, con espéculos y esto, de mi cuello del cérvix. [...] no te estoy diciendo que yo me haga citologías porque yo no tomo muestra, no nada, pero yo conozco digamos cómo está mi cuello del cérvix durante la ovulación, durante la menstruación, durante la fase premenstrual [...] puedo tener una

²¹⁵ Ibid.

²¹⁶ Ibid.

²¹⁷ Ginecóloga, 35 años, Bogotá abril 20 de 2017.

capacidad de conocer cualquier cambio que se de en él y siento que eso podría ser una señal de alerta, que ahí es donde yo siento que entra ese tipo de medicina. Cuando yo me conozco mi cuerpo, cuando yo sé cómo funciona, en el momento en el que detecto algún tipo de cambio [...] ahí es cuando podría estar buscando este tipo de diagnósticos y que yo no los descarto”²¹⁸.

Es decir, es un ejercicio de poner en duda la forma como nos relacionamos con nuestro cuerpo en la sociedad que vivimos, y recuperar el control de nuestra sexualidad. De manera que el cuerpo se vuelve un territorio de lucha, en tanto se deja de depender o abandonarse en manos de unos otros poseedores del saber. Se abre la posibilidad de conocer la composición del propio cuerpo (la vulva, el clítoris, la vagina, el útero, los ovarios), su funcionamiento y las causas profundas de los problemas relacionados (Nissim, 1984; Pérez, 2007).

Este ejercicio es además un desplazamiento de las formas tradicionales de conocer de la ciencia moderna en las cuales hay un sujeto y un objeto (Hall, 1992), en tanto puedo ser conocedora y conocida desde el mismo lugar, creando no sólo nuevos saberes sino nuevas modalidades de conocimiento. El cuerpo es la plataforma para la transformación de pensamientos y concepciones derivadas del Régimen heterosexual y el autoexamen es una de las formas de romper la colonización que se ha ejercido sobre el cuerpo de las mujeres (Flores, 2009).

Pasando a la articulación

Al igual que considero que las explicaciones biologicistas y psicologicistas del lesbianismo buscan individualizar el *asunto* en términos de orientación sexual para que no sea político y le concierna sólo a la persona (y no a un grupo), quiero plantear como fundamental el trasladar los conocimientos que se logran en un ejercicio personal y responsable al plano de lo colectivo, es decir, la importancia de crear conexiones y articularse con otras mujeres lesbianas (Haraway, 1995).

²¹⁸ Mujer, 30 años, ginecóloga natural, Bogotá abril 23 de 2017.

Este es un *elemento* que puede aportar a unas prácticas sexuales no heterosexuales más seguras y que es de gran utilidad para las mujeres lesbianas bajo una mirada de salud sexual que integra otros ámbitos más allá de los órganos genitales y reproductores: “Articular es significar. Es unir cosas, cosas espeluznantes, cosas arriesgadas, cosas contingentes. Quiero vivir en un mundo articulado. Articulamos, luego existimos” (Haraway, 1999, p.150).

Este mundo articulado tiene un número indeterminado de modos y localizaciones en donde pueden realizarse conexiones que abren la posibilidad de actuar e intervenir sobre los discursos de heterosexualidad obligatoria y sobre una ciencia construida bajo la mirada heterosexual (Haraway, 1999). Sin embargo, al posicionarnos en la articulación debemos cuidarnos de caer en una *idea de totalidad* (crear un espacio exclusivo para las mujeres lesbianas y sus necesidades específicas, como comenté en el apartado *Riesgos*) que lleve a perder de vista el fundamento mismo de la parcialidad y del conocimiento situado que estamos generando (García y Romero, 2002)

Este conocimiento -situado- que podemos crear como mujeres lesbianas que se cuidan y se conocen a sí mismas también surge de los lugares comunes, de esas conexiones parciales en las fronteras que compartimos con otras mujeres y que nos permitirán crear nuevos lugares más vivibles en los cuales podamos convivir con las contradicciones tanto parciales como estratégicas (Haraway, 1995; Haraway, 1999) de *escoger* ser mujeres lesbianas en un mundo permeado por la heterosexualidad obligatoria y que busca normalizar nuestros cuerpos y sexualidad encajándolos en modelos deseables para los hombres (Clarke, 1998; Gimeno, 2003).

Estas conexiones y articulaciones entre mujeres lesbianas nos acercan más a un parentesco (no de sangre, no directo) para reconstituir refugios, *familias* en modos no convencionales que, en la práctica, no nos son ajenas. Por ejemplo, cuando somos parte de un colectivo de mujeres, cuando somos amigas de nuestras ex y cuando creemos en/practicamos otras formas de relacionamiento diferentes a la monogamia, estamos rompiendo no sólo la idea de familia heterosexual sino la norma y expectativa de la misma índole que lleva a la competencia entre mujeres por la atención de los hombres (Haraway, 2016).

Con esto último me refiero a ese modelo de familia heteronormativa que establece el parentesco como relaciones de re-producción entre un hombre y una mujer (heterosexualidad obligatoria) con determinados roles socioculturales establecidos por el sistema sexo-género. El propósito es pasar a otro modelo de parentesco, para lo cual se hace necesario hacer conexiones parciales y alianzas como mujeres lesbianas que no sólo favorecerán el acceso a conocimientos sobre salud sexual sin depender del estado y la ciencia médica, sino que también promoverán un modelo socioeconómico no heterosexual, no basado en sus dinámicas propias que oprime a las mujeres e invisibiliza a las lesbianas. Las sexualidades no heteronormativas y otras formas de relacionamiento no enmarcadas en lo heterosexual plantean una alternativa de parentesco y de articulaciones que abren nuevas posibilidades a la existencia (García y Romero, 2002).

No tenemos garantías de que estas nuevas formas de parentesco nos den los resultados soñados, podríamos caer en un relativismo simple donde “todo vale” y creemos que todo lo que hacemos es conocimiento útil para nuestra sexualidad (García y Romero, 2002). Sin embargo, asumir una responsabilidad con lo que hacemos y con la importancia y las posibles afectaciones de nuestras prácticas para esa *familia* con la cual estamos articuladas, sí nos puede dar nuevas salidas y nuevos panoramas para un asunto poco abordado y mal-tratado por la medicina y la ginecología.



Ilustración 10. Taller Salud Sexual de Mujeres que tienen Sexo con Mujeres, Bogotá abril 17 de 2018. Foto de la autora.

El Cierre

Con este trabajo busqué plantear conexiones entre la invisibilización y atención inadecuada de la salud sexual de mujeres lesbianas y el autocuidado y protección de los cuerpos y subjetividades de estas mujeres. Intenté develar las articulaciones y materialidades de la atención ginecológica y el cuidado de la salud sexual a partir de las prácticas y textos que moldean las formas como son/somos representadas las mujeres lesbianas teniendo en cuenta que esto mantiene y promueve a su vez relaciones sociales. Adicionalmente, mi intención a lo largo del documento fue mostrar cómo las categorías discursivas de género, mujer, lesbiana, heterosexualidad obligatoria, atraviesan las experiencias de las lesbianas blanco-mestizas en Bogotá y la atención que prestan los y las profesionales de la salud en la ginecología. Siempre teniendo presente el poder que ejercen los discursos sobre las prácticas sociales y mostrando cómo han configurado las dinámicas en la atención ginecológica y el trato que se le da a la salud sexual de mujeres lesbianas desde la ciencia médica.

Con el trabajo encontré que, así se exprese ser lesbiana, se diga la orientación sexual o las prácticas durante la consulta de atención en salud sexual o ginecológica en un intento por recibir una información más específica, las recomendaciones o tratamientos que reciben las mujeres son estandarizados y falta especificidad para saber cómo los síntomas se asocian con o se ven afectados por sus prácticas particulares. Adicionalmente, la guía de atención en ginecología está pensada desde la heterosexualidad, por lo cual es motivo de vulneración el no tener una atención enfocada en las particularidades del caso, especialmente la falta de capacitación del personal en aspectos como en qué consisten las prácticas lésbicas, el tipo de ITS e infecciones que pueden transmitirse o presentarse en éstas, e incluso que el profesional quiera aprender de ti durante la consulta.

Esto me llevó a entender los efectos materiales de la heterosexualidad obligatoria en tanto estamos atravesada por la idea de qué es o no una mujer, por la *in*-existencia de la sexualidad lésbica y por la patología asociada a la orientación sexual (entre muchas otras categorías).

De igual manera, puedo decir que este trabajo se asemeja y tiene hallazgos similares al estudio sobre “lesbopía” y manifestación del régimen heterosexual en narraciones de mujeres hecho en México (Vergara, 2013) y a los estudios hechos en Brasil (Facchini y Barbosa, 2006), lo cual puede ser un punto de partida para trabajos comparativos que evidencian similitudes en la operación del control sobre los cuerpos y sexualidades. Sin embargo, en lo que atañe a mi estudio, mostré que los profesionales de la salud no son seres *malvados* que buscan evitar el acceso a servicios adecuados de salud sexual, que pasa muchas veces cuando se habla de discriminación o cuando se ubica el problema en los individuos o en un grupo específico sin abordar el contexto de estas situaciones – dicho de otra forma, en mi trabajo hay un reconocimiento de la inserción de este sistema médico particular en el sistema heterosexual.

De otra parte, mi estudio (a diferencia de otros) muestra cómo se articulan y contradicen los discursos y prácticas del conjunto ‘profesional de salud-mujer lesbiana’, e incluso abordé cómo es la atención en salud sexual y reproductiva de personas a quienes se asume frecuentemente como no sexuales ni reproductivas o cuando parte de sus vidas es obviada, patologizada o exotizada en Bogotá. Asimismo, evidencié desconocimiento por parte de nosotras -lesbianas- de ciertos aspectos y alternativas en relación con nuestra salud sexual, así como que en ocasiones perdemos interés por informarnos escudándonos en la deficiente atención en salud.

Ante estas situaciones busqué “devolverle” a mis colaboradoras herramientas útiles para su salud sexual sin esperar simplemente la transformación de políticas estatales e internas de las EPS, generando más bien un espacio de construcción colectiva entre médicos y mujeres lesbianas e incorporando además una perspectiva alternativa, la ginecología natural, que si bien parecía un elemento contradictorio en un principio, se descubrió como complementaria en el desarrollo del trabajo.

Aun así, quise enfatizar que garantizar el derecho a la salud no es sólo velar por el acceso a los servicios, sino garantizar la calidad y calidez de los servicios que se prestan (Colombia Diversa, 2010). La salud sexual es nuestro derecho como mujeres y como lesbianas, e incluye

tener información y recursos para decidir de manera libre y responsable sobre la propia sexualidad, sin tener que someternos a discriminaciones o violencias. Pero también supone el reconocimiento y la posibilidad de disfrutar de nuestra sexualidad (Subsecretaría de Políticas de Diversidad Sexual del Gobierno de Santa Fe (s.f.)). Es por ello por lo que considero necesario que el Estado se preocupe y genere accesos a una atención en salud sexual más efectiva y adecuada para las mujeres lesbianas, y debemos luchar por ello.

Sin embargo, este no es el único frente de acción, pues existen fisuras como la ginecología natural, los ejercicios colectivos de exploración y la colaboración entre mujeres como modos de resistir e incorporar una postura política en este tema (Flores, 2009), y que a pesar de ser contradictorios frente a un reclamo hacia el Estado por políticas y una atención en salud adecuada, considero que son necesarias.

Así, en un principio, partiendo de una epistemología feminista, me cuestioné por la experiencia personal de muchas mujeres lesbianas o que tienen sexo con mujeres y consultan un servicio de salud de ginecología y de salud sexual y reproductiva por medio de la EPS. Pero a medida que avancé, también comencé a preguntarme qué hacía que mi concepción de *una solución al problema* pasase por el mismo servicio médico que se ha instaurado para gobernar los cuerpos de las mujeres y que está inscrito en unos cánones de superioridad con el poder de hablar sobre estos.

A partir de este momento y como parte de mi metodología *queer*, busqué evidenciar a lo largo del trabajo multiplicidad de salidas, aunque me centré en esas alternativas que dieron cabida a que cada una, como mujer lesbiana, pudiese hacer algo por sí misma y por su cuidado. Estas alternativas requirieron de la autoexploración, autogestión y de asumir la responsabilidad de saber qué sucede con uno mismo y con el propio cuerpo, al igual que incorporó un posicionamiento frente a la demanda de servicios adecuados y adaptados a las necesidades específicas. Además, encontré en las posibilidades rizomáticas de conexión y alianzas la posibilidad de construir conocimientos que apuntaran a nuestras necesidades sin la intervención de médicas y médicos. A la vez que esto se articula políticamente con el feminismo y la ginecología natural en una apuesta por el re-conocimiento, la des-

invisibilización y la ruptura con estructuras que oprimen y subordinan nuestros cuerpo, deseos y sexualidad a las normas masculinas y heterosexuales, también insertas en el sistema médico-científico.

Considero que efectivamente el autoconocimiento y el autocuidado en este marco de la salud y la salud sexual es un arma de doble filo. Estas prácticas pueden caer en las mismas dinámicas de un sistema neoliberal que está desapareciendo los espacios de asistencia estatal buscando que cada una se haga cargo de sí misma. Sin embargo, quise mostrar la otra cara de la moneda: que conocerse es un acto de resistencia no sólo porque como mujeres se nos ha enseñado que prima el cuidado de otros y optar por el cuidado de sí misma es contrario a esa expectativa, y más buscar incluir este tema en la esfera pública; sino también porque es luchar contra el control que el Estado y de la ciencia busca ejercer sobre el cuerpo de las mujeres y de la sexualidad.

El sistema es experto en cooptar todas esas formas de resistencia para su beneficio, pero no pienso que eso quiere decir que debemos desistir. Creer y confiar en un alguien que tiene el conocimiento es dejarle no sólo la responsabilidad sino el poder de mí y de mi cuerpo, y creo que como las feministas han demostrado, este poder es fundamental para construir otros mundos. Adicionalmente, si queremos exigirle al Estado que cumpla con el cuidado de la salud -es decir que nos incluya como propondrían algunas feministas- es mucho mejor si tenemos herramientas y conocimiento previo que alimente unas políticas y protocolos de atención adecuados para nuestras necesidades. “¿Por qué no crear los universos que nos gustaría ver y no solo responder o reaccionar a la opresión?”²¹⁹.

²¹⁹ Linn da Quebrada, junio 30 de 2018, Evento “Feminismo sin fronteras” en el marco del Cielo Rosa.

Referencias

- Alcaldía Mayor de Bogotá (2010). *Decreto 166 de 2010 "Por el cual se adopta la Política Pública de Mujeres y Equidad de Género en el Distrito Capital y se dictan otras disposiciones"*. Obtenido de <http://www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Norma1.jsp?i=39454> (10/10/2017).
- Alcaldía Mayor de Bogotá (2014). *Decreto 062 de 2014 "Por el cual se adopta la Política Pública para la garantía plena de los derechos de las personas lesbianas, gay, bisexuales, transgeneristas e intersexuales- LGBTI – y sobre identidades de género y orientaciones sexuales en el Distrito Capital, y se dictan otras disposiciones"* Obtenido de <http://www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Norma1.jsp?i=56702#> (10/10/2017).
- Almonte, Gabriela (2016). Violencia ginecológica y obstétrica. La medicalización del cuerpo femenino. *Revista Décsir*, 2, p. 1-10. Obtenido de <http://decsir.com.mx/wp-content/uploads/2016/03/1-indagaciones.pdf> (10/10/2017)
- Alta consejería presidencial para la equidad de la mujer (2012). *Lineamientos de la política pública nacional de equidad de género para las mujeres*. Obtenido de <http://www.equidadmujer.gov.co/Documents/Lineamientos-politica-publica-equidad-de-genero.pdf> (10/10/2017)
- Alzate, Andrea; Bracho, Alcides y Fajardo, Luisa (2010) *Análisis mortalidad materna, Bogotá 2006, 2007 y 2008 [Tesis]*. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia.
- Anzaldúa, Gloria (1987). *Borderlands / La Frontera. The New Mestiza* (pp. 99-120). San Francisco, Estados Unidos: Aunt Lute Books.
- Anzaldúa, Gloria (2001). La prieta. *Debate Feminista*, 24(12), p. 129-141. Obtenido de <http://studylib.es/doc/5663824/la-prieta---debate-feminista> (06/09/2018).
- Arguedas, Gabriela (2014). La violencia obstétrica: propuesta conceptual a partir de la experiencia costarricense. *Cuadernos Intercambio sobre Centroamérica y el Caribe*, 11(1), 145-169. Obtenido de <https://revistas.ucr.ac.cr/index.php/intercambio/article/view/14238> (14/07/2017).
- Barbosa, Regina y Facchini, Regina (2009). Acesso a cuidados relativos à saúde sexual entre mulheres que fazem sexo com mulheres em São Paulo, Brasil. *Cad. Saúde Pública*, 25,

- 291-300. Obtenido de http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2009001400011 (04/08/2017).
- Bauman, Zygmunt (2005). El escándalo de la ambivalencia. *Modernidad y ambivalencia*. Barcelona: Anthropos. (Original publicado en 1991)
- BBC News (2017). *Lesbians 'told they did not need cervical screening'*. Obtenido de https://www.bbc.com/news/health39230807?ocid=socialflow_facebook&ns_mchannel=social&ns_campaign=bbcnews&ns_source=facebook (20/06/2018)
- Bellón, Silvia (2015). La violencia obstétrica desde los aportes de la crítica feminista y la biopolítica. *DILEMATA*, 7(18), 93-111. Obtenido de <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/5106936.pdf> (04/08/2017).
- Blanco, Mercedes (2010). La autoetnografía como escritura terapéutica: adiós al cigarro. En C. M. Salgado (Comp.), *Por los caminos de la investigación cualitativa. Exploraciones narrativas y reflexiones en el ámbito de la salud* (pp. 18-40). México: Universidad Autónoma Metropolitana.
- Borraz, Marta (2017). Lesbianas en el ginecólogo: heteros hasta que se demuestre lo contrario. *El diario.es*. Obtenido de https://www.eldiario.es/sociedad/Experiencia-ginecologolesbianas_0_693981023.html?utm_content=buffer5a5b9&utm_medium=social&utm_source=facebook.com&utm_campaign=buffer (20/06/2018)
- Brown, Josefina; Pecheny, Mario; Tamburrino, María; Conde, Leandro; Perrotta, Gabriela; Capriati, Alejandro; Andía, Ana; Mario, Silvia y Ibarlucía, Inés. (2014). Atención ginecológica de lesbianas y bisexuales: notas sobre el estado de situación en Argentina. *Interface*, 18(51), 673-684. Obtenido de http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-32832014000400673&script=sci_abstract&tlng=es
- Cáceres, Carlos; Careaga, Gloria; Frasca, Tim y Pecheny, Mario (2006). *Sexualidad, estigma y derechos humanos. Desafíos para el acceso a la salud en América Latina*. Lima, Perú: FASPA/UPCH.
- Castro, Roberto y Erviti, Joaquina (2014). 25 años de investigación sobre violencia obstétrica en México. *Revista CONAMED*, 19(1), 37-42. Obtenido de <https://biblat.unam.mx/es/revista/revista-conamed/articulo/25-anos-de-investigacion-sobre-violencia-obstetrica-en-mexico> (19/09/2018).

- Clam (2011). *Salud de lesbianas y bisexuales*. Obtenido de <http://www.clam.org.br/es/entrevistas/conteudo.asp?cod=8252> (01/09/2017).
- Clarke, Cheryl (1988). El lesbianismo: un acto de resistencia. En Cherríe Moraga y Ana Castillo (Eds.), *Esta puente, mi espalda. Voces de mujeres tercermundistas en los Estados Unidos*. San Francisco, Estados Unidos: Ism press.
- Colectiva del Libro de Salud de las Mujeres de Boston (2003). *Nuestros cuerpos, nuestras vidas. La guía definitiva para la salud de la mujer latina*. Obtenido de https://pcajero.files.wordpress.com/2010/12/nuestros_cuerpos_nuestras_vidas.pdf (07/11/2017).
- Col-lectiu Lambda (s.f.). *Guía lésbica/Sexo+seguro para mujeres que tienen sexo con mujeres*. Obtenido de <http://www.sidastudi.org/es/registro/2c9391e41fb402cc011fb44b745052bb> (10/10/2017).
- Colombia Diversa (2010). *Provisión de servicios afirmativos de salud para personas LGBT (Lesbianas, Gays, Bisexuales y Transgeneristas)*. Obtenido de <http://colombiadiversa.org/colombiadiversa/documentos/otros-documentos/provision-de-servicios-salud.pdf> (03/03/2018).
- Comisión ejecutiva de atención a víctimas y Fundación Arcoíris por el Respeto a la Diversidad Sexual (s.f.). *Investigación sobre atención a personas lesbianas, gays, bisexuales y trans en México. Resumen ejecutivo*. Obtenido de https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/78952/INVESTIGACION_LGBT_Resumen_Ejecutivo_11_ABR_16.pdf (10/10/2017).
- Concejo de Bogotá (2015). *Proyecto de acuerdo 071 de 2015 “Por medio del cual se adoptan los lineamientos de la política pública de mujeres y equidad de género en el distrito capital y se dictan otras disposiciones”*. Obtenido de <http://www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Norma1.jsp?i=60735#> (10/10/2017).
- Coordinadora Gai-Lesbiana de Catalunya (s.f.). *Guía de Infecciones de Transmisión Sexual para lesbianas*. Obtenido de <http://www.felgtb.org/temas/salud-y-vih-sida/documentacion/infecciones-transmision-sexual/i/1779/496/guia-de-its-para-lesbianas> (10/10/2017).
- Corte Constitucional (2016). *Sentencia T-306/16*. Obtenido de <http://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/2016/t-306-16.htm> (03/03/2018).

- Da Silva, Ana Rita (2013). *(Homo)sexualidades femininas e a ginecologia: un estudo sobre corpo, genero e saúde*. Porto Alegre: Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Obtenido de <http://www.ufrgs.br/revistatodavia/Ed.%206e7%20-%20Artigo%204.pdf> (10/11/2017).
- Dahl, Ulrika (2010). *Femme on Femme: Reflections on Collaborative Methods and Queer Femme-inist Ethnography*. En: Browne, Kath y Nash, Catherine *Queer methods and methodologies: intersecting queer theories and social science research*. Inglaterra: Ashgate Publishing Limited.
- Dalén, Annika (2011) *El Aborto en Colombia: cambios legales y transformaciones sociales [Tesis]*. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia. Obtenido de <http://bdigital.unal.edu.co/4876/> (03/02/2017).
- Donoso, Carla y Muñoz, Fernando (2010). *La Salud Sexual en Mujeres Lesbianas y Bisexuales en Chile: Desafíos y Contribuciones desde la Antropología Feminista*. Obtenido de <https://es.scribd.com/document/76474599/Articulo-Salud-Sexual-Mujeres-Lesbianas> (10/10/2017).
- Ehrenreich, Barbara y English, Deirdre (1973). *Brujas, parteras y enfermeras. Una historia de sanadoras*. Glass mountain pamphlet, the feminist press. Obtenido de <https://we.riseup.net/assets/217402/brujas-parteras-y-enfermeras+1+.pdf> (28/06/2018).
- El Espectador (2012). *Senador considera que sexo entre homosexuales es "sucio, asqueroso y excremental"*. Obtenido de <https://www.elespectador.com/noticias/politica/senador-considera-sexo-entre-homosexuales-sucio-asquero-articulo-388137> (14/07/2018).
- Ellis, Carolyn (2004). *The ethnographic I. A methodological novel about ethnography*. Reino Unido: Altamira Press.
- Esteban, Mari Luz (1994). Relaciones entre feminismo y sistema médico-científico. *KOBIE Serie Antropología Cultural*, 7, 17-39
- Facchini, Regina (2005). Mujeres, homosexualidades y salud: visibilizando demandas e caminos. *Boletín Ciudadanía Sexual*. Obtenido de <http://www.ciudadaniasexual.org/boletin/b16/articulos.htm#3> (10/10/2017).
- Facchini, Regina y Barbosa, Regina (2006). *Dossiê Saúde das Mulheres Lésbicas: Promoção da Equidade e da Integralidade*. Rede Nacional Feminista de Saúde, Direitos Sexuais

- e Direitos Reprodutivos _ Rede Feminista de Saúde. Obtenido de http://www.clam.org.br/bibliotecadigital/detalhes.asp?cod_dados=316 (23/05/2018).
- Faneite, Josmery; Feo, Alejandra y Toro, Judith (2012). Grado de conocimiento de violencia obstétrica por el personal de salud. *Revista de Obstetricia y Ginecología de Venezuela*, 72(1), 4-12. Obtenido de http://www.scielo.org.ve/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0048-77322012000100002 (23/05/2018).
- Federici, Silvia (2004/2015). *Calibán y la bruja: mujeres, cuerpo y acumulación originaria*. Buenos Aires: Tinta Limón.
- FELGBT (2015). *Sexualidad y mayores. La sexualidad no tiene fecha de caducidad*. Obtenido de <http://www.felgtb.org/temas/mayores/documentacion/salud/i/9968/501/guia-sexualidad-y-mayores> (12/03/2018).
- FELGBT (s.f. a). *Una lesbiana o bisexual que se quiere y se cuida*. Federación Estatal de Lesbianas, Gais, Transexuales y Bisexuales. Obtenido de <http://www.felgtb.org/temas/politicas-lesbicas/documentacion> fecha de consulta (23/05/2018).
- FELGBT (s.f. b). *Ginecólogo conócenos inclúyenos*. Federación Estatal de Lesbianas, Gais, Transexuales y Bisexuales. Obtenido de <http://www.felgtb.org/temas/politicas-lesbicas/documentacion> (10/10/2017).
- Flores, Valeria (2009). Escribir contra sí misma: una micro-tecnología de subjetivación política. *I Coloquio Latinoamericano sobre "Pensamiento y Praxis Feminista"*. Buenos Aires: Grupo Latinoamericano de Estudio, Formación y Acción en Sexualidad, Género y Cultura (GLEFAS) e Instituto Interdisciplinario de Estudios de Género (IIEGE) de la Facultad de Filosofía de la Universidad de Buenos Aires. Obtenido de http://escritoshereticos.blogspot.com/2010/05/escribir-contra-si-misma-una_28.html (11/07/2018).
- Foucault, Michel (1976/2011). *Historia de la sexualidad. Vol. 1. La Voluntad de Saber*. México: Siglo XXI
- Foucault, Michel (2001). ¿Qué es la ilustración? En *Dits et écrits*, 2. París: Gallimard.
- Fundación Triángulo (2017). *Guía de salud sexual para mujeres que tienen sexo con mujeres*. Obtenido de <http://www.fundaciontriangulo.org/noticias/548-guia-salud-sexual> (18/06/2017).

- Galasinski, Dariusz y Ziólkowska, Justyna (2007). Gender and the Gynecological Examination: Women's Identities in Doctors' Narratives. *Qualitative Health Research*. Obtenido de <http://qhr.sagepub.com/cgi/content/abstract/17/4/477> (10/07/2018)
- García, Silvia y Romero, Carmen (2002). Rompiendo viejos dualismos: De las (im)posibilidades de la articulación. *Atenea Digital* 2. Obtenido de <http://atheneadigital.net/article/viewFile/n2-garcia/51-pdf-es> (14/07/2018).
- George, Rose (2018). How to redesign the vaginal speculum. *The Guradian International Edition*. Obtenido de <https://www.theguardian.com/lifeandstyle/2018/apr/23/how-to-redesign-the-vaginal-speculum> (3/05/2018).
- Giberti, Eva (1996). Mujer, enfermedad y violencia en medicina. *En otras palabras... Mujeres, salud y sociedad*, 1, pp. 9-26. Obtenido de <https://cptsse.files.wordpress.com/2017/03/mujer-enfermedad-y-violencia-en-medicina.pdf> (08/11/2018).
- Gil, Enrique, Correa, Ruth y Palacios, Diego (2008) *Mortalidad Materna: Otra cara de la Violencia contra las Mujeres un Análisis desde la Perspectiva Jurídica*. Bogotá: Comisión Nacional de Género de la Rama Judicial de Colombia – CNGRJ.
- Gilligan, Carol (2013). La ética del cuidado. En *Cuadernos de la fundació Victor Grífolis i Lucas*, 30. Obtenido de <http://www.secpal.com/%5CDocumentos%5CBlog%5CCuaderno30.pdf> (22/07/2018).
- Gimeno, Beatriz (2003). Una aproximación política al lesbianismo. (De)construcción social de la sexualidad. *Revista Servicios Sociales y política social del Consejo General de Colegios oficiales de diplomados en trabajo social*, 70. Obtenido de <http://www.felgtb.org/rs/1003/d112d6ad-54ec-438b-9358-4483f9e98868/c15/fd/1/filename/una-aproximacion-politica-al-lesbianismo.pdf> (12/07/2018).
- Giraldo, Carolina (2001). Homoerotismo femenino en la Nueva Granada (1745-1822). *En otras palabras...* (9), 23-43. Obtenido de <https://core.ac.uk/download/pdf/77275901.pdf> (14/06/2016).
- Grossberg, Lawrence; Nelson, Cary y Treichler, Paula (1992). Cultural Studies: An Introduction. En L. Grossberg, C. Nelson y P. Treichler (Eds.), *Cultural studies* (pp. 1-16). New York: Routledge.

- Guber, Rosana (2004). La observación participante: nueva identidad para una vieja técnica. En *El salvaje metropolitano. Reconstrucción del conocimiento social en el trabajo de campo* (pp. 171-188). Buenos Aires: Paidós
- Gynecologist.com (2012). *Gynecological exam*. Obtenido de <http://gynecologists.com/wellness/>
- Hall, Stuart (1992). Formations of modernity. The Open University.
- Haraway, Donna (1987). *Donna Haraway Reads The National Geographic on Primates (part 1)* [Video Youtube]. Disponible en [https://www.youtube.com/watch?v=eLN2ToEIlwM&list=RDQMX5JBx0vNCcg&index=1\(20/04/2018\)](https://www.youtube.com/watch?v=eLN2ToEIlwM&list=RDQMX5JBx0vNCcg&index=1(20/04/2018)).
- Haraway, Donna (1995). *Ciencia, cyborgs y mujeres. La invención de la naturaleza*. Madrid: Ediciones Cátedra.
- Haraway, Donna (1997/2004). *Testigo_Modesto@Segundo_Milenio. HombreHembra@_Conoce_ OncoraciónTM. Feminismo y Tecnociencia*. Barcelona: Editorial UOC.
- Haraway, Donna (1999). Las promesas de los monstruos: Una política regeneradora para otros inapropiados/bles. Trad. Elena Casado. *Política y Sociedad*, 30, pp. 121-163. Obtenido de <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=154534> (15/04/2018).
- Haraway, Donna (2016). Making Kin. En: *Staying with the trouble. Making kin in the Chthulucene*. Duke University Press.
- Harding, Sandra (1987). Introduction: Is there a feminist method? En: S. Harding (Ed.), *Feminism and Methodology* (pp. 1-14). Bloomington (EEUU): Indiana University Press.
- Hedva, Johanna (2015). *Teoría de la Mujer Enferma*. Obtenido de <https://vdocuments.mx/hedva-teoria-de-la-mujer-enferma.html> (20/07/2018)
- Hennigen, L., Kollar, L. M., & Rosenthal, S. L. (2000). Methods for managing pelvic examination anxiety: Individual differences and relaxation techniques. *Journal of Pediatric Health Care*, 14(1), 9-12. Obtenido de
- Hoggart, Richard (1957/1990). Invitación a un mundo de fantasía: El nuevo arte de masas. En *La cultura obrera en la sociedad de masas* (pp.183-208). Grijalbo.
- Instituto Nacional de Gestión Sanitaria (2017). *Manual básico de obstetricia y ginecología. Subdirección General de Gestión Económica y Recursos Humanos*. Obtenido de <http://publicacionesoficiales.boe.es/> (13/05/2017).

- Ivey, Allen; Bradford, Mary y Simek-Downing, Lynn (1980). *Counseling and Psychotherapy: Integrating Skills and Theory in Practice*. Prentice Hall.
- Jameson, Fredric (1998). Sobre los “estudios culturales” (Traducción de Moira Irigoyen). En F. Jameson y S. Zizek (Eds.), *Estudios culturales. Reflexiones sobre el multiculturalismo* (pp. 69-136). Argentina: Paidós.
- Jaramillo, Jaime E. (2005). La investigación inter y transdisciplinaria en las ciencias humanas hoy: retos y debates, convergencias y divergencias. En J.E. Jaramillo (Coord.), *Cultura, identidades y saberes fronterizos. Memorias del congreso internacional, nuevos paradigmas transdisciplinarios en las ciencias humanas* (pp. 11-21). Bogotá: Universidad Nacional de Colombia, Facultad de ciencias humanas, Centro de estudios sociales (CES).
- Jiménez, Nathalia (2012). *Criterios para la configuración de la responsabilidad médica estatal en la práctica de la gineco-obstetricia en Colombia [Tesis]*. Santiago de Cali: Universidad ICESI. Obtenido de https://repository.icesi.edu.co/biblioteca_digital/bitstream/10906/72929/1/criterios_configuracion.pdf (20/06/2017).
- Lab Test Online (2016). *Vaginitis y Vaginosis*. Obtenido de <https://labtestsonline.es/conditions/vaginitis-y-vaginosis> (3/05/2018).
- Lambda Legal (2010). *Cuando la atención a la salud no pone atención. Encuesta de Lambda Legal sobre discriminación contra personas LGBT y personas con el VIH*. Obtenido de https://www.lambdalegal.org/sites/default/files/es/publicaciones/descargas/casnpa_cuando-la-atencion-a-la-salud-no-pone-atencion_0.pdf (12/05/2018).
- Laqueur, Thomas (1990). *La construcción del sexo. Cuerpo y género desde los griegos hasta Freud*. Barcelona: Ediciones Cátedra.
- LGBT Terrassa (2017). *Guía de salud sexual para personas con coño de todos los gustos y géneros*. Obtenida de <http://www.sidastudi.org/es/registro/a53b7fb35a776666015bc919dfed06ae> (3/05/2018).
- López, Guadalupe y Pérez, Carmen (2009). Discurso. En Mónica Szurmuk y Robert Mckee Irwin, *Diccionario de estudios culturales latinoamericanos*. México: Instituto Mora, Siglo XXI
- Mathieu, Nicole-Claude (1989). ¿Identidad sexual/sexuada/de sexo? Tres modos de conceptualización de la relación entre sexo y género. En: *El Patriarcado al Desnudo*.

- Tres feministas materialistas* [2005], Ochy Curiel y Jules Falquet (Comp.). Buenos Aires: Brecha Lésbica.
- Medline Plus (2018). *Infecciones por Cándida. Vaginitis. Vaginosis. Tricomoniasis*. Obtenido de <https://medlineplus.gov/spanish/> (3/05/2018).
- Mejía, Alfredo y Benavides, Luisa Fernanda (2008). *Barreras de acceso a servicios de salud de las personas lesbianas, gay, bisexuales y transgénero de Bogotá D.C.* Bogotá: Alcaldía Mayor de Bogotá D.C. Secretaría de Planeación.
- Menéndez, María Isabel (2017). *Bibliografía básica: placer visual y cine narrativo*. Obtenido de <http://www.rirca.es/bibliografia-basica-placer-visual-y-cine-narrativo/> (11/07/2017).
- Miller, Toby (2006). What it is and what it isn't: Introducing... Cultural Studies. En: T. Miller (Ed.), *A Companion to Cultural Studies* (pp. 1-21). Malden: Blackwell Publishing.
- Millett, Kate (1969/1995). Teoría de la política sexual. En *Política Sexual* (pp. 67-124). España: Ediciones Cátedra.
- Monroy, Sonia (2012). *El continuo ginecobs-tétrico: experiencias de violencia vividas por mujeres gestantes en servicios de salud en Bogotá [Tesis]*. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia. Obtenido de <http://bdigital.unal.edu.co/7805/> (11/07/2017).
- Movilh Mujer (s.f.). *Guía de salud para mujeres Lesbianas y Bisexuales*. Movimiento de Integración y Liberación Homosexual. Chile. Obtenido de <http://www.felgtb.org/temas/salud-y-vih-sida/documentacion/salud-sexual/i/1781/542/guia-de-salud-sexual-para-mujeres-lesbianas-y-bisexuales> (13/04/2017).
- Mujeres al Borde (2010). *Guía de Sexo Oral*. Obtenida de <https://mujeresalborde.org/creacion/guia-de-sexo-seguro-entre-mujeres/> (12/05/2017).
- Naciones Unidas (s.f.). *Serie de información sobre salud y derechos sexuales y reproductivos. Personas lesbianas, gays, bisexuales, transgénero e intersex*. Obtenido de http://www.ohchr.org/Documents/Issues/Women/WRGS/SexualHealth/cINFO_LGTG_WEB_SP.pdf (13/03/2017).
- Nissim, Rina (1984). *Manual de ginecología natural para mujeres*. España: ICARIA
- O'Hadán, Katherine y Crum, Christopher (1996). Human papilloma virus – associated cervical intraepithelial neoplasia following lesbian sex. *Obstetrics and gynecology*, 88(4), 702-703. Obtenido de <https://www.academia.edu/18950674/Human>

- _papillomavirus-associated_cervical_intraepithelial_neoplasia_following_lesbian_sex (12/05/2018).
- Organización Mundial de la Salud [OMS] (s.f.). *Infertility definitions and terminology*. Obtenido de <http://www.who.int/reproductivehealth/topics/infertility/definitions/en/> (02/07/2018)
- Organización Mundial de la Salud [OMS] (2016). *Novena Conferencia Mundial de Promoción de la Salud. La promoción de la salud en los Objetivos de Desarrollo Sostenible*. Obtenido de <http://www.who.int/features/qa/health-promotion/es/> (15/12/2016).
- Palma, Diana (2016). La solución es la tijera: construyendo mundos para mujeres lesbianas y bisexuales. *Cali buenas noticias*. Obtenido de <http://calibuenasnoticias.com/2016/12/31/la-solucion-es-la-tijera-construyendo-mundos-para-mujeres-lesbianas-y-bisexuales/> (3/7/2018)
- Perea, Evelio (2010). Infecciones del aparato genital: vaginitis, vaginosis y cervicitis. *Medicine 10*(57), pp. 3910-3914. Obtenido de http://www.facmed.unam.mx/deptos/microbiologia/pdf/Vaginitis_vaginosis_cervicitis_Medicine2010.pdf (12/05/2018)
- Pérez, Pabla (2007/2011). *Manual introductorio a la ginecología natural*. Chile: La picadora de papel.
- Perrotta, Gabriela (2014). Concepciones de sujeto/paciente en salud sexual y reproductiva: acceso de mujeres lesbianas y bisexuales. *VI Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología del MERCOSUR*. Buenos Aires. Obtenido de <https://www.aacademica.org/000-035/249.pdf> (10/03/2018).
- Preciado, Beatriz (2006). *Basura y género. Mear/cagar. Masculino/femenino*. Obtenido de <http://www.iztacala.unam.mx/errancia/v0/PDFS/POLIETICAS%20DEL%20CUERPO%201%20BASURA%20Y%20GENERO.pdf> (25/10/2012)
- Probyn, Elspeth (1993). A problematic speaking the self. En: *Sexing the self. Gendered positions in cultural studies* (pp. 6-27). New York: Routledge.
- Quintero, Miguel Ángel (2012). *La responsabilidad patrimonial del Estado por la falla en la prestación del servicio médico asistencial. Acto médico defectuoso en las entidades de salud del estado. Una visión desde la doctrina y desarrollo jurisprudencial del*

- consejo de Estado [Tesis]*. Bogotá: Universidad del Rosario. Obtenido de <http://repository.urosario.edu.co/handle/10336/3946> (12/02/2018).
- Restrepo, Eduardo (2012). Apuntes sobre estudios culturales. En *Antropología y estudios culturales. Disputas y confluencias desde la periferia* (pp. 121-149). Buenos Aires: Siglo XXI Editores.
- Rich, Adrienne (1980). Heterosexualidad obligatoria y existencia lesbiana. *DUODA Revista d'Estudis Feministes*, 10, 15-42. Obtenido de <http://www.mpisano.cl/psn/wp-content/uploads/2014/08/Heterosexualidad-obligatoria-y-existencia-lesbiana-Adrienne-Rich-1980.pdf> (12/02/2018).
- Rivera, María Milagros (1994). *Nombrar el mundo en femenino. Pensamiento de las mujeres y teoría feminista*. Indiana, Estados Unidos: ICARIA.
- Rodrigáñez, Casilda (2007). *Pariremos con placer. Apuntes sobre la recuperación del útero espástico y la energía sexual femenina*. Ediciones Crimentales S.L.
- Royal College of Obstetricians and Gynaecologists. (1997). *Intimate examinations: Report of working party*. London: RCOG. Obtenido de <https://www.icgp.ie/go/library/catalogue/item/6F7AD871-00A7-031F-10FBFA1CE6CD7E/?print> (10/07/2018).
- Rubin, Gayle (1975/2000). El tráfico de mujeres: notas sobre la “economía política” del sexo. En *El género: la construcción cultural de la diferencia sexual* (pp. 35-93). México: PUEG, Grupo Editorial Miguel Ángel Porrúa.
- Ruiz, María del Rocío y Aguirre, Genaro (2015). Etnografía virtual, un acercamiento al método y a sus aplicaciones. Estudios sobre las Culturas Contemporáneas. *Época III*, 21(41), pp. 67-96. Colima, México: Universidad de Colima.
- Sandall, Jane; Hatem, Marie; Devane, Declan; Soltani, Hora y Gates, Simon (2008). *Midwife-led versus other models of care for childbearing women*. The Cochrane Library.
- Sandelowski, Margarete (2000). “This most dangerous instrument”: Property, power, and the vaginal speculum. *Journal of Obstetric, Gynecologic, and Neonatal Nursing: JOGNN/NAACOG*, 29, 73-82. Obtenido de <https://onlinelibrary-wiley-com.ezproxy.unal.edu.co/doi/epdf/10.1111/j.1552-6909.2000.tb02759.x> (15/07/2018).

- Scaniello, María José (2016). *La invisibilidad de las lesbianas en el sistema sanitario. Elementos para pensar políticas inclusivas en salud sexual y reproductiva en Uruguay*. Obtenido de https://www.academia.edu/28729215/La_invisibilidad_de_las_lesbianas_en_el_sistema_sanitario.Elementos_para_pensar_pol%C3%ADticas_inclusivas_de_salud_sexual_y_reproductiva_en_Uruguay (13/05/2017).
- Scott, Joan (1986/1996). El género: una categoría útil para el análisis histórico. En: Marta Lamas (Comp) *El género: la construcción cultural de la diferencia sexual*, pp. 265-302. México: PUEG.
- Scott, Joan (2001). Experiencia. *Ventana*, 13, 42- 73. Obtenido de <http://revistalaventana.cucsh.udg.mx/index.php/LV/article/view/551/574> (15/08/2017).
- Secretaría Distrital de Planeación (2010). *Lesbianas, Gays, Bisexuales y Transgeneristas en Cifras. Bogotá de Estadísticas N° 25*. Bogotá: Alcaldía Mayor de Bogotá
- Semana (2014). Piden discutir si POS debe cubrir tratamientos de fertilidad. *Semana.com*. Obtenido de <https://www.semana.com/nacion/articulo/piden-discutir-si-pos-cubre-tratamientos-de-fertilidad/408640-3> (02/07/2018)
- Semana (2016). ¿Deben incluirse en el POS los tratamientos de fertilidad?. *Semana.com*. Obtenido de <https://www.semana.com/vida-moderna/articulo/el-pos-incluiria-tratamientos-de-fertilidad/506250> (02/07/2018)
- Sentiido (2015). *¿Dónde están las lesbianas?*. Obtenido de <https://sentiido.com/donde-estanas-lesbianas/> (14/07/2018)
- Silva, Evelyn (2017). Violência, pobreza, saúde: para as mulheres lésbicas tudo é pior. *Azmina Revista*. Obtenido de <http://azmina.com.br/colunas/violencia-pobreza-saude-para-as-mulheres-lesbicas-tudo-e-pior/> (20/06/2018).
- Souza, Laudénize y Philippi, Miriam May (2013). *Percepção de lésbicas, gays e bissexuais em relação aos serviços de saúde*. doi: 10.5102/ucs.v11i2.1837
- Stop SIDA (s.f.). *Guía de salud sexual para mujeres lesbianas y bisexuales*. Obtenida de <http://www.felgtb.org/temas/salud-y-vih-sida/documentacion/salud-sexual/i/1781/542/guia-de-salud-sexual-para-mujeres-lesbianas-y-bisexuales> (23/08/2018).
- Subsecretaría de Políticas de Diversidad Sexual del Gobierno de Santa Fe (s.f.). *Guía de acceso a la salud sexual y reproductiva de lesbianas y mujeres bisexuales*. Obtenido de <https://www.santafe.gob.ar/index.php/web/content/view/full/212540> (14/04/2017).

- Surtees, Ruth (2003). *Midwifery as Feminist Praxis in Aotearoa/New Zealand* [Thesis]. University of Canterbury. Obtenido de <https://ir.canterbury.ac.nz/handle/10092/1662> (20/06/2018).
- Symonds, Anthea y Hunt, Sheila (1996). *The Social Meaning of Midwifery*. Basingstoke, Reino Unido: Macmillan.
- Terán, Pablo; Castellanos, Carlos; González, Mireya y Ramos, Damaris (2013). Violencia obstétrica: percepción de las usuarias. *Revista de Obstetricia y Ginecología de Venezuela* 73(3), 171-180. Obtenido de <http://saber.ucv.ve/bitstream/123456789/8165/1/Violencia%20obstetrica.%20percepci%C3%B3n%20de%20las%20usuarias.pdf> (20/06/2018).
- Terrasa, Sergio, Mackintosh, Ricardo y Piñero, Agustina (2011). *Actualización: La atención de pacientes lesbianas, gays y bisexuales y transgénero (primera parte)*. Federación Argentina de Medicina Familiar y General. Obtenido de <http://www.foroaps.org/files/lesbi%20y%20gay.pdf> (20/06/2018).
- Theophano, Teresa (2004). Boston Marriages. En *Encyclopedia glbtq*. Obtenido de http://www.glbtqarchive.com/ssh/boston_marriages_S.pdf (22/07/2018).
- Tomm, Karl (1987). Interventive interviewing: part II. Reflexive questioning as a means to enable self-healing. *Family Process* (26), 167-183. Obtenido de https://www.researchgate.net/publication/227700961_Interventive_Interviewing_Part_II_Reflexive_Questioning_as_a_Means_to_Enable_Self-Healing (10/02/2015).
- Urraca, Sabina (2017). ¿Qué pasa cuando las lesbianas van al ginecólogo? *Vice*. Obtenido de <https://broadly.vice.com/es/article/qvdx9w/lesbianas-ginecologo> (3/05/2018).
- Urrego, Zulma (2013) *Interrupción Voluntaria del Embarazo (IVE) por Causal Violencia Sexual: estudio de un caso en la ciudad de Bogotá, Colombia*. Bogotá: Grupo Médico por el Derecho a Decidir.
- Valdez, Rosario; Hidalgo, Elisa; Mojarro, Mariana y Arenas, Luz María (2013). Nueva evidencia a un viejo problema: el abuso de las mujeres en las salas de parto. *Revista CONAMED*, 18(1), 14-20. Obtenido de <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/4237199.pdf> (15/04/2017).
- Vallana, Viviana (2016). *Parirás con dolor, lo embarazoso de la práctica obs-tétrica. Discursos y prácticas que naturalizan la violencia obstétrica en Bogotá* [Tesis].

- Bogotá: Pontificia Universidad Javeriana. Obtenido de <https://repository.javeriana.edu.co/handle/10554/19135> (02/05/2018).
- Vargas, Vanessa (2015). Protección sexual lésbica: De la invisibilización del Estado al tabú social. *Eldesconcierto.cl*. Obtenido de <http://www.eldesconcierto.cl/2015/07/23/proteccion-sexual-lesbica-de-la-invisibilizacion-del-estado-al-tabu-social/> (20/06/2018)
- Vargas, Virginia (2002). Itinerario de otros saberes. En Daniel Mato (Comp.) *Estudios y otras prácticas intelectuales latinoamericanas en cultura y poder*. Caracas, Venezuela: CLACSO.
- Velasco, Angélica (2016). Ética del cuidado para la superación del androcentrismo: hacia una ética y una política ecofeministas. *Revista iberoamericana de ciencia, tecnología y sociedad*, 11(31), 195-216. Obtenido de http://www.revistacts.net/files/Volumen_10_Numero_31/VelascoEDITADO.pdf (22/07/2018).
- Vergara, Karina (2013). *El viaje de las invisibles. Manifestaciones del Régimen Heterosexual en experiencias de mujeres lesbianas en consultas ginecológicas* [tesis]. México: Universidad Autónoma Metropolitana. Obtenido de <https://we.riseup.net/assets/168390/EL+VIAJE.pptx.pdf> (23/06/2018).
- Vergara, Patricia (2011). *Replantear la atención ginecológica a mujeres lesbianas. Ponencia presentada en el II Coloquio de Estudios Mesoamericanos de Género y Feminismos en Guatemala*. Obtenido de <http://www.mujeresnet.info/2012/04/atencion-ginecologica-lesbianas.html> (01/02/2018).
- Wallerstein, Immanuel (2005). La antropología, la sociología y otras disciplinas dudosas. En *Las incertidumbres del saber* (pp. 141-173). Barcelona: Gedisa.
- Walters, Suzanna (1996). From Here to Queer: Radical Feminism, Postmodernism, and the Lesbian Menace (Or, Why Can't a Woman Be More like a Fag?). *Signs Feminist Theory and Practice* 21(4), pp. 830-869. Obtenido de <http://www.jstor.org/stable/3175026> (10/07/2018).
- Weijts, Wies; Widdershoven, Guy y Kok, Gerjo (1991). Anxiety scenarios in communication during gynaecological consultations. *Patient Education and Counseling*, 18, 149-163. Obtenido de <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/073839919190007R> (24/06/2018).

- Williams, Raymond (1958/1989). Culture is ordinary. En *Resources of hope: Culture, democracy, socialism* (pp. 3-14). Londres: Verso.
- Wittig, Monique (1992). El pensamiento heterosexual y otros ensayos. Madrid, España: Egales.
- Wright, Deborah; Fenwick, Jennifer; Stephenson, Pam y Monterosso, Leanne (2005). Speculum “self-insertion”: A pilot study. *Journal of Clinical Nursing*, 14(9), 1098-1111. Obtenido de https://www.researchgate.net/publication/7597672_Speculum_'self-insertion'_A_pilot_study (15/07/2018).
- Zalaquett, Carlos; Ivey, Allen; Gluckstern-Packard, Norma y Bradford, Mary (2007). *Las Habilidades Atencionales Básicas: Pilares Fundamentales de la Comunicación Efectiva*. Microtraining Associates.