



Universidad Nacional
de General Sarmiento

MAESTRIA EN CIENCIAS SOCIALES 2014-2018

Acreditación de la CONEAU (224/11)

Tesis para obtener el grado de
Magíster en Ciencias Sociales

**La salud (hetero)sexual y reproductiva en debate.
Experiencias de jóvenes mujeres lesbianas y heterosexuales de
sectores medios con los servicios de ginecología en el Área
Metropolitana de Buenos Aires.**

Lic. Yasmín Amira Mertehikian

Director: Dr. Mario Martín Pecheny

Co-Directora: Dra. Josefina Leonor Brown

Mayo de 2018



FORMULARIO "E" TESIS DE POSGRADO

Este formulario debe figurar con todos los datos completos a continuación de la portada del trabajo de Tesis. El ejemplar en papel que se entregue a la UByD debe estar firmado por las autoridades UNGS correspondientes.

Niveles de acceso al documento autorizados por la autora

La autora de la tesis puede elegir entre las siguientes posibilidades para autorizar a la UNGS a difundir el contenido de la tesis:

- a) Liberar el contenido de la tesis para acceso público.
 - b) Liberar el contenido de la tesis solamente a la comunidad universitaria de la UNGS:
 - c) Retener el contenido de la tesis por motivos de patentes, publicación y/o derechos de autor por un lapso de cinco años.
- a. Título completo del trabajo de Tesis: La salud (hetero)sexual y reproductiva en debate. Experiencias de jóvenes mujeres lesbianas y heterosexuales de sectores medios con los servicios de ginecología en el Área Metropolitana de Buenos Aires.
- b. Presentado por: Mertehikian, Yasmín Amira
- c. E-mail de la autora: yasmin.mertehikian@gmail.com
- d. Estudiante del Posgrado: Maestría en Ciencias Sociales UNGS-IDES
- e. Instituciones que dictaron el Posgrado: Universidad Nacional de General Sarmiento e Instituto de Desarrollo Económico y Social
- f. Para recibir el título de:
 - a) Grado académico que se obtiene: Magíster
 - b) Nombre del grado académico: Ciencias Sociales
- g. Fecha de la defensa: / /
 día mes año
- h. Director de la Tesis: Pecheny, Mario Martín. Co-directora de la Tesis: Brown, Josefina Leonor
- i. Tutor de la Tesis (Apellidos y Nombres): -
- j. Colaboradores con el trabajo de Tesis: -

k. Descripción física del trabajo de Tesis: 137 páginas

l. Alcance geográfico y/o temporal de la Tesis: Área Metropolitana de Buenos Aires.

m. Temas tratados en la Tesis (palabras claves): Sexualidad; Reproducción; Heteronormatividad; Lesbianas; Políticas Públicas.

n. Resumen en español (hasta 1000 caracteres): En Argentina, los programas de salud sexual y reproductiva no discriminan formalmente entre mujeres heterosexuales y no heterosexuales. Sin embargo, la mayor parte de las políticas públicas se concentra en el cuidado de la salud anticonceptiva o reproductiva desde la presunción de heterosexualidad. En este contexto, es escasa la información acerca de la relación que las mujeres lesbianas tienen (o no) con los servicios ginecológicos y las barreras o facilitadores que esta población encuentra para su acceso. El objetivo general de esta tesis es analizar y comparar las experiencias de mujeres lesbianas y heterosexuales en las consultas ginecológicas en el Área Metropolitana de Buenos Aires (AMBA). La investigación recupera un abordaje metodológico cualitativo e interpretativo, basado en el análisis de entrevistas semi-estructuradas a jóvenes lesbianas y heterosexuales, usuarias o potenciales usuarias de servicios ginecológicos, de 18 a 32 años, de sectores medios residentes en el AMBA.

o. Resumen en portugués (hasta 1000 caracteres): Na Argentina, os programas de saúde sexual e reprodutiva não diferenciam formalmente entre mulheres heterossexuais e não heterossexuais. No entanto, a maioria das políticas públicas para a saúde da mulher se concentra nos cuidados de saúde ligados a contraceptivos ou questões reprodutivas, a partir de uma presunção da heterossexualidade. Neste contexto, há pouca informação sobre a experiência que as mulheres lésbicas têm (ou não têm) com os serviços ginecológicos, bem como sobre as barreiras ou os facilitadores que esta população encontra para o seu acesso. O objetivo geral desta tese é analisar e comparar as experiências de mulheres lésbicas e heterossexuais em consultas ginecológicas na Região Metropolitana de Buenos Aires (AMBA, em espanhol). A pesquisa recupera uma abordagem metodológica qualitativa e interpretativa, baseada na análise de entrevistas semi-estruturadas de jovens lésbicas e de jovens heterossexuais, usuárias ou potenciais usuárias de serviços ginecológicos, de 18 a 32 anos de idade, de setores médios residentes na AMBA.

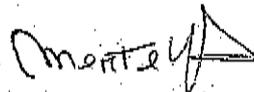
p. Resumen en inglés (hasta 1000 caracteres): In Argentina, sexual and reproductive health programs do not formally differentiate heterosexual from non-heterosexual women. However, most public policies are centered on contraceptive or reproductive healthcare from the presumption of heterosexuality. Against this backdrop, information is scarce regarding the relationship lesbian women establish (or lack) with gynecological services and the barriers or enablers this population has to access them. The general goal of this thesis is to analyze and compare the experiences of lesbian and heterosexual women with gynecological visits in the Buenos Aires Metropolitan Area (AMBA, in Spanish). This research adopts a qualitative

and interpretative methodological approach, based on the analysis of semi-structured interviews to young lesbian and heterosexual women, already users or potential users of gynecological services, aged 18 to 32, from middle sectors living in AMBA.

q. Aprobado por (Apellidos y Nombres del Jurado):

Firma y aclaración de la firma del Presidente del Jurado:

Firma de la autora de la tesis:

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'Mortela' followed by a stylized flourish.

Resumen

En Argentina, los programas de salud sexual y reproductiva no discriminan formalmente entre mujeres heterosexuales y no heterosexuales. Sin embargo, la mayor parte de las políticas públicas se concentra en el cuidado de la salud anticonceptiva o reproductiva desde la presunción de heterosexualidad. En este contexto, es escasa la información acerca de la relación que las mujeres lesbianas tienen (o no) con los servicios ginecológicos y las barreras o facilitadores que esta población encuentra para su acceso. Esta tesis pretende constituirse en un aporte novedoso para esta área de vacancia y, al mismo tiempo, ser un insumo para pensar políticas públicas en la materia.

El objetivo general de esta tesis es analizar y comparar las experiencias de mujeres lesbianas y heterosexuales en las consultas ginecológicas en el Área Metropolitana de Buenos Aires (AMBA). La investigación recupera un abordaje metodológico cualitativo e interpretativo, basado en el análisis de entrevistas semi-estructuradas a jóvenes lesbianas y heterosexuales, usuarias o potenciales usuarias de servicios ginecológicos, de 18 a 32 años, de sectores medios residentes en el AMBA.

Si bien cada trayectoria ginecológica posee características que la hacen una experiencia particular y única, los relatos de las mujeres analizados en esta tesis permiten delinear rasgos comunes en las experiencias de las mujeres lesbianas y heterosexuales entrevistadas, y otro conjunto de características específicas de cada grupo de mujeres usuarias de los servicios ginecológicos. En el contexto de servicios ginecológicos que operan bajo la construcción de un *problema de salud (hetero)sexual y reproductiva*, mujeres lesbianas y heterosexuales responden a determinadas representaciones sociales de la salud, del cuidado y del riesgo de maneras divergentes.

Mientras que las jóvenes heterosexuales no problematizan los discursos médicos y se los reapropian de manera (generalmente) acrítica, las mujeres lesbianas denuncian la falta de una atención médica adecuada luego de revelar que mantienen relaciones sexuales con mujeres. Ante ello, despliegan un conjunto de estrategias para subsanar la falta de asesoramiento médico, que están mediadas por sus experiencias de militancia en ámbitos feministas.

Abstract

In Argentina, sexual and reproductive health programs do not formally differentiate heterosexual from non-heterosexual women. However, most public policies are centered on contraceptive or reproductive healthcare from the presumption of heterosexuality. Against this backdrop, information is scarce regarding the relationship lesbian women establish (or lack) with gynecological services and the barriers or enablers this population has to access them. This thesis seeks to make an innovating contribution to these unexplored areas, while also becoming a tool to formulate public policies in the field.

The general goal of this thesis is to analyze and compare the experiences of lesbian and heterosexual women with gynecological visits in the Buenos Aires Metropolitan Area (AMBA, in Spanish). This research adopts a qualitative and interpretative methodological approach, based on the analysis of semi-structured interviews to young lesbian and heterosexual women, already users or potential users of gynecological services, aged 18 to 32, from middle sectors living in AMBA.

Although each gynecological history has specific features that make each experience particular and unique, the narrations of women analyzed in this thesis help find common traits among the experiences of interviewed lesbian and heterosexual women, as well as a series of specific characteristics for each group of female users of gynecological services. Within the context of gynecological services operating under the construction of a *(hetero)sexual and reproductive health issue*, lesbian and heterosexual women respond to certain social representations of health, care and risk differently.

While young heterosexual women do not question medical discourse and assimilate them (generally) in a non-critical manner, lesbian women report the lack of adequate medical care, after revealing they have sexual intercourse with women. Therefore, they employ a set of strategies to make up for the lack of medical advice, which are mediated by their experiences as militants in feminist settings.

Resumo

Na Argentina, os programas de saúde sexual e reprodutiva não diferenciam formalmente entre mulheres heterossexuais e não heterossexuais. No entanto, a maioria das políticas públicas para a saúde da mulher se concentra nos cuidados de saúde ligados a contraceptivos ou questões reprodutivas, a partir de uma presunção da heterossexualidade. Neste contexto, há pouca informação sobre a experiência que as mulheres lésbicas têm (ou não têm) com os serviços ginecológicos, bem como sobre as barreiras ou os facilitadores que esta população encontra para o seu acesso. Esta tese pretende tornar-se uma contribuição inédita para cobrir esse vazio, e ao mesmo tempo, servir de insumo para pensar política públicas sobre o tema.

