

**VIII Jornadas de Jóvenes Investigadores**  
**Instituto de Investigaciones Gino Germani**  
**Universidad de Buenos Aires**  
**4, 5 y 6 de Noviembre de 2015**

**Yasmín Amira Mertehikian**

Instituto de Investigaciones Gino Germani, Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Buenos Aires // Maestranda en Ciencias Sociales, Universidad Nacional de General Sarmiento- Instituto de Desarrollo Económico y Social.

[yasmin.mertehikian@gmail.com](mailto:yasmin.mertehikian@gmail.com)

Eje 8. Feminismos, estudios de género y sexualidades

**Prácticas de cuidado y experiencias con los servicios de salud sexual y reproductiva del Área Metropolitana de Buenos Aires. Un estudio comparativo de jóvenes lesbianas, bisexuales y heterosexuales**

Palabras clave: sexualidad; heteronormatividad; servicios de salud sexual y reproductiva; lesbianismo; bisexualidad femenina.

**Resumen**

En Argentina, no hay leyes o reglamentaciones que directa y explícitamente excluyan a las mujeres lesbianas y bisexuales del sistema de salud. Pero indirectamente la presunción de heterosexualidad opera en ese sentido porque invisibiliza las prácticas sexuales llevadas a cabo predominantemente por mujeres lesbianas y bisexuales, así como a ellas mismas, inhibiendo en el mismo movimiento la producción y circulación de información sobre ambos tópicos. Resulta

difícil, por lo tanto, saber cuál es la relación que mujeres lesbianas y bisexuales tienen o no con los servicios de salud sexual y reproductiva y cuáles podrían ser las barreras o facilitadores que esta población encuentre para su acceso.

A los fines de cubrir la mentada vacancia y aportar insumos para la formulación de políticas públicas integrales en salud, en la tesis de Maestría –en curso- me propongo analizar las prácticas de cuidado de la salud sexual y reproductiva que las jóvenes lesbianas y bisexuales de 18 a 33 años de sectores medios socializan entre ellas y sus vínculos con los servicios de salud sexual y reproductiva del Área Metropolitana de Buenos Aires, a través de una metodología basada en la realización de entrevistas semi-estructuradas.

## **Introducción**

La instalación de las familias que no se ubican en la norma de la heterosexualidad como tema de investigación en Argentina, y el reconocimiento de derechos sexuales y (no) reproductivos son el producto de largas luchas de activismo LGBTI. A través de ellas, se ha logrado que la legislación comience a modificarse para dar un mayor espacio a la pluralidad de formas familiares, en términos de derechos positivos para las siguientes situaciones: otorgar un marco regulatorio a las parejas del mismo sexo, el derecho a la adopción por parejas del mismo sexo y la patria potestad compartida, en los casos de co-maternajes o co-paternajes producto de tecnologías de reproducción asistida. En términos cronológicos y políticos, el avance en materia legislativa argentina ha sido único respecto de los derechos de casamiento entre personas del mismo sexo y los derechos relativos a parentalidades gays y lesbianas. Así, el status social de la no heterosexualidad pasó de la no discriminación al logro de ciertos espacios de reconocimiento (Pecheny, 2001; Libson, 2011).

Sin embargo, a pesar del contexto actual de reconocimiento de derechos igualitarios y demandas, en Argentina, los programas de salud sexual y procreación responsable no discriminan, al menos de manera explícita, entre mujeres heterosexuales o no heterosexuales. Pero la mayor parte de las políticas públicas se concentra en el cuidado de la salud anticonceptiva o reproductiva desde el marco de la presunción de heterosexualidad, por cuanto se enfocan directa o indirectamente sobre la población de madres o potenciales madres en el marco de relaciones coitales heterosexuales

(Brown, 2006; Petracci, 2006; Pecheny, Gattoni y Tamburrino, 2007; Pozzio, 2011). Así, pues, la población a la cual se encuentran preferentemente dirigidos los servicios de salud sexual y reproductiva suele ser la de mujeres heterosexuales en edad fértil interpeladas en su rol de procreadoras y madres. Las mujeres lesbianas y bisexuales, cuyas prácticas sexuales –exclusivas o predominantes- son *a priori* no reproductivas, resultan, por lo tanto, implícitamente excluidas. En este contexto, existe escasa información acerca de la relación que las mujeres lesbianas y bisexuales tienen con el sistema de salud y, menos aún, en lo referido a los servicios de ginecología y obstetricia.

La literatura científica empezó a ocuparse de la salud de jóvenes LGBT, es decir lesbianas, gays, bisexuales y trans, sólo a partir de la epidemia del VIH/sida ligada a la visibilización de la vulnerabilidad de las parejas homosexuales, y casi toda la producción es en relación con ella. El impacto de la epidemia del VIH/sida ha tornado que la problemática de las minorías sexuales se centrara fundamentalmente en la *cuestión gay* (Meccia, 2006). De ahí que en los estudios en que se analizan los factores de riesgo para la infección por VIH y los factores psicosociales relacionados con el uso del condón, los gays, los bisexuales, los “hombres que tienen sexo con hombres”, y las trans, en este caso jóvenes, hayan recibido mucha más atención que las lesbianas y mujeres bisexuales. Así, pues, en la década del noventa las organizaciones de lesbianas quedaron en un segundo plano (Ortiz Hernández, 2005; Barbosa, 2006; Pecheny, 2013). Ahora bien, si aceptamos que desde los últimos veinte años se ha producido un incremento de la epidemia en las mujeres y una creciente incidencia del VIH/sida en edades tempranas (Herrera y Campero, 2002; Faur y Gherardi, 2005), es necesario profundizar en el conocimiento de las experiencias de las jóvenes lesbianas y bisexuales con los servicios de salud en el marco de un contexto homo/lesbofóbico, de falta de producción teórica y ausencia de preocupación práctica sobre relaciones sexuales entre mujeres. Ello, desde que estas mujeres suelen tener sexo sin ningún tipo de protección, lo que las expone a infecciones de transmisión sexual que generalmente no se detectan a simple vista y para lo cual es necesario hacerse controles regularmente (Brown, 2006).

En este marco, la investigación se propone describir y comprender las experiencias de jóvenes lesbianas y bisexuales, por un lado, y de mujeres heterosexuales, por otro, en sus vínculos con los servicios de salud sexual y reproductiva en el contexto de una sociedad hegemoníamente heterosexual. Al mismo tiempo, la investigación persigue describir y analizar los modos en que

las jóvenes lesbianas y bisexuales y las mujeres heterosexuales socializan entre ellas prácticas de cuidado de la salud sexual y reproductiva.

La perspectiva comparada entre mujeres heterosexuales y no exclusivamente heterosexuales permitirá echar luz sobre aquellos elementos que afectan de modo similar a todas las mujeres, al mismo tiempo que detectar aquellos que son propios o adquieren más relevancia en uno u otro grupo, iluminando las diferencias existentes en las experiencias y prácticas de dos colectivos diferentes de mujeres usuarias (heterosexuales y lesbianas y bisexuales).

La investigación pretenderá mostrar que los presupuestos heteronormativos, que privilegian la inseparabilidad entre sexualidad y reproducción y juegan un papel central en el marco concreto de la consulta ginecológica, obstaculizan la accesibilidad a los servicios de salud sexual y reproductiva cuando la sexualidad es *per se* no reproductiva. A partir de estos dos ejes –barreras y facilitadores del acceso al sistema de salud- se organizará un esquema de análisis que persigue identificar las condiciones, dimensiones y situaciones que inciden en la decisión de las mujeres lesbianas y bisexuales de consultar a un servicio de salud.

El cuidado de la salud, en sentido amplio, de esta población depende de su acceso a los servicios de salud sexual y reproductiva por cuanto allí se brinda información sobre prevención de infecciones de transmisión sexual y se realizan estudios de detección precoz de patologías genito-mamarias e ITS. De allí que resulte importante conocer sus vínculos con el sistema de salud, sus dificultades y sus facilidades, así como las variables intervinientes. Tal conocimiento permitiría poner en marcha políticas públicas amigables a esta población específica, contribuyendo a mejorar su acceso a la salud.

La problemática plantea, entonces, inquietudes explyadas en varios interrogantes: ¿cómo son y qué diferencias existen entre las experiencias de las lesbianas y bisexuales, por un lado, y de las mujeres heterosexuales, por otro, con los servicios de salud sexual y reproductiva? ¿Qué saberes y experiencias de cuidado de la salud sexual y reproductiva circulan entre las lesbianas y bisexuales y las mujeres heterosexuales? ¿Cuáles son las prácticas de cuidado que las lesbianas y bisexuales implementan en las relaciones sexuales entre mujeres? ¿Cuáles son los saberes médicos sobre la salud de lesbianas y bisexuales y de las mujeres heterosexuales que circulan en los servicios de salud sexual y reproductiva según la perspectiva de las usuarias? ¿Cómo se despliegan mecanismos de discriminación u obstáculos en la comunicación en las interacciones

entre los/as profesionales de salud y las mujeres lesbianas y heterosexuales? ¿Qué estrategias despliegan estas mujeres para relacionarse con esas prácticas y discursos? ¿Son diferentes las estrategias de las lesbianas y bisexuales y de las mujeres heterosexuales?

### **Metodología de trabajo: algunas precisiones**

En la tesis opto por una aproximación metodológica cualitativa, ya que el objetivo de la investigación requiere desplegar modos de captar las percepciones de los actores acerca del mundo en el que intervienen y las experiencias narradas por los propios protagonistas (Maxwell, 1996). De allí que recurra a instrumentos de la investigación social cualitativa, en particular a entrevistas semi-estructuradas.

En la investigación trabajo con mujeres heterosexuales y mujeres autodefinidas como lesbianas y bisexuales, de entre 18 y 33 años de sectores medios, que se atienden en servicios de salud sexual y reproductiva del Área Metropolitana de Buenos Aires (ya sea por medio del sistema público, de consultas privadas, prepagas u Obras Sociales). Es decir, se trata de jóvenes adultas, todas ellas en edad fértil. Sin embargo, es preciso decir que, como señala Butler (2001), no hay una relación unívoca entre sexo-deseo y prácticas sexuales. Por lo tanto, no necesariamente la autonominación sexual se corresponde o coincide con la orientación sexual y/o las prácticas sexuales asociadas a esa identidad sexo/genérica. Vale decir que puede tratarse, entonces, de una mujer heterosexual que nunca haya tenido relaciones sexuales con varones, de una mujer lesbiana que tenga o haya mantenido relaciones sexuales con varones, o de mujeres bisexuales que sólo hayan tenido sexo con mujeres.

Por ello, cuando me refiera a mujeres lesbianas y bisexuales sólo estaré dando cuenta de los grupos tal como las mujeres se autonominan a sí mismas sin querer decir nada en relación con sus prácticas sexuales implícitamente, excepto que en términos generales quienes se definen como lesbianas o bisexuales se sitúan en principio fuera de la matriz de heterosexualidad obligatoria.

Asimismo, la tesis toma como referente empírico a jóvenes por considerar que en ese grupo etario suelen ocurrir los procesos más significativos vinculados con la sexualidad y la

reproducción, tales como el inicio de las relaciones sexuales, la formación inicial en torno al cuidado anticonceptivo, la mayor exposición a riesgos de contraer enfermedades de transmisión sexual –incluyendo el VIH/sida– y, en algunos casos, el inicio de la historia reproductiva (Checa, 2003; Faur y Gherardi, 2005).

El conjunto de conocimientos que las mujeres adquieren tanto en su trayectoria al interior de los servicios de salud como en otros espacios tiene una incidencia directa en el ejercicio de su autonomía en el momento de la consulta. Conocimientos que pueden ser explícitos o bien funcionar a modo de un sentido práctico; que pueden ser adquiridos en instancias públicas u oficiales de información e interacción, o a través de intercambios privados entre mujeres. Entre las pacientes ginecológicas las trayectorias más prolongadas dentro de los servicios generan recursos para establecer una relación de mayor igualdad con los profesionales que las atienden (Brown y Pecheny, 2013). Es por eso que el ser mujeres jóvenes en el inicio de sus trayectorias socio-sexual-afectivas y, por lo tanto, sin un contacto sostenido con el sistema de salud que les permita desarrollar un capital acumulado “en tanto pacientes”, *a priori* sería un contexto más desfavorable para el ejercicio de la autonomía en la consulta ginecológica.

Por otro lado, elijo analizar mujeres que asisten a servicios ginecológicos puesto que resulta ser una práctica que vincula temas aún conflictivos: la relación médico-paciente, las relaciones de género, la experiencia del propio cuerpo y su exposición, la intimidad, la sexualidad, la reproducción y la vida afectiva y sexual de las mujeres (Brown, 2006; Brown y Pecheny, 2013).

Tanto al trabajar con las lesbianas y bisexuales como con las mujeres heterosexuales, selecciono los casos a partir del procedimiento conocido como “bola de nieve”, en relación con pero no “en” servicios de salud determinados: es decir, la comunicación con diversos contactos que permiten abrir diferentes redes de agentes pertinentes a la investigación, con el objetivo de seleccionar a las jóvenes para realizar las entrevistas. Se trata de un tipo de muestreo útil para temas de estudio como el abordado por esta investigación, donde las unidades de análisis están “escondidas” y son difíciles de identificar dado el estigma asociado con la condición sexual. Si bien el estudio no se realiza dentro los servicios de salud sexual y reproductiva del Área Metropolitana de Buenos Aires, sino que las lesbianas y las mujeres heterosexuales a entrevistar son contactadas fuera de los mismos, indago a través de sus relatos los modos en que los vínculos y las experiencias con los servicios de salud sexual y reproductiva son vividas y significadas por estas mujeres.

## **Algunos resultados**

### (Ir)Regularidad en las consultas ginecológicas

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

En otras palabras, la consulta ginecológica implica un punto de inflexión en relación con el mostrar y mirar la genitalidad femenina, que normalmente permanece fuera del ojo observador, muchas veces incluso para las mujeres. De manera que a pesar de que los y las profesionales suelen describir el examen ginecológico como rutinario e inocuo, las mujeres tienden a vivirlo como un evento que genera miedo, ansiedad, vulnerabilidad y discomfort (Carvalho y Furegato, 2001). En efecto, esas suelen ser las palabras más usadas para describir la primera consulta ginecológica, y los sentimientos que muchas veces producen prolongadas posposiciones antes de consultar a un servicio de salud sexual y reproductiva (Barbosa, 2006; Miranda-Ribeiro y Torres, 2008).

Así, pues, estas emociones funcionan como una de las razones más poderosas por las que muchas mujeres, heterosexuales o no, evitan la consulta ginecológica, la posponen, suspenden o no concretan. El tácito intercambio erótico-sexual presente en el ámbito de la consulta procura clausurarse mediante unas prácticas rituales tendientes a objetivar el cuerpo femenino para poder observar la genitalidad disociada de alguna manera de su poder erótico-sexual. Ello explica que la mayoría de las mujeres, independientemente de su autonominación, declare que la consulta ginecológica no es el espacio para hablar de asuntos personales ni, llamativamente, de sexualidad.

En esta perspectiva, los sentimientos de miedo, vergüenza, pudor e incomodidad son, entonces, las emociones clásicas que describen el encuentro ginecológico –sobre todo en una primera consulta- y los justificativos para retrasar o posponer el evento. Sin embargo, tales sensaciones van perdiendo peso con las reiteradas consultas a partir de las cuales se logra construir una naturalización del ritual médico, al mismo tiempo que también en ocasiones se va edificando la confianza. Este modelo funciona en general para las mujeres heterosexuales de clase media, un sector en el que se halla más institucionalizado el cuidado y la prevención ligados a la idea hegemónica de heterosexualidad reproductiva (Carvalho y Furegato, 2001).

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

De este modo, si bien las mujeres lesbianas y bisexuales refieren a la idea aceptada sobre la necesidad de cuidarse y de ir regularmente al ginecólogo, en la práctica tienden más a menudo a lo que Carvalho y Furegato (2001) llaman la actitud de “evitamiento del examen ginecológico” vinculada con los sentimientos de miedo y vergüenza mencionados, pero también intensificados –en el caso de las mujeres lesbianas y bisexuales- porque a esas inquietudes y sensaciones hay que sumar la tensión que genera “salir del clóset” o ser descubierta. Esto es, tener que reconocerse como lesbiana o bisexual en el marco de un encuentro médico definido en clave heteronormativa.

Como dijimos, en cuanto a los motivos señalados para la no concurrencia o postergación, los comunes a todas las entrevistadas tienen que ver con los temores, pudores y vergüenza que moviliza mostrar la genitalidad en el marco de la consulta ginecológica.

A ello se le añade para lesbianas y bisexuales el hecho de que piensan que realizar los controles ginecológicos sólo es relevante en los casos de uso de anticonceptivos o por maternidad, lo cual históricamente se supuso que no compete a las lesbianas y bisexuales. También juega un rol importante el miedo a una reacción lesbofóbica, es decir hostil hacia las lesbianas o el

lesbianismo y consecuentemente a la bisexualidad femenina, por parte del personal sanitario, así como la reticencia a la hora de compartir “detalles privados” con extraños.

Así, el hecho de “contarle” a un profesional de salud se inscribe en el marco de una práctica sexual y afectiva poco visible socialmente como es el lesbianismo o la bisexualidad femenina. Como sostienen los datos relevados y la literatura consultada, las prácticas homoeróticas femeninas se ubican en un nivel de visibilidad menor que las prácticas heterosexuales y las homosexuales masculinas. De manera que el miedo de verse forzadas a salir del clóset y las reacciones adversas posibles pueden producir la evitación de la consulta ginecológica o el silencio en relación con su vida sexual y afectiva. Así, en el marco de un contexto homo/lesbofóbico, en el que rigen las lógicas de la invisibilización de sujetos y prácticas sexuales subalternas, uno de los obstáculos más importantes para el acceso a la atención de la salud es la discriminación anticipada o sentida.

#### Sexualidades y saberes. La invisibilidad lésbica en la consulta ginecológica

Otro de los obstáculos documentados –y que sucede sólo luego de que la mujer salga del clóset frente al profesional de salud y, por ende, sólo en tales casos- es que la información sobre la homosexualidad de la paciente no ocasiona ningún tipo de intervención, consejo, información o cuidados particulares porque, como señala Gemetro (2009), las lesbianas han sido invisibilizadas en la mayoría de los campos de saber hasta no hace mucho. Decirlo puede o no generar cierta incomodidad inicial pero esto no afectaría en lo sustancial el vínculo asistencial y terapéutico, ya que aún en los casos de profesionales abiertos, prima la ausencia de información clara y pertinente para darles a las personas cuyas prácticas sexuales se efectúan fuera del patrón erótico hegemónico. Así, pues, si bien en las entrevistas no se documentan reacciones violentas o situaciones de discriminación, tampoco se registra asesoramiento, asistencia u orientación específica para las “mujeres que tienen relaciones sexuales con mujeres”. Como explica Brown:

Quizás el silencio sea uno de los principales problemas en el vínculo asistencial. No la discriminación explícita, el rechazo a la atención o el maltrato, sino el silencio. No tener nada para decir por no haber sido capacitado/a en el tema, por no saber cómo reaccionar, por no saber cómo resolver o qué decir. Es el silencio del desconocimiento, de no tener información para ofrecer o espacio para alojar (2011: 9).

En esa línea, las entrevistas abordan una serie de temas vinculados con los motivos de la primera consulta ginecológica, las visitas posteriores (si las hay), los motivos para mantener o cambiar de

profesional, la mejor y la peor experiencia, las sensaciones que irrumpen ante la revisión médica, la posibilidad de preguntar dudas o realizar peticiones de análisis (o negarse a realizar lo propuesto) en el ámbito de la consulta, entre otros aspectos relevantes indagados. Para el grupo de las mujeres heterosexuales, las respuestas indican en general conformidad con el trato, la información recibida y los estudios pedidos. Así, estas mujeres señalan que las revisiones se llevan a cabo de acuerdo a lo esperado, les realizan los estudios de rutina, los y las profesionales aceptan solicitarles los exámenes que ellas requieran y saldan sus dudas en términos de cuidado y prevención, fundamentalmente de embarazos.

Por otro lado, en el caso de las mujeres lesbianas y bisexuales, muchas sostienen que hubieran querido saber más, poder hacer preguntas y ser interrogadas de otro modo, ya que la indagatoria de rutina se rige por la presunción de heterosexualidad –es decir, que las mujeres tienen relaciones sexuales exclusivamente con varones y que son exclusivamente coitales vaginales-. Muy pocas expresan haber conseguido ese objetivo debido a la invisibilidad de las prácticas homoeróticas femeninas porque –como se dijo al inicio- existe una idea naturalizada en la sociedad en general, y en la práctica médica en particular, que asocia la sexualidad con la procreación.

En todos los casos indagué acerca de buenas y malas experiencias en relación con la consulta ginecológica, y para el caso específico de mujeres lesbianas y bisexuales pregunté adicionalmente si habían tenido algún problema específico por el hecho de identificarse como lesbianas o bisexuales. En general, las lesbianas y mujeres bisexuales no mencionan situaciones de discriminación, violencia o malos tratos evidentes, pero sí el hecho de que seguir el protocolo heterosexualmente pautado produce un cortocircuito en la comunicación entre los/as profesionales de salud y las mujeres, dado que tal interrogatorio rutinario no se ajusta a sus experiencias sexuales. Por último, estas mujeres plantean la dificultad de revelar su identidad y prácticas sexuales en el ámbito de la consulta y el silencio o la ausencia de respuestas a sus dudas particulares cuando ello es explicitado.

Interpretar estos datos implica considerar el carácter heteronormativo que adopta la consulta ginecológica como un obstáculo que dificulta el acceso de las mujeres lesbianas y bisexuales a los servicios de salud sexual y reproductiva. Si bien la barrera de acceso al sistema de salud se

hace más evidente en las mujeres que no asisten a estos servicios, es posible registrar similares barreras, prejuicios y obstáculos en las experiencias de aquellas que sí lo hacen.

### **Recapitulación y consideraciones finales**

A partir de los datos analizados, es posible observar que si bien la consulta ginecológica es un momento extremadamente delicado que afecta a todas las mujeres, hay en los grupos de mujeres lesbianas y bisexuales y de mujeres heterosexuales algunas diferencias distintivas en relación con los elementos que pueden funcionar como obstaculizadores o facilitadores para su acceso a los servicios de salud. Por un lado, debido al carácter heteronormativo que subyace a la consulta y al imperativo de prevención y cuidado médico de la salud sexual y reproductiva, en el caso de las mujeres heterosexuales de sectores medios no existen más obstáculos que el miedo, la vergüenza y el pudor de mostrar su genitalidad –uno de los aspectos más íntimos- a un ojo observador externo.

Por otro lado, para el grupo de las mujeres lesbianas y bisexuales se suma, a los obstáculos descritos, la presunción de heterosexualidad –que funciona de manera protocolar en la consulta ginecológica y es asumida naturalmente entre mujeres heterosexuales y profesionales de salud- y el miedo de verse compelidas a salir del clóset y las reacciones adversas posibles. Sin embargo, los datos analizados también muestran que para las entrevistadas se presenta como innecesario comunicar al profesional que son lesbianas o que tienen sexo con mujeres. Sencillamente, ser lesbiana o tener sexo con mujeres no tendría nada que ver con la consulta ginecológica. El profesional no tiene nada para aportar, ningún área sobre la cual intervenir y este tipo de información no sería relevante para su competencia.

Como puede apreciarse, la heteronormatividad y su presunción podrían actuar como barreras a la revelación de la homosexualidad en el ámbito de la consulta. Del mismo modo, la invisibilidad de las prácticas homoeróticas femeninas podría contribuir a mantener este carácter secreto, íntimo y silenciado. Así, en la consulta se da una especie de división de la mujer entre su cuerpo biológico y su sexualidad, lo que daría lugar a una invisibilidad de su identidad sexual; es decir, se performaría su ser mujer como independiente de su ser sexual (heterosexual, lesbiana o bisexual). Como resultado, el cuerpo biológico de la mujer estaría separado de sus prácticas

sexuales-eróticas-afectivas. Pero no es mera biología lo que se atiende en una consulta ginecológica, aunque se cuiden, curen o controlen los cuerpos de las mujeres. El cuerpo de la mujer que se presenta y se atiende en la consulta es un cuerpo heterosexual, con información, resguardos y asesoramiento de prácticas heterosexuales, aun cuando no se hable de sexualidad en la consulta.

Ahora bien, las prácticas sexuales modifican los riesgos, las necesidades de salud, el tipo de asesoramiento o las necesidades de atención de las mujeres. Como dijimos al inicio, las “mujeres que tienen relaciones sexuales con mujeres” tienden a tener sexo sin ningún tipo de protección, lo que las expone a infecciones de transmisión sexual que generalmente no se detectan a simple vista y para lo cual es necesario hacerse controles regularmente (Brown, 2006). Si el/a ginecólogo/a no sabe, piensa que la mujer no ha tenido nunca o no tiene relaciones sexuales, o que se cuida en relaciones con varones, no cuenta con información relevante para intervenir asistencialmente y estas necesidades preventivas no son debidamente atendidas.

Lo anterior da cuenta de que es necesario visibilizar la homosexualidad femenina en el campo social en general, y en el médico en particular. Aún más, es necesario poner en circulación las múltiples prácticas sexuales que pueden tener lugar entre dos personas independientemente de su orientación sexual y sus correspondientes cuidados a la hora de practicarlas.

## Referencias bibliográficas

- Barbosa, Regina (2006). *Saúde das mulheres lésbicas. Promoção da equidade e da integralidade*. Belo Horizonte: Sigla Comunicação.
- Bourdieu, Pierre (2000). *La dominación masculina*. Buenos Aires: Paidós.
- Brown, Josefina (2006). Salud ginecológica. En Jones, Daniel; Libson, Micaela y Hiller, Renata (Eds.) *Sexualidades, política y violencia: Marcha del Orgullo GLTTBI, Buenos Aires 2005: Segunda Encuesta*. Buenos Aires: Antropofagia.
- Brown, Josefina (2011). “Salud y mujeres no heterosexuales: la violencia de la invisibilidad”. Ponencia presentada en 2do Congreso de Sociólogos de la Provincia de Buenos Aires “Socializar la Sociología”, Mar del Plata, Provincia de Buenos Aires, Argentina.
- Brown, Josefina y Pecheny, Mario (2013). Cuerpo, sexo y reproducción. La noción de autonomía de las mujeres puesta en cuestión: el aborto y otras situaciones sensibles. *Revista Latinoamericana de Estudios sobre Cuerpos, Emociones y Sociedad*, Año 5, No. 12, Argentina.
- Butler, Judith (2001). *El género en disputa. El feminismo y la subversión de la identidad*. Buenos Aires: Paidós.
- Carvalho, Marta Lúcia y Furegato, Antonia Regina (2001). Exame ginecológico na perspectiva das usuárias de um serviço de saúde. *Revista Eletrônica de Enfermagem*, Vol. 3, No. 1, Goiânia.
- Checa, Susana (2003). *Género, sexualidad y derechos reproductivos en la adolescencia*. Buenos Aires: Paidós.
- Faur, Eleonor y Gherardi, Natalia (2005). El derecho al trabajo y la ocupación de las mujeres. En Equipo Latinoamericano de Justicia y Género. *Informe sobre Género y Derechos Humanos. Vigencia y respeto de los derechos de las mujeres en Argentina*. Buenos Aires: Biblos.
- Gemetro, Florencia (2009). “Figuraciones lésbicas en las primeras producciones de las ciencias sociales”. Ponencia presentada en 8a Reunión de Antropología del Mercosur “Diversidad y poder en América Latina”, Buenos Aires, Argentina.
- Herrera, Cristina y Campero, Lourdes (2002). La vulnerabilidad e invisibilidad de las mujeres ante el VIH/sida: constantes y cambios en el tema. *Salud Pública*, México, 44:554-564.
- Libson, Micaela (2011). Familias y diversidad. Las parentalidades gays y lesbianas en Buenos Aires. Tesis de Doctorado. Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Buenos Aires.
- Maxwell, Joseph A. (1996). *Qualitative Research Design. An Interecive Approach*. Thousand Oaks: Sage.

- Meccia, Ernesto (2006). *La cuestión gay. Un enfoque sociológico*. Buenos Aires: Gran Aldea.
- Miranda-Ribeiro, Paula y Torres, Maria Eponina de Abreu (2008). “Vai lá, tira a roupa... e... pronto...”: o acesso a consultas ginecológicas em Belo Horizonte. *Revista Brasileira de Estudos de População*, 25 (1).
- Ortiz Hernández, Luis (2005). Influencia de la opresión internalizada sobre la salud mental de bisexuales, lesbianas y homosexuales de la ciudad de México. *Salud Mental*, Vol. 28, No. 4, Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente, Distrito Federal, México.
- Pecheny, Mario (2001). De la “no-discriminación” al “reconocimiento social”. Un análisis de la evolución de las demandas políticas de las minorías sexuales en América Latina, *paper* presentado en XXIII Congress of Latin American Association, Washington DC.
- Pecheny, Mario; Gattoni, Soledad y Tamburrino, Cecilia (2007). “La primera experiencia es la que cuenta: notas sobre la trayectoria de pacientes ginecológicas”. Ponencia presentada en 26o Congreso de la Asociación Latinoamericana de Sociología, Guadalajara, México.
- Pecheny, Mario (2013). Desigualdades estructurales, salud de jóvenes LGBT y lagunas de conocimiento: ¿Qué sabemos y qué preguntamos? *Temas em Psicologia*, Vol. 21, No. 2.
- Petracci, Mónica (2006). *La política de salud y derechos sexuales y reproductivos en la Argentina: aportes para comprender su historia*. Buenos Aires: UNFPA-CEDES.
- Pozzio, María (2011). *Madres, mujeres y amantes. Usos y sentidos de género en la gestión cotidiana de las políticas de salud*. Buenos Aires: Antropofagia.