O objetivo geral desta tese é analisar e comparar as experiências de mulheres lésbicas e heterossexuais em consultas ginecológicas na Região Metropolitana de Buenos Aires (AMBA, em espanhol). A pesquisa recupera uma abordagem metodológica qualitativa e interpretativa, baseada na análise de entrevistas semi-estruturadas de jovens lésbicas e de jovens heterossexuais, usuárias ou potenciais usuárias de serviços ginecológicos, de 18 a 32 anos de idade, de setores médios residentes na AMBA.

Embora cada trajetória ginecológica tenha características que as tornem experiência única e particular, as histórias das mulheres analisadas nesta tese permitem delinear características comuns entre experiências de mulheres lésbicas e de mulheres heterossexuais entrevistadas. Igualmente, permite perceber um conjunto específico de características para cada grupo de mulheres usuárias de serviços ginecológicos. No contexto dos serviços ginecológicos que operam em torno de *questões de saúde (hetero) sexual e reprodutiva*, as mulheres lésbicas e heterossexuais respondem de formas divergentes a determinadas representações sociais de saúde, cuidado e risco.

Enquanto as mulheres heterossexuais não problematizam os discursos médicos e os reapropriam de uma maneira (geralmente) acrítica, as mulheres lésbicas relatam falta de atenção médica adequada após revelarem que têm relações sexuais com mulheres. Diante disso, elas desenvolvem um conjunto de estratégias para corrigir a falta de orientação médica, mediadas por suas experiências de militância feminista.

TABLA DE CONTENIDO

AGRADECIMIENTOS	6
CAPÍTULO 1: INTRODUCCIÓN	9
1.1 PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN, OBJETIVOS Y JUSTIFICACIÓN	9
1.2 ANTECEDENTES Y MARCO TEÓRICO	11
1.2.1 Antecedentes	11
1.2.1.a Sentidos de género y políticas de salud	13
1.2.1.b Significados socioculturales de la consulta ginecológica	14
1.2.1.c Heteronormatividad y prácticas de cuidado	15
1.2.1.d Nuevas tecnologías reproductivas y maternidades	16
1.2.2 Marco teórico	18
1.2.2.a Sociología de la salud y sociología de la desviación	18
1.2.2.b Sociología de la cultura y sociología comprensivista	20
1.2.2.c Sociología de los problemas públicos	24
1.2.2.d Estudios de género	26
1.2.2.e Sociología de la individuación	29
1.3 METODOLOGÍA DE TRABAJO	32
1.4 ESTRUCTURA DE LA TESIS	39
CAPÍTULO 2: TRAYECTORIAS CON LOS SERVICIOS DE ATENCIÓN GINECOLÓGICOS	41
2.1 EL INICIO DE LAS TRAYECTORIAS GINECOLÓGICAS	42
2.1.1 Las experiencias de las mujeres heterosexuales	43
2.1.2 El inicio de las trayectorias de atención ginecológica: las experiencias de las mujeres lesbianas	45
2.2 RECORRIDOS DE LAS TRAYECTORIAS GINECOLÓGICAS	48
2.3 CONSTRUCCIONES ALREDEDOR DE LA FIGURA DE LA “MUJER”	52
2.4 ¿QUÉ SIGNIFICA “SER UNA MUJER”? CHOQUES DE SENTIDOS ENTRE MUJERES LESBIANAS Y PROFESIONALES DE LA SALUD	55
2.5 DISCUSIÓN Y RECAPITULACIÓN	57
CAPÍTULO 3: REPRESENTACIONES SOCIALES DE LA SALUD, EL CUIDADO Y EL RIESGO	62
3.1 ¿QUÉ ENTIENDEN LAS MUJERES POR SALUD, CUIDADO Y RIESGO?	63
3.1.a Salud, cuidado y riesgo en mujeres heterosexuales	65
3.1.b Salud, cuidado y riesgo en mujeres lesbianas	70
3.2 CONSTRUCCIÓN DEL PROBLEMA DE LA SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA	76
3.3 DISCUSIÓN Y RECAPITULACIÓN	82
CAPÍTULO 4: EL ROL DE LOS SOPORTES FORMALES E INFORMALES EN LAS EXPERIENCIAS DE MUJERES LESBIANAS Y HETEROSEXUALES	87
4.1 PRUEBAS Y SOPORTES DESDE LA SOCIOLOGÍA DE LA INDIVIDUACIÓN	89
4.2 SOPORTES FORMALES EN LAS EXPERIENCIAS DE LAS MUJERES HETEROSEXUALES: EL ROL PRIORITARIO DE LOS SERVICIOS DE ATENCIÓN GINECOLÓGICOS	92

4.3 EN LOS “MÁRGENES” DEL ESTADO: EL ROL DE LOS SOPORTES INFORMALES EN LAS EXPERIENCIAS DE MUJERES LESBIANAS	97
4.4 DISCUSIÓN Y RECAPITULACIÓN	104
CAPÍTULO 5: PRINCIPALES HALLAZGOS Y CONCLUSIONES	109
BIBLIOGRAFÍA	125

Agradecimientos

La elaboración y escritura de una tesis nunca implican un trabajo individual. En ella se entremezclan siempre personas e instituciones que –estén presentes físicamente o no- cumplen un papel fundamental al acompañarnos, motivarnos e inspirarnos en su redacción.

En primer lugar, quiero comenzar agradeciendo al Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas (CONICET) y a la Dirección de Investigación para la Salud del Ministerio de Salud de la Nación por haberme otorgado el apoyo económico para realizar esta investigación. Agradezco también al Ministerio de Educación de la Nación por otorgarme la beca PROFOR para cursar la maestría.

A la Maestría en Ciencias Sociales de la Universidad Nacional de General Sarmiento y el Instituto de Desarrollo Económico y Social por haber sido un espacio de aprendizaje y formación que me abrió sus puertas desde un comienzo, reservándome pacientemente mi vacante hasta que cumpliera con los trámites administrativos necesarios. En particular, quisiera agradecer a los y las docentes de los diferentes talleres de tesis por sus devoluciones y comentarios, que contribuyeron a que una –en principio- incipiente inquietud de investigación adoptara luego la forma de un proyecto de tesis: Enrique Andriotti Romanin, Andrea Daverio, Andrés Freijomil, Sandra Gayol, Mariana Luzzi, Pedro Nuñez y Sergio Visacovsky.

Al Instituto de Investigaciones Gino Germani y, en particular, al Área de Salud y Población por haber sido siempre espacios tan amigables y enriquecedores de trabajo y formación, que tengo la suerte de transitar desde mi último año de estudiante de la Carrera de Sociología. A mis compañeros y compañeras del Área por ser no solo excelentes profesionales y colegas, sino también personas maravillosas. En especial, a Martín Güelman por hacer –desde el primer día de la cursada de la maestría juntos- nuestros viajes en tren los sábados a la mañana temprano mucho más llevaderos y entretenidos.

A mis compañeros y compañeras de los equipos de investigación dirigidos por Mario Pecheny y Josefina Brown por la lucidez y creatividad de sus sugerencias y comentarios al discutir los resultados de esta investigación. A Sandra Salomé Fernández Vázquez por ser una compañía clave en los momentos de angustia que

conlleva la escritura de una tesis, con quien aprendimos juntas a repetirnos incansablemente –como nos enseñó Jose- “la tesis no soy yo”.

A las Cátedras de Sociología de la Salud y de Políticas de Salud por haber sido siempre ámbitos enriquecedores pero también distendidos de formación. Gran parte de las lecturas trabajadas en dichos espacios –desde mi primer acercamiento como alumna, como luego parte del equipo docente- se plasman hoy como marco teórico de esta tesis. En especial, agradezco a Alejandro Capriati por la paciencia y generosidad con la que me permitió crecer y aprender en los prácticos que tuve la suerte de dictar juntos.

Agradezco especialmente a mi director y co-directora, Mario Pecheny y Josefina Brown, no solo por sus dedicadas y puntillosas lecturas, sino sobre todo por el cariño con el que me acompañaron en este proceso. Han demostrado ser no solo directores invaluable, sino también grandes amigos que –entre almuerzos y cenas compartidas- supieron motivarme, apoyarme y aconsejarme –más allá, y más acá, del desarrollo de esta tesis- en mi formación como investigadora.

A la Universidad de Pennsylvania y en particular al Latin American and Latino Studies Program (LALS) por invitarme a realizar una estancia de investigación. Sin lugar a dudas, mi estadía allí me permitió conocer profesores y estudiantes y acceder a nuevas lecturas, que habilitaron perspectivas y miradas diferentes para pensar (y repensar) mi objeto de indagación. Un agradecimiento especial a Tulia Falleti y a Cathy Bartch por su generosidad al invitarme y el cariño con el que me recibieron desde un comienzo, que definitivamente hizo más llevadero estar lejos de casa.

Al equipo del Observatorio de Género en la Justicia de la Ciudad de Buenos Aires, y en particular a Diana Maffía y a Lohana Berkins, por la pasión con la que me enseñaron y transmitieron su preocupación y trabajo incansable por hacer de este mundo uno más justo.

A Gabriela Perrotta y a Silvia Oizerovich por su confianza al darme la oportunidad de participar en diferentes proyectos e instancias de difusión que persiguen poner en agenda y luchar por alcanzar una atención de salud sexual y salud reproductiva más integral para todas las personas.

A mi papá, Eduardo, y a mi mamá, Patricia, por darme desde muy chica la libertad de poder elegir mi propia aventura. Gracias por darme las herramientas

necesarias y dejarme volar, con la tranquilidad y seguridad de saber que siempre habrá un nido donde refugiarme.

A Meli por la calidez y la paciencia con las que me cuidó siempre como una hermana mayor compinche, dispuesta a velar siempre por los intereses de esta “clase”. A Luqui por la generosidad, la sensibilidad y el cariño con los que me aconsejó y apoyó incondicionalmente siempre en mi formación. Gracias por ser no solo hermanos que se preocupan y me cuidan, sino sobre todo mis mejores amigos.

A Santi por el amor incondicional con el que me acompaña en todos mis proyectos. Por ser siempre mi mejor lector. Por el cariño pero también la determinación –cuando es necesaria- con que me impulsa a seguir creciendo y desafiarme día a día. Por transmitirme la perseverancia y la pasión con las que afronta y encarna esta profesión.

Por último, agradezco muy especialmente a todas aquellas mujeres que dedicaron su tiempo para participar de las entrevistas y confiaron en mí para compartir y contar sus experiencias.

Capítulo 1: Introducción

1.1 Pregunta de investigación, objetivos y justificación

En Argentina, el activismo de lesbianas, gays, bisexuales, transexuales e intersexuales (LGBTI) logró el reconocimiento de derechos sexuales, (no) reproductivos y civiles a partir de introducir el debate en la agenda y el espacio públicos (Libson, 2011). A través de las luchas del activismo LGBTI, la nueva legislación vigente en materia de género y diversidad sexual desde la sanción de la Ley de Unión Civil en 2002 hasta la aprobación del nuevo Código Civil y Comercial en 2015 ha (re)definido los sujetos sobre los que recaen las acciones del Estado, y habilitado pensar una mayor pluralidad de prácticas, orientaciones e identidades sexuales y de género. El avance en términos legislativos en Argentina ha sido pionero respecto de los derechos de casamiento entre personas del mismo sexo, los derechos relativos a parentalidades gays y lesbianas, y la ley de identidad de género (Libson, 2011: 49). El estatus social de la no-heterosexualidad pudo obtener espacios de reconocimiento ciudadano a través del otorgamiento de derechos (Pecheny, 2001; citado en Libson, 2011: 212).

Si bien en Argentina los programas de salud sexual y reproductiva no discriminan –por lo menos de manera explícita– entre mujeres heterosexuales y no heterosexuales, la mayor parte de las políticas públicas se concentra en el cuidado de la salud anticonceptiva o reproductiva desde 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, en tanto las mujeres estén en edad fértil y tengan capacidad reproductiva (Brown, 2006; Petracci y Ramos, 2006; Brown et al., 2007; Pecheny et al., 2011). 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 (Pozzio, 2011). Las mujeres lesbianas, cuyas prácticas sexuales son en principio no reproductivas, resultan, por lo tanto, implícitamente o explícitamente excluidas (Facchini, 2005; Brown y Pecheny, 2012). En este contexto, es escasa la información acerca de la relación que las mujeres lesbianas tienen o no con los servicios

ginecológicos y cuáles podrían ser las barreras o facilitadores que esta población encuentre para su acceso (Brown y Tamburrino, 2011; Pecheny et al., 2011).

La investigación que da pie a la tesis plantea el siguiente interrogante: ¿cuáles son y qué diferencias existen entre las experiencias de jóvenes lesbianas y heterosexuales en el marco de sus trayectorias de atención ginecológica? El objetivo general es analizar y comparar las experiencias de jóvenes lesbianas, por un lado, y de jóvenes heterosexuales, por otro, en una muestra de mujeres de 18 a 32 años de sectores medios, que han tenido consultas ginecológicas en el Área Metropolitana de Buenos Aires (AMBA). La investigación sigue un abordaje metodológico cualitativo, basado en el análisis de entrevistas semi-estructuradas a jóvenes que se autoidentificaron como lesbianas y heterosexuales, y que se hicieron al menos un control ginecológico. Los objetivos específicos han sido, en relación con las mujeres lesbianas y las mujeres heterosexuales:

- 1) Describir y comparar las “trayectorias ginecológicas”.
- 2) Describir y comparar las representaciones respecto de las nociones de salud sexual y reproductiva, de cuidado y de riesgo.
- 3) Describir las representaciones en torno a los conceptos de salud sexual y reproductiva, de cuidado y de riesgo de los ginecólogos y las ginecólogas¹ en base a las narrativas de las mujeres lesbianas y heterosexuales.
- 4) Describir y comparar las pruebas que atraviesan en el marco de sus trayectorias ginecológicas.
- 5) Describir y comparar los soportes con los que cuentan para enfrentar las diferentes pruebas en el marco de sus trayectorias ginecológicas.

Tal como señalan Pecheny et al. (2011: 59), la noción de trayectoria refleja el marco concreto de la consulta ginecológica inserta en los procesos más largos de las historias sexuales, afectivas, reproductivas y no reproductivas, familiares, sociales y culturales de las mujeres. En este sentido, “una trayectoria social debe ser comprendida como una manera singular de recorrer el espacio social, donde se

¹ A los fines de hacer más fluida la lectura, los términos ginecólogos y ginecólogas y profesionales de la salud serán utilizados como sinónimos.

expresan las disposiciones del *habitus*” (Bourdieu, 1990; citado en Petracci et al., 2012: 170).²

Si bien cada trayectoria ginecológica posee características específicas que la hacen una experiencia particular, los relatos de las mujeres analizados en esta tesis permitieron delinear rasgos comunes en las trayectorias ginecológicas de las mujeres lesbianas y heterosexuales entrevistadas, y otro conjunto de características específicas de cada grupo de mujeres usuarias (lesbianas, por un lado, y mujeres heterosexuales, por otro). En los capítulos siguientes se describirán y compararán los mensajes que reciben y las experiencias que viven las mujeres en sus visitas ginecológicas; y cómo dichas experiencias, en la medida que reproducen imaginarios y nociones de salud sexual y reproductiva, generan diferentes respuestas por parte de las mujeres entrevistadas.

1.2 Antecedentes y marco teórico

1.2.1 Antecedentes

Existe escasa información acerca de las relaciones que las mujeres lesbianas tienen con el sistema de salud en Argentina y, en particular, con los servicios de ginecología (Pecheny et al., 2011). Desde la década de 1990 se ha desarrollado una creciente corriente de investigación sobre las desigualdades de género, la sexualidad y la diversidad sexual en el campo de las ciencias sociales de la salud en Argentina (Checa, 1996; Ramos et al., 1996; Gogna y Ramos, 1996; Gogna, Pantelides y Ramos, 1997; Ramos y Romero, 1998; Petracci, Kornblit y Mendes Diz, 1999; López, Findling y Abramzón, 2006; Daverio, 2006; Pecheny et al., 2007; Gogna et al., 2007; Villanueva y Gogna, 2007; Manzelli y Pecheny, 2007; Szulik et al., 2008; Romero y Maceira, 2009; Gogna et al., 2009; Petracci et al., 2012). No obstante, aún son deficientes los datos y análisis sobre los vínculos y experiencias de las mujeres lesbianas con los servicios de salud sexual y reproductiva, que mantienen especificidades en relación con el resto de la población y el cuidado de su salud.

Sobre el tema de investigación que da pie a esta tesis se registra un avance en la literatura académica sobre mitos, tabúes y prevención de infecciones de transmisión sexual entre mujeres (Almeida, 2005; Barbosa y Facchini, 2009; Valadão y Gomes, 2011; Pecheny et al., 2011; Rodríguez, 2014, entre otros). También existe una mayor

² Para más detalles sobre el concepto de trayectoria, ver el Capítulo 2: “Trayectorias con los servicios de atención ginecológicos”.

circulación de noticias periodísticas (Sexualidad De10, 2008; El Mundo, 2012; BBC Mundo Salud, 2014) y de blogs³ sobre el tema. Y, además, se han impulsado iniciativas de “consultorios amigables” (Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo, 2013) para facilitar el acceso de esta población a los servicios de salud. Sin embargo, aún continúan siendo escasos los conocimientos sobre los condicionantes del acceso a la salud sexual y reproductiva de mujeres lesbianas.

La literatura científica en el campo de las ciencias sociales de la salud empezó a estudiar la salud de jóvenes LGBT a partir de la epidemia del VIH/sida ligada a la visibilización de la vulnerabilidad de las parejas homosexuales (Pecheny, 2013). En la actualidad, casi toda la producción científica sobre salud LGBT se vincula con dicha epidemia. El impacto del VIH/sida condujo a que la problemática de las llamadas minorías sexuales se centrara sobre todo en la cuestión gay (Meccia, 2006; citado en Libson, 2011: 35). Por tal motivo es que en los trabajos en los que se analizan los factores de riesgo para la infección por VIH y los factores psicosociales relacionados con el uso del preservativo, los gays, los bisexuales, los “hombres que tienen sexo con hombres”, y las trans hayan sido más abordados que las mujeres lesbianas (Pecheny, 2013), ya que globalmente la epidemia del VIH/sida es masculina, es decir, hay más hombres que mujeres afectados (García-Sánchez, 2004). En la década del noventa las situaciones de las mujeres lesbianas quedaron relegadas en un segundo plano en la literatura (Pecheny y de la Dehesa, 2010; Gemetro, 2009; citado en Brown et al., 2014: 680), ya que estas mujeres no se encontraban afectadas por la epidemia del VIH/sida –como los varones homosexuales- ni abortaban –como en el caso de las mujeres heterosexuales-.

La década del 2000 introdujo un renovado interés en el tema de las organizaciones y colectivos de mujeres lesbianas, a partir de la mayor visibilidad y reconocimiento de los individuos, las parejas y familias gays y lesbianas en el contexto del debate y de la aprobación del matrimonio igualitario (Hiller, 2010, 2016). Este interés se vio reflejado en una serie de trabajos que analizaron cómo los colectivos de mujeres lesbianas ganaron visibilización en el espacio público en tanto sujetos y sujetas políticos. Tal como afirma Dora Barrancos (2014: 17), las manifestaciones de las mujeres lesbianas aparecieron en la década de 1960, y por lo general se incorporaron –no sin conflictos- al propio movimiento feminista y al

³ Entre los blogs relevados se destacan: *Hola Doctor* (2015); *Taringa* (s/f); *Mendoza Post* (2015); y *MDZ femme* (2015).

activismo gay. En la misma línea, Alejandra Sardá, Rosa María Posa Guinea y Verónica Villalba Morales (2006) describen cómo los colectivos de lesbianas han buscado ganar su lugar primero dentro del movimiento LGBT, y luego, en la agenda pública. Este punto también es retomado por Carlos Figari (2010) al señalar que la inclusión del término lesbiana dentro del movimiento LGBT recién tuvo lugar en la década de 1990. Esta tardía inclusión y visibilización de las mujeres lesbianas dentro del colectivo de la diversidad sexual explicaría en parte el lugar secundario que ocuparon los estudios académicos en relación a este grupo social. Paralelamente a este grupo de trabajos centrados en el reconocimiento y visibilidad de la identidad lésbica en el espacio público, dentro la literatura anglosajona surgió también una serie de investigaciones dedicadas al análisis del acceso a la salud de este grupo social (Marrazzo et al., 2001; Bauer y Welles, 2001; McNair, 2005; Heck, Sell y Sheinfeld Gorin, 2006; Bazzi et al., 2015). Estos trabajos parten de un enfoque metodológico cuantitativo y no indagan en las representaciones sociales que las mujeres lesbianas construyen sobre los servicios de salud sexual y reproductiva en general y de las consultas ginecológicas en particular. Dado el abordaje metodológico cualitativo que se propone esta tesis, los mencionados estudios no serán recuperados en los cuatro ejes de trabajo identificados seguidamente. A continuación, se registran los principales ejes a través de los cuales la bibliografía relevada ha abordado el tema de investigación.

1.2.1.a Sentidos de género y políticas de salud

Un primer eje corresponde a los estudios sociológicos y etnográficos destinados a analizar los sentidos de género que el Estado construye a través de las políticas de salud. Dentro de este grupo de trabajos una serie de autores y autoras han señalado que si bien en Argentina los programas de salud sexual y procreación responsable no discriminan -al menos de manera explícita- entre mujeres heterosexuales y no heterosexuales, 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 (Brown, 2006; Petracci y Ramos, 2006; Brown et al., 2007; Pecheny et al., 2011). Estos estudios problematizan los modos como han sido concebidos los servicios de salud sexual y reproductiva y la población a la cual se encuentran preferentemente dirigidos los mismos (es decir, mujeres heterosexuales en

edad fértil interpeladas en su rol de procreadoras y madres) (Pozzio, 2011). Al respecto, Regina Facchini (2005) y Josefina Brown y Mario Pecheny (2012) sostienen que las mujeres lesbianas, cuyas prácticas sexuales –exclusivas o predominantes- son *a priori* no reproductivas, resultan implícitamente excluidas, ya que opera aquí una tensión con las imágenes de género y de sexualidad hegemónicas, quebrando la idea naturalizada de la vinculación estructural entre sexualidad heterosexual y procreación sobre la cual se erige la idea de femineidad imperante.

1.2.1.b Significados socioculturales de la consulta ginecológica

Un segundo eje es abordado por otro grupo de trabajos, que han avanzado en el análisis de los significados socioculturales que las mujeres usuarias o potenciales usuarias atribuyen a la consulta ginecológica (Bourdieu, 2000; Carvalho y Furegato, 2001; Barbosa y Facchini, 2009; Torres, Miranda-Ribeiro y Machado, 2008). Desde esta perspectiva, los elementos que pueden funcionar como disuasivos de la consulta ginecológica y producir prolongadas posposiciones antes de asistir a un servicio de salud sexual y reproductiva son: los sentimientos de miedo, vergüenza, pudor de mostrar su genitalidad, vulnerabilidad y discomfort. El principal aporte de estos trabajos empíricos es otorgar un lugar central a las experiencias narradas por las propias protagonistas, sus percepciones y relatos ya que, como afirman Marta Lúcia Carvalho y Antonia Regina Furegato (2001), la problemática del examen ginecológico debe ser estudiada tomando como punto de partida las experiencias de las mismas mujeres.

Al mismo tiempo, Brown (2006) y Brown y Cecilia Tamburrino (2011) señalan que si bien la consulta ginecológica es un momento extremadamente delicado que afecta a todas las mujeres, la presunción de heterosexualidad (que funciona de manera protocolar en la consulta) adquiere una relevancia particular para las lesbianas. A ello se suma el miedo de verse forzadas a “salir del clóset”, es decir, contar que son lesbianas, que tienen prácticas sexuales y/o vínculos amorosos con otras mujeres, y las reacciones adversas posibles. Por eso, a menudo la no-heterosexualidad constituye en general un secreto fundante de la identidad y las relaciones personales de los individuos no heterosexuales, quienes se reservan el derecho de decidir cuándo y a quién comunicar su orientación sexual (Pecheny, 2002).

Lo anterior da cuenta de que, en nuestra sociedad, no autoidentificarse como heterosexual permanece como una dimensión de la personalidad que constituye un motivo de estigmatización, discriminación y exclusión, lo que favorece los riesgos respecto del VIH/sida y otras infecciones de transmisión sexual (ITS), y obstaculiza el acceso a los servicios de salud, en especial a los servicios ginecológicos (Pecheny, 2002). En los capítulos siguientes se trabajará sobre esta cuestión en el marco de las consultas ginecológicas, y se verá cómo opera la presunción de heterosexualidad de manera implícita en general, y cómo en ocasiones se explicita cuando las mujeres expresan su orientación sexual frente al o la profesional.

1.2.1.c Heteronormatividad y prácticas de cuidado

Un tercer eje a través del cual la bibliografía ha abordado la relación entre las lesbianas y el sistema de salud tiene que ver con el impacto de la heteronormatividad en la relación que estas mujeres tienen con los servicios de salud sexual y reproductiva y en sus prácticas de cuidado (Valadão y Gomes, 2011; Fundación Huésped, 2017). Un grupo de trabajos ha surgido como una voz de alerta sobre los riesgos y daños para la salud que conlleva el mito de que las “mujeres que tienen relaciones sexuales con mujeres” no están expuestas a infecciones de transmisión sexual, y ha llamado la atención sobre la estigmatización social que recae sobre esta población, que torna a las mujeres susceptibles a riesgos para su salud sexual y reproductiva (Almeida, 2009; Wieringa, 2010). Estos trabajos han evaluado las implicancias de que no exista en general información disponible entre los y las profesionales de la salud sobre pautas de prevención, modos y métodos de cuidado en relaciones no coitales. Como explican Brown y Tamburrino (2011: 12-13):

Quizás el silencio sea uno de los principales problemas en el vínculo asistencial. No la discriminación explícita, el rechazo a la atención o los malos tratos, sino el silencio de no tener nada para decir, [...] el silencio del desconocimiento, de no tener información para ofrecer o espacio para alojar.

Los aportes de estos trabajos son, entonces, relevantes por centrarse en la necesidad de implementar una atención integral de la salud sexual y reproductiva de las mujeres lesbianas, que brinde un asesoramiento especializado de sus necesidades de salud y salde sus dudas en términos de cuidado y prevención, desde una perspectiva coincidente con la propuesta.

1.2.1.d Nuevas tecnologías reproductivas y maternidades

Un cuarto grupo de estudios, centrados en el análisis de las nuevas tecnologías reproductivas, ha indagado sobre las maternidades en parejas lesbianas y cómo se ha ido modificando la pretendida legitimidad de la asociación entre sexo y procreación (Trupa, 2017). Este cuestionamiento, sin embargo, no carece de conflictos. Lucía Ariza (2010) señala cómo muchas mujeres que recurren a estas tecnologías como respuesta a un problema de infertilidad, muestran una actitud hacia el evento reproductivo marcada por una aspiración e idealización de “naturalidad”. Asimismo, Ariza y Micaela Libson (2011) analizan comparativamente procesos de estigmatización y discriminación ligados al uso de los tratamientos de reproducción médicamente asistida para las mujeres heterosexuales y lesbianas, en un contexto de heterosexualidad obligatoria. La comparación entre el caso de las mujeres heterosexuales y las lesbianas permite ver cómo, mientras para el primer grupo de mujeres las fuentes de estigmatización y discriminación están sobre todo presentes en el grupo de pares y la medicina reproductiva viene a “solucionar” la diferencia que distingue a la pareja infértil de su entorno social; en el caso de las mujeres lesbianas la principal fuente de discriminación es la propia medicina reproductiva, que aborda el caso de la pareja lesbiana como si se tratara de una pareja infértil. Para las autoras, tales diferencias muestran la institucionalización de la heteronormatividad en las tecnologías de reproducción asistida, las cuales no ofrecen un abordaje específico para el caso de las parejas lesbianas cuyas miembros no son individualmente infértiles. Al mismo tiempo, en tanto son utilizadas por mujeres lesbianas y mujeres sin pareja estable, estas nuevas tecnologías reproductivas abren el camino hacia una posible reapropiación del derecho a la descendencia y el parentesco por grupos tradicionalmente relegados.

Si bien la incorporación de las ciencias sociales en el campo de la salud ha ido creciendo en las últimas décadas, el desarrollo de los estudios sociales sobre la salud sexual y reproductiva de mujeres lesbianas y su relación con el sistema de salud es todavía incipiente, más aún si se consideran los pocos trabajos que focalizan en el caso argentino actual. Según ONUSIDA (2007), continúa existiendo una situación de desconocimiento sobre la salud sexual e integral de las lesbianas. Dentro de los cuatro ejes de trabajo mencionados en párrafos anteriores, los antecedentes del estudio de este problema de investigación relevados ponen el énfasis en las barreras o

facilitadores individuales, sociales e institucionales que esta población encuentra para su acceso a los servicios de salud.

Las investigaciones y los trabajos citados no analizan cuáles son las estrategias que las mujeres lesbianas y heterosexuales despliegan para relacionarse con las prácticas y discursos que circulan en los servicios de ginecología, y cuáles son los saberes y las prácticas de cuidado que estas mujeres desarrollan para hacer frente a la falta de información provista por los y las profesionales de la salud. Durante los últimos 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; García-Sánchez, 2004; Chaves, 2009). Es por ello que resulta necesario profundizar en el conocimiento de las experiencias de las jóvenes lesbianas con los servicios de salud y de sus prácticas de cuidado de la salud sexual y reproductiva en el marco de un contexto homo/lesbofóbico, sobre todo si se considera que identidad sexual no equivale inexcusablemente a un conjunto definido de prácticas sexuales (coitales para heterosexuales y orales-manuales para no heterosexuales), que es lo que alimenta el mito de que las mujeres que tienen relaciones con mujeres no tienen realmente sexo y no ameritan cuidados ni controles regulares (Brown, 2006).

La tesis, en este contexto, se propone indagar los condicionantes del acceso a la salud sexual y reproductiva de mujeres lesbianas, focalizando en sus experiencias con los y las profesionales de la salud en el marco concreto de sus consultas ginecológicas. Con este fin, la tesis plantea inquietudes explyadas en varios interrogantes: ¿cómo son y qué diferencias existen entre las experiencias de las mujeres lesbianas, por un lado, y de las 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 mujeres lesbianas y las heterosexuales? ¿Cuáles son las prácticas de cuidado que estas mujeres implementan en sus relaciones sexuales? ¿Cuáles son los saberes médicos sobre la salud de lesbianas y de las mujeres heterosexuales que circulan en los servicios de salud sexual y reproductiva según la perspectiva de las usuarias? ¿Cómo se relacionan estas mujeres con esas prácticas y discursos? ¿Se relacionan de manera diferente las mujeres lesbianas y las heterosexuales?

1.2.2 Marco teórico

Dados los objetivos y preguntas de la presente tesis, el marco teórico a construir se compone de cinco aportes principales: a) de la sociología de la salud y de la desviación; b) de la sociología de la cultura y el comprensivismo; c) de la sociología de los problemas públicos; d) de los estudios de género; y e) de la sociología de la individuación.

1.2.2.a Sociología de la salud y sociología de la desviación

En primer lugar, las contribuciones proporcionadas por los conceptos y criterios de la sociología de la salud permiten problematizar las prácticas y discursos de la medicina como una actividad moral y social dotada de funciones normalizadoras que funciona legítimamente como agente de control social. La tesis, en este punto, prestará especial atención al espacio que ocupan –dentro de los servicios de ginecología- aquellos cuerpos que se alejan de la heteronormatividad hegemónica⁴ (para esta investigación los cuerpos de las mujeres lesbianas), sus percepciones, experiencias y relatos (Freidson, 1978; Conrad, 1982).

La medicina moderna desarrollada desde fines del siglo XVIII y comienzos del XIX, no consiste en una actividad de tipo individual, que conoce únicamente la relación entre el médico o la médica y el o la paciente e ignora la dimensión colectiva de la sociedad. Por el contrario, la medicina moderna es definida como disciplina de lo social (Foucault, 1976). Tanto más social en la medida en que impone exigencias colectivas cuyo conjunto remite a una idea del estado normal de la sociedad, una jerarquía de valores, y supone, por ende, un estado-patrón normativo, regulador del orden social (Canguilhem, 2005). Esta perspectiva coloca en el centro de interés la medicina como saber, práctica e institución no independiente del discurso colectivo de una época y de su estructura social (Herzlich y Pierret, 1988). La medicina refleja, de esta forma, el orden moral de la sociedad (Conrad, 1982). En palabras de Eliot Freidson (1978: 253):

⁴ A lo largo de esta tesis utilizo las siguientes expresiones como sinónimos: no heterosexuales, no exclusivamente heterosexuales, no-heterosexualidad, diversidad sexual, cuerpos que se alejan de la heteronormatividad hegemónica, mujeres que tienen relaciones sexuales con mujeres, y lesbianas. Como se desarrollará en el apartado metodológico, por dichos términos entiendo aquellas mujeres que “sienten deseos y construyen sus prácticas sexuales, eróticas, amorosas y/o afectivas en relación con otras mujeres” (Brown et al., 2014: 675). Esto último no implica desconocer que existen sujetos y sujetas heterosexuales que, sin embargo, se alejan en mayor o menor medida de los mandatos de género hegemónicos.

En tanto la medicina no es independiente de la sociedad en la que existe, convirtiéndose en un vehículo para los valores de la sociedad, llega a desempeñar un rol principal en lo relativo a la formación y modelación de los significados sociales imbuidos con tal valor.

Freidson (1978) afirma que, en el mundo moderno, la medicina no solo ostenta el poder de legitimar la propia actuación de un/a enfermo/a admitiendo que está realmente lo está, sino que también crea las posibilidades sociales para representar la enfermedad y la desviación. La medicina se halla involucrada en la invención de la enfermedad como un rol social que un ser humano puede asumir y en la representación de la enfermedad como un mal. Asimismo, conquista una jurisdicción exclusiva para determinar qué es enfermedad y desviación y, consecuentemente, cómo debe actuar la gente para ser designada como enferma y desviada. Bajo este esquema, Freidson (1978) señala que la desviación –cualquiera que sea su realidad biofísica- se construye socialmente: las sociedades no solo definen qué es una conducta desviada, sino también esa consideración de conducta desviada es determinada, condicionada y reproducida por los actos sociales. Esto significa reconocer que el concepto de enfermedad y desviación es esencialmente evaluativo, y que la medicina moderna es una actividad moral y social que transmite pautas de comportamiento consideradas correctas y persigue controlar y erradicar aquello que considera indeseable. De allí se desprende la necesidad de analizar la enfermedad y la desviación no como un estado en sí mismo, sino como una valoración social asignada a una conducta, que varía según la participación en una cultura determinada y en un sistema de conocimiento y significado (Freidson, 1978).

Con el objetivo de hacer dialogar aportes de las diferentes corrientes teóricas que guían la presente tesis, la sociología de la desviación sostiene que aquello que se denomina desviación en la sociedad humana no puede existir, por consiguiente, independientemente de la vida social, de las reglas o normas sociales que asignan el significado de desviación a un acto o atributo (Becker, [1963] 2012). El problema no radica, pues, en explicar actos dados, sino en advertir la atribución de desviación. Las causas de la desviación como un fenómeno social no residen en el individuo, sino en los procesos sociales a partir de los cuales se crean reglas, normas y estereotipos que determinan que una conducta sea considerada desviada (Becker, [1963] 2012). Esta perspectiva coloca en el centro de interés cómo la desviación social es establecida por parte de agentes de control médicos que definen las fronteras de lo “normal” y de lo “patológico” (más que por los actos físicos y psicológicos que puedan estar

involucrados), y analiza los efectos morales que conlleva la asignación de una conducta desviada y la reacción de otra gente ante esta desviación. La desviación es definida socialmente y esencialmente atribuida a una persona, no siendo inherente necesariamente a ella (Freidson, 1978).

Los aportes de la sociología de la salud permiten analizar los discursos de los y las profesionales de la salud en las consultas ginecológicas, y en consecuencia, dar cuenta de cómo se implementan en la práctica los lineamientos de las leyes y programas relativos a la salud sexual y reproductiva de las mujeres vigentes en el Área Metropolitana de Buenos Aires. Cabe destacar que en esta tesis no analizo directamente las leyes y programas relativos a la salud sexual y reproductiva. Por el contrario, parto del supuesto que los y las profesionales de la salud son efectores de las políticas públicas y, por lo tanto, reproducen (o no) sus lineamientos. El abordaje de la sociología de la salud habilita poner en diálogo la mirada que estos discursos de los y las profesionales construyen sobre la salud, el cuerpo, el cuidado y la sexualidad de las mujeres lesbianas y heterosexuales y los modos en que estas mujeres resignifican y se reapropian de esas prácticas y discursos.

1.2.2.b Sociología de la cultura y comprensivismo

En segundo lugar, los aportes de la sociología de la cultura proveen herramientas para el análisis de las representaciones sociales de las mujeres lesbianas y heterosexuales que eligen transitar o no por las consultas ginecológicas, posibilitando la interpretación de las significaciones culturales atribuidas a estas últimas y a las nociones de salud sexual y reproductiva, de cuidado y de riesgo. Las representaciones sociales son conjuntos de significados y conceptos no escritos ni verbalizados pero sí establecidos en la práctica, que son valederos para la vida cotidiana y les permiten a los sujetos interpretar, en términos simbólicos, la realidad (Hall, 1997; Petracci y Kornblit, 2007). Tal como señala Serge Moscovici (1961; citado en Kornblit, 1995: s/p), las representaciones son sociales en tanto se originan en las propias interacciones sociales, se reproducen a partir de actos comunicacionales, y –en la medida que son compartidas por grupos sociales– habilitan ciertas prácticas y restringen otras. Moscovici destaca que, en tanto las representaciones sociales surgen de la interacción social, cada contexto puede dar lugar a múltiples representaciones sociales de un mismo objeto o conducta. De esta

forma, toda representación social se caracteriza por poseer, al mismo tiempo, un determinado grado de consenso y conflictividad (Kornblit, 1995).

Las representaciones sociales suponen pensamientos constituyentes y constituidos, dado que moldean los modos en los que los sujetos interpretan y viven su realidad cotidiana, pero, al mismo tiempo, aparecen como productos que reflejan las estructuras cognoscitivas a partir de las que se interpreta la realidad (Kornblit, 1995). Tal como señalan Ruth Amossy y Anne Herschberg Pierrot (2001: 54), las representaciones sociales forman parte y reflejan un saber de sentido común, que se experimenta como conocimiento práctico, natural y espontáneo, opuesto al conocimiento técnico y científico. Este conocimiento de sentido común, que moldea las interacciones sociales y las representaciones que los sujetos tienen del mundo, proviene no solo de las experiencias vividas por los individuos, sino también de saberes que heredan e incorporan a partir de sus procesos de socialización y comunicación, y que reproducen cotidianamente (Kornblit, 1995; Amossy y Herschberg Pierrot, 2001). Conforme a dicha perspectiva, la representación social constituye “una forma de conocimiento, socialmente elaborada y compartida, que tiene una finalidad práctica y apunta a la construcción de una realidad común a un conjunto social” (Jodelet, 1989; citado en Amossy y Herschberg Pierrot, 2001: 55). En otras palabras, las representaciones sociales, en tanto parte del sentido común, constituyen los cimientos con los cuales los sujetos interpretan y decodifican su realidad y, al mismo tiempo, ofrecen marcos valorativos que orientan sus acciones, construyendo horizontes normativos bajo los cuales evaluarlas (Kornblit, 1995).

Los aportes de la sociología de la cultura son valiosos para buscar comprender las diferentes representaciones sociales que las mujeres lesbianas y heterosexuales construyen sobre las consultas ginecológicas (basadas a su vez en la información de la que las mujeres disponen). Asimismo, la sociología de la cultura provee herramientas para indagar las diferentes significaciones culturales que estas mujeres atribuyen a las nociones de salud sexual y reproductiva, de cuidado de su salud y de riesgo.

Vinculada con los aportes de la sociología de la cultura y en consonancia con los principales postulados epistemológicos de dichos estudios, la tesis se nutre también de las contribuciones de la sociología comprensivista. Este enfoque teórico hace hincapié en tres características:

- a) el carácter productor y no solo reproductor del conocimiento de la vida cotidiana;
- b) la naturaleza social de ese conocimiento, que se genera a

partir de la comunicación y la interacción entre individuos, grupos e instituciones; c) la importancia del lenguaje y de la comunicación como mecanismos en los que se transmite y crea realidad, por una parte, y como marco en el que la realidad adquiere sentido, por otra. (Kornblit, 1995: s/p)

En este contexto, resulta útil recuperar la noción de mundo de la vida de Alfred Schütz (2003). Según el autor, el mundo de la vida cotidiana constituye la realidad eminente de los sujetos, el mundo a su alcance en el cual llevan a cabo sus proyectos y planes de vida (Acevedo, 2011). El mundo cultural en el que viven y actúan los sujetos es por definición un mundo cultural intersubjetivo. Es intersubjetivo en tanto mujeres y hombres viven entre otras mujeres y hombres, a los cuales comprenden y a la vez son comprendidos. Es un mundo de la cultura, en tanto es un universo de sentido que los sujetos deben interpretar para orientarse en él. El conocimiento que tienen los sujetos del mundo en el que interactúan toma principalmente la forma de sentido común. Sentido común que, en tanto acervo de conocimiento a mano, permite la relación entre legos a partir de su reciprocidad de perspectivas. El pensamiento de sentido común supera las diferencias en las perspectivas individuales mediante dos idealizaciones básicas: a) la de la intercambiabilidad de los puntos de vista; y b) la de la congruencia del sistema de significatividades (Soldano, 2002: 76). Ambas tipificaciones son construcciones idealizadoras de objetos de pensamiento que reemplazan a los objetos de pensamiento de sus experiencias privadas y las de sus semejantes (Schütz, 2003: 42-43). Este proceso de tipificación habilita un proceso de construcción del otro/a y de uno mismo o de una misma. Al tipificar la conducta del otro/a, uno o una tipifica su propia conducta, es decir, se autotipifica (Schütz, 2003: 45-48).

Para el caso de esta tesis, este proceso de tipificación es relevante para analizar las construcciones e imaginarios que comparten (o no) las mujeres con los y las profesionales de la salud a los o a las que consultan, y dar cuenta de posibles tensiones en los horizontes de expectativas de las entrevistadas respecto de lo que esperan y obtienen en las consultas ginecológicas. En otras palabras, la tesis busca indagar, a partir de los relatos de las mujeres entrevistadas, los modos en que los y las profesionales de la salud tipifican y construyen al sujeto “mujer” que consulta al sistema de salud, y las tensiones que eso genera en relación a las formas en que las mujeres se autotipifican a sí mismas. La investigación recupera aspectos de la

pregunta que se hace Simone de Beauvoir⁵ en 1949, y que se desarrollaría en las décadas posteriores: ¿qué es ser una mujer?

Al mismo tiempo, dado que en gran medida las construcciones de sentido común usadas para tipificar al otro o a la otra y a mí misma tienen origen y aprobación sociales, la investigación permite reflexionar acerca de los límites de las construcciones sociales y simbólicas que rigen en la sociedad argentina actual. En otras palabras, la investigación busca dar cuenta de las tensiones respecto de las pretensiones de validez (Habermas, 1989) de las mujeres entrevistadas y de los y las profesionales de la salud. Según Jürgen Habermas, para comprender el sentido subjetivo de las acciones, no solo se debe comprender el sentido propiamente dicho de la acción, sino los criterios bajo los cuales la acción es juzgada o evaluada: una pretensión de validez y un criterio de racionalidad específico de la acción, que comparten tanto quien realiza la acción como sus interlocutores e interlocutoras y copartícipes (Schuster y Pecheny, 2002: 249). La idea de acción comunicativa propuesta por Habermas es definida como la acción orientada al entendimiento, en el sentido de dos personas que llegan a un consenso respecto de sus perspectivas de cómo ven el mundo (Schuster y Pecheny, 2002: 252):

Los procesos de entendimiento tienen como meta un consenso que descansa en el reconocimiento intersubjetivo de pretensiones de validez. Tales reclamaciones de validez se las hacen mutuamente los participantes en la comunicación y son en principio susceptibles de crítica. En la orientación conforme a pretensiones de validez se actualizan relaciones del actor con el mundo. Al relacionarse con sus manifestaciones con algo en un mundo, los sujetos presuponen estar en común posesión de elementos formales que son determinantes para el entendimiento. (Habermas, 1989: 190)

⁵ Este cuestionamiento le permitiría a Simone de Beauvoir adentrarse en la comprensión de la condición femenina para sentar las bases argumentativas hacia la construcción del concepto de género, como la realizada por Gayle Rubin en la década de 1970. La perspectiva teórica de Simone de Beauvoir se propone analizar la interrelación entre sexualidad e historia, enrolándose en una interpretación existencialista del feminismo. De Beauvoir afirma que *no se nace mujer: llega una a serlo*, bajo la obligación cultural de hacerlo. Así, ser es haber devenido, es haber sido hecho/a, sin presagiar un origen o un final. Para la autora ([1949] 1995: 18), “la Humanidad es macho, y el hombre define a la mujer no en sí misma, sino con relación a él; no la considera un ser autónomo”. En otras palabras, el Sujeto siempre es masculino, fusionado con lo universal e instrumento incorpóreo de una libertad radical; y se diferencia de un Otro femenino, fuera de las normas universalizadoras de la calidad de persona, fuente de misterio, condenado a la inmanencia y restringido a su cuerpo como limitante. Como resultado, el drama de la mujer consiste en ese conflicto entre la reivindicación de todo sujeto que se plantea como una trascendencia y las exigencias que lo constituyen como lo inesencial (de Beauvoir, [1949] 1995). Los principios subyacentes al pensamiento de Simone de Beauvoir sentaron un punto de partida para la teorización feminista radical y la estrategia feminista socialista a partir de los años 1960 y 1970, para responder a los interrogantes planteados por el problema de la opresión social de las mujeres (Tubert, 1995).

Es a partir de la interacción y el diálogo argumentativo que los interlocutores y las interlocutoras se ponen de acuerdo y pueden coordinar acciones. Para Habermas, la acción –y en consecuencia, la comunicación- existe en tanto y en cuanto los y las sujetas compartan sus pretensiones de validez, es decir, compartan ciertos supuestos respecto de lo que es verdadero y moralmente recto.

En esta investigación se busca dar cuenta de las tensiones respecto de las pretensiones de validez de las mujeres entrevistadas y de los ginecólogos y las ginecólogas. En particular, las entrevistas analizadas permiten evaluar las nociones de salud sexual y reproductiva que maneja cada actor/actriz, y hasta qué punto la idea de heterosexualidad en tanto práctica moral y normativamente adecuada es puesta en tensión por las mujeres lesbianas. En otras palabras, la tesis busca dar cuenta hasta qué punto los interlocutores y las interlocutoras consideran aceptables las posturas y posiciones de los/as otros/as, y las respuestas de las mujeres entrevistadas cuando surgen “ruidos” en la interacción con el o la profesional de la salud. Al mismo tiempo, analizar las pretensiones de validez que maneja cada uno de los actores/actrices permite reflexionar respecto de la posibilidad de coordinar acciones en salud sexual y reproductiva.

1.2.2.c Sociología de los problemas públicos

Analizar las nociones de salud sexual y reproductiva que maneja cada actor/actriz implica indagar en los modos en los que la salud sexual y reproductiva es considerada un problema público. En tercer lugar, esta tesis recupera los aportes de la sociología de los problemas públicos a los fines de comparar los significados que las mujeres y los ginecólogos y las ginecólogas le atribuyen a la salud sexual y reproductiva, y analizar en qué medida estas “construcciones” del problema generan ciertas respuestas en materia de políticas públicas a nivel general, y prácticas individuales, en particular.

Partiendo del análisis de la salud sexual y reproductiva como problema público, esta tesis se interesa en analizar los modos en los que las políticas públicas buscan responder a tal problema en el nivel micro, acercándonos al análisis de la implementación de políticas de salud sexual y reproductiva desde lo local. Es decir, esta investigación recupera los aportes de la sociología de los problemas públicos no con el fin de analizar los modos en que los o las decisores políticos piensan a la salud

sexual y reproductiva, sino para evaluar cómo las definiciones del problema se cristalizan en prácticas profesionales e individuales concretas, y en consejos y recomendaciones médicas sobre prácticas de cuidado. El estudio parte del supuesto de que son los y las profesionales de la salud quienes en última instancia se encargan de aplicar las respuestas estatales en materia de salud sexual y reproductiva. Comprender la implementación de una política desde las relaciones cotidianas de quienes las implementan y quienes son destinatarios y destinatarias de las mismas, es “una vía de acceso relevante al estudio de cómo se organiza y funciona el Estado y cómo es definido y se manifiesta en el curso de la vida de las personas” (Pozzio, 2011: 8). En el ámbito concreto de la consulta ginecológica, entonces, los y las profesionales de la salud aconsejan y recomiendan ciertas prácticas de cuidado que reproducen (o no) los lineamientos más generales de la política pública.

Para que haya una política pública, en primer lugar, el Estado tiene que definir un problema sobre el que debe actuar (Parsons, 1995; citado en Cunial, 2014: 85). Tal como señala en su tesis Santiago Cunial (2014: 85), para que un problema sea caracterizado como un problema público, tiene que ser construido como –en términos de Howard Becker ([1963] 2012)- una conducta desviada. Cuando un hecho es enmarcado como una forma de conducta desviada de las reglas consideradas social y normativamente aceptables, ello lo convierte en un inconveniente que debe ser solucionado (Cunial, 2014: 85).

En esta línea de análisis, Joseph Gusfield ([1981] 2014) afirma que, para que un determinado problema sea entendido como tal, debe poder ser solucionado. Los problemas públicos conllevan dimensiones morales y cognitivas, y asignan responsabilidades políticas y causales para responder a y resolver los mismos (Gusfield, [1981] 2014). El aspecto cognitivo implica las creencias sobre el aspecto fáctico de la situación y los acontecimientos que constituyen el inconveniente. El aspecto moral sugiere un estado de la cuestión que se considera indeseable (Gusfield, [1981] 2014: 75). La construcción de una cuestión pública es, pues, un ejercicio político que se halla mediado por ideas, valores y estereotipos que compiten entre sí con el fin de definir a conductas, personas y/o eventos (Rochefort y Cobb, 1994; Stone, 2002; Pecheny, 2010; Cunial, 2014). En otras palabras, la construcción de problemas públicos y el consecuente diseño de políticas públicas implican no solo la acción del Estado, sino también la delimitación de los contenidos de ciudadanía (Jelin, 1996).

La definición de una situación como problemática y el desarrollo y la implementación de acciones para enfrentarla son dos caras de un mismo proceso. Caracterizar, pues, una situación como problemática y elaborar soluciones posibles y aplicarlas para resolverla son actividades que dependen de formas de obrar establecidas y estipuladas normativamente, de manera que no cualquier situación puede ser presentada como un problema público (Gusfield, [1981] 2014: 29-30). En el marco de esta tesis, los consejos y las recomendaciones profesionales en materia de cuidado y prevención de la salud sexual y reproductiva deben comprenderse como respuestas a situaciones que se consideran problemáticas. Al hacerlo, los ginecólogos y las ginecólogas construyen y reproducen imaginarios respecto de los embarazos no planificados, el lesbianismo y el género asociados con conductas no deseadas –o, en términos de Becker ([1963] 2012), desviadas-. Sin embargo, estos imaginarios no son aceptados de manera acrítica por las mujeres. El análisis propuesto por esta tesis permitirá describir y comparar cómo entran en conflicto distintas nociones de lo que se considera “problemático” por parte de los y las profesionales y las mujeres; y en qué medida los modos en que la salud sexual y reproductiva se define como un problema dan lugar a respuestas limitadas por parte de los y las profesionales y a la búsqueda de alternativas por parte de las mujeres que no se adecuan a sus concepciones.

1.2.2.d Estudios de género

En cuarto lugar, los aportes de los estudios de género permiten problematizar las construcciones alrededor de la figura de la “mujer” que reproducen los ginecólogos y las ginecólogas, y los modos en los cuales las internalizan y/o cuestionan las mujeres entrevistadas. Asimismo, el análisis de los estereotipos de “mujer” que circulan en las consultas ginecológicas permite problematizar los límites inherentes a las políticas públicas en materia de salud sexual y reproductiva que parten de una mirada centrada en la heterosexualidad obligatoria. Los estudios feministas se han caracterizado por su definición del concepto de género como la elaboración cultural, social e histórica que las diferentes sociedades realizan a partir de la existencia biológica de dos sexos diferenciados, con el objetivo de construir dos identidades sexuales relacionales y opuestas de exclusión mutua (Ariza, 2005). El concepto de género subraya el carácter representacional de las identidades, es decir,

cómo las imágenes, sentidos y prácticas de lo masculino y lo femenino se moldean culturalmente (Rubin, [1975] 1986; Warren, 1988; Scott, 1993; Richard, 2002; Lamas, 2013).

En términos históricos, se puede situar a las pensadoras feministas como las primeras que reflexionan acerca de la construcción sociocultural de la femineidad, la heteronormatividad y la sexualidad, y quienes introducen el concepto de género para explicar la opresión de las mujeres y oponerse, por lo tanto, a un pensamiento de las esencias biológicas. Para la antropóloga norteamericana Gayle Rubin ([1975] 1986), el sistema de sexo/género constituye un término neutro que describe correctamente la organización social de la sexualidad (sujeta, esta última, a convenciones y a la interacción humana); y mantiene la distinción entre la necesidad humana de crear un mundo sexual y los modos opresivos en que se han organizado los mundos sexuales (superando la confusión de ambos sentidos que realizara el concepto de patriarcado y señalando que la opresión es producto de las relaciones sociales específicas que organizan el campo de la sexualidad). En palabras de la autora: “un sistema de sexo/género es el conjunto de disposiciones por el cual una sociedad transforma la sexualidad biológica en productos de la actividad humana y satisface esas necesidades humanas transformadas” (Rubin, [1975] 1986: 17).

Los sistemas de sexo/género son el producto de la actividad humana histórica. El género es una división de los sexos socialmente impuesta, resultado de relaciones sociales de sexualidad y de la aculturación de la sexualidad biológica a nivel social (Rubin, [1975] 1986). “El término género, que designa un sistema de clasificación bipolar, subraya el carácter eminentemente social de las distinciones basadas en el sexo y rechaza el determinismo biológico implícito en las palabras sexo y diferencia sexual” (Guber, 2001: 45). De este modo, el género se fue consolidando como un concepto que no se limita al sexo natural, sino que se basa en un saber sobre la diferencia sexual, es decir, en los modos en que los sujetos sociales elaboran los roles biológicos sexuales produciendo valores, creencias y normas (Warren, 1988; Scott, 1993; citados en Guber, 2001: 119).

Rubin ha señalado cómo los sistemas de parentesco estimulan la heterosexualidad de una manera implícita y presuponen formas específicas de vínculos sexuales: “por una parte, dejan de lado las relaciones no heterosexuales; por la otra, generan una escala de legitimación cultural, social, legal, económica y política sobre qué relaciones heterosexuales son aceptadas y cuáles no” (Rubin, 1989; citado

en Libson, 2012: 311). En el campo de las sexualidades, la heteronormatividad opera a partir de tomar a un otro (lo no heterosexual) como abyecto, y tal normatividad es naturalizada y materializada en reglas dadas por sentado, que evitan su puesta en cuestionamiento. En palabras de Eve Kosofsky-Sedgwick (1998; citado en Libson, 2012: 310): “el dispositivo de la heterosexualidad reduce, así, la diversidad de lo social a una oposición entre dos, a un juego de binarismos, donde lo masculino y lo femenino se constituyen como la base obligatoria de la sociedad”.

La emergencia del concepto de género introdujo un debate entre dos posiciones teóricas en el marco de los estudios sobre sexualidades: el esencialismo y el construccionismo social (Jones, 2007, 2010; Libson, 2011). Las posturas esencialistas entienden que la sexualidad puede ser explicada en función de una verdad o esencia interior, que es inherente a la naturaleza humana, y que se encuentra inscrita en los cuerpos bajo la forma de un instinto, impulso o energía sexual que orienta las acciones (Weeks, 1998; Heilborn y Brandão, 1999; citados en Jones, 2007: 28). El construccionismo desarrollado a partir de los estudios de género, por su parte, concibe a la sexualidad como producto de determinadas formas sociales y su organización social (Weeks, 1998; citado en Libson, 2011: 16). Para esta posición teórica: “la sexualidad no se experimenta de la misma manera en todas las sociedades ni en todos los momentos históricos, pues los significados atribuidos a la conducta sexual y las sexualidades son variables en términos culturales” (Libson, 2011: 16).

La emergencia de los estudios *queer* a partir de la aparición del artículo de Adrienne Rich (1996) sobre la heterosexualidad obligatoria y la existencia lesbiana, y de los trabajos de Judith Butler (2001, 2002) y Kosofsky-Sedgwick (1998), influidos por las investigaciones de Michel Foucault ([1976] 2013) sobre la sexualidad como dispositivo moderno de subjetivación, propone un enfoque superador del binarismo sexo/género. El sexo deja de entenderse en oposición al género como natural y prediscursivo, para empezar a ser pensado como el resultado de una repetición de prácticas y discursos ajustados a los ideales heteronormativos de la sociedad moderna, entendiendo a la heteronormatividad como un dispositivo social que establece a la heterosexualidad como categoría universal, natural y estable (Butler, 2001).

Para el feminismo *queer* el sexo no es una condición estática pre-discursiva de un cuerpo sobre la cual se impone la construcción del género discursivamente, sino un proceso mediante el cual las normas reguladoras obran de manera performativa para construir la materialidad de los cuerpos, y logran tal materialización a través de la

reiteración de esas normas. Es por ello que la performatividad no es un acto único, sino una repetición de los regímenes sexuales reguladores. La construcción de lo humano es una operación diferencial que produce lo más humano y lo humanamente inconcebible (Butler, 2002). Si bien los cuerpos son formados por normas sociales, el proceso de esta formación conlleva riesgos, dado que la materialización nunca es completa y los cuerpos nunca acatan enteramente las normas mediante las cuales se impone su materialización. Son las posibilidades de re-materialización abiertas por este proceso las que marcan un espacio en el cual la fuerza hegemónica de la ley reguladora puede volverse contra sí misma (Butler, 2004) y permitir la existencia de prácticas e identidades sexuales “que escapan a los modelos teóricos y empíricos heteronormativos, por ser invisibilizadas e impensadas, pero que existen independientemente de esos modelos” (Libson, 2011: 12) en sus experiencias concretas y cotidianas.

Las teorías y prácticas feministas ponen en claro que, como modo de relación, ni el género ni la sexualidad son algo que se posee, sino un modo de ser para otro. Este punto de vista relacional ha indicado que lo que es el género siempre es relativo a las relaciones construidas en las que se determina. Como un fenómeno contextual, el género no implica un ser sustantivo, sino un punto de convergencia entre relaciones culturales e históricas específicas, las cuales producen los cuerpos y establecen las normas reguladoras de la inteligibilidad de género (Butler, 2001, 2006). Somos seres sociales que se comportan en relación con el otro o la otra, constituidos o constituidas por un conjunto de normas culturales que nos exceden y nos proveen guías o instrucciones para las conductas sexuales que son apropiadas para esa cultura. Siguiendo estas huellas, esta tesis busca acercarse a las diferentes experiencias (narradas por las propias protagonistas) respecto de los discursos que reciben en sus consultas ginecológicas, y comparar los estereotipos de “mujer” que reproducen (o no) los y las profesionales de la salud con las concepciones que construyen las propias mujeres entrevistadas.

1.2.2.e Sociología de la individuación

En quinto lugar, y por último, los aportes de la sociología de la individuación permiten identificar y caracterizar las principales *pruebas* a las que están sometidas las mujeres lesbianas y heterosexuales en el marco de una consulta ginecológica

definida en clave heteronormativa, así como los *soportes* con los que cuentan para poder hacer frente a los discursos de los y las profesionales de la salud.

La sociología de la individuación se interesa, desde una perspectiva socio-histórica, por el tipo de individuo que es estructuralmente fabricado en una sociedad determinada, en el contexto de la modernidad tardía (Martuccelli, 2010). Tal como señala Danilo Martuccelli (2006: 102-104), la noción de prueba comprende cuatro dimensiones esenciales: a) la prueba es una situación difícil o dolorosa que un individuo debe enfrentar. Al hacerlo, el individuo debe advertir que está siendo sometido a una prueba. b) Asimismo, la noción de prueba comprende la idea de que la persona que enfrenta una prueba tiene la capacidad de responder ante ella. Es decir, frente a una prueba, el individuo no solo debe percibirla, sino que también debe hacerle frente. c) Además, el concepto de prueba reconoce que no todas las personas disponen de los mismos recursos para enfrentarla. Pero, al mismo tiempo, dicha noción implica que, cualquiera que sea el diferencial de recursos del que se disponga, una persona puede salir victoriosa o no de ella. De este modo, la idea de prueba permite introducir cierta contingencia en la vida social. d) Finalmente, el concepto de prueba hace referencia a un conjunto de desafíos estructurales, que pueden ser formales o informales. El conjunto de dichos desafíos define un sistema estandarizado de pruebas estructurales; y a su vez, ese sistema “estandarizado e históricamente variable de pruebas a las que somete a los individuos” (Martuccelli, 2006: 98) constituye una sociedad.

La noción de prueba existencial refiere a los “desafíos históricos, socialmente producidos, [...] desigualmente distribuidos que los individuos están obligados a enfrentar” (Martuccelli, 2006; citado en Araujo y Martuccelli, 2010: 83). El concepto de prueba existencial “propone una articulación analítica entre grandes procesos sociales y experiencias individuales” (Araujo y Martuccelli, 2010: 83). El análisis a partir de las pruebas permite articular dos niveles. Por un lado, se trata de analizar, partiendo de las experiencias de los individuos, las principales pruebas de una sociedad, y las tensiones específicas de cada una de ellas, en función de grandes cambios estructurales. Por otro lado, la noción permite interesarse por las maneras efectivas como los individuos lidian contra las pruebas (Martuccelli y De Singly, 2012). Partir del estudio de la individuación por las pruebas tiende un puente entre el análisis situacional y el sociocultural e histórico. De este modo, se trata de romper con

la perspectiva determinista que le otorga mayor importancia al análisis estructural que a las subjetividades y las prácticas (Kornblit, 2007: 12).

Por otra parte, los soportes son aquellos medios materiales, sociales, simbólicos y afectivos gracias a los cuales los individuos logran sostenerse en el mundo y resistir a ciertas pruebas extremas de la existencia; es decir, el conjunto de elementos, materiales e inmateriales, que los vinculan a sus contextos (Martuccelli, 2007, 2010). Es debido a estos soportes de los que disponen las personas que las mismas pueden sostenerse como individuos, ya que ningún individuo puede sostenerse por sí mismo. Sin embargo, aquello que puede funcionar como un soporte para una persona no necesariamente le sirve a otra (Martuccelli, 2006).

De acuerdo con Martuccelli (2006: 37-39), los soportes tienen algunas características particulares: a) en primer lugar, todo soporte tiene una dimensión activa que le transmite al individuo una sensación de estabilidad social. b) En segundo lugar, los soportes existen en un “claro-oscuro”. Es decir, si bien no existe una imposibilidad de conocer los propios soportes, al reconocerlos como soportes existenciales se corre el riesgo de instrumentalizarlos, o bien de caer en una imagen de dependencia hacia otros. Es por ello que las personas eligen no tener una conciencia plena de sus soportes. c) En tercer lugar, no es posible controlar enteramente los soportes de forma directa. d) En cuarto lugar, los soportes no constituyen elementos que se poseen o no de una vez y para siempre bajo el control de los individuos. Sobre todo al hablar de soportes de tipo relacional, es posible observar cómo los mismos se encuentran fuera de un control unilateral, ya que suponen siempre un vínculo con otra persona. e) En quinto lugar, si bien todas las personas cuentan con soportes, no todos los soportes tienen la misma legitimidad social, existiendo soportes más legítimos que otros.

De esta forma, son valiosos los aportes de la sociología de la individuación para comprender las principales pruebas a las que tienen que enfrentarse las mujeres lesbianas y heterosexuales en las consultas ginecológicas, y los soportes con los que cuentan estas mujeres para relacionarse con los saberes médicos y las prácticas y discursos que circulan en dichas consultas ginecológicas.

1.3 Metodología de trabajo

Dada la especificidad de la temática y la escasez de investigaciones previas sobre las experiencias de jóvenes lesbianas y heterosexuales en las consultas ginecológicas y las estrategias que despliegan estas mujeres para relacionarse con los discursos de los y las profesionales de la salud, llevé adelante un diseño de investigación de carácter exploratorio-descriptivo. En diálogo con el marco teórico en el que se inscribe el presente estudio y dados los objetivos planteados, la investigación que da pie a la tesis sigue un enfoque interpretativo, que busca comprender los significados y sentidos de las acciones de las mujeres según sus propias perspectivas y relatos (Kornblit, 2004). Según la perspectiva constructivista de la realidad social elaborada por Schütz (1974; citado en Cunial, 2014: 11), todo conocimiento, tanto de sentido común como científico, implica construcciones, esto es, abstracciones, generalizaciones, formalizaciones e idealizaciones propias del nivel respectivo de organización del pensamiento. Los hechos puros y simples no existen; se trata siempre de hechos interpretados (Schütz, 2003: 35-37). El o la cientista social se enfrenta siempre a la necesidad de comprender los fenómenos del mundo social a partir de los significados que los propios sujetos les confieren (Soldano, 2002: 61) —en el caso de esta investigación, las mujeres lesbianas y heterosexuales y los ginecólogos y las ginecólogas con quienes interactúan—.

En consonancia con dicho enfoque, el abordaje metodológico cualitativo se orienta a la comprensión de los sentidos, los significados, las experiencias, los conocimientos y los relatos elaborados por los propios actores/actrices (Vasilachis de Gialdino, 2007; citado en Güelman, 2016: 14). Para la construcción de los datos, he utilizado como técnica la entrevista semi-estructurada, que permite dar cuenta de las experiencias de los sujetos y de sus percepciones, prácticas y reflexiones en torno a sí mismos y a los/as otros/as, y de los espacios sociales e institucionales en los que desarrollan sus interacciones cotidianas (Giarracca y Bidaseca, 2004; citado en Güelman, 2016: 14). La entrevista semi-estructurada presenta la ventaja adicional de conceder al investigador o la investigadora la posibilidad de lograr un acercamiento a cuestiones íntimas del entrevistado o la entrevistada (en este caso vinculadas a las experiencias de las mujeres en las consultas ginecológicas), difícilmente accesibles mediante otros métodos o técnicas.

El universo de estudio estuvo conformado por mujeres jóvenes que se autoidentifican como lesbianas y heterosexuales, usuarias o potenciales usuarias de

servicios ginecológicos, de 18 a 32 años, de sectores medios residentes en el Área Metropolitana de Buenos Aires. Por mujeres lesbianas me refiero a aquellas mujeres cis⁶ que “sienten deseos y construyen sus prácticas sexuales, eróticas, amorosas y/o afectivas en relación con otras mujeres” (Brown et al., 2014: 675). Tal como sugieren Pecheny et al. (2011), a fin de poder detectar las barreras específicas de acceso a las consultas ginecológicas ligadas con la orientación no heterosexual he tratado de disminuir la incidencia de otros factores adversos, tales como la pobreza, vivir en zonas rurales u otras circunstancias de la vida social o personal. Por ello, en esta investigación he elegido trabajar con una muestra de mujeres provenientes de sectores medios, que residen en un centro urbano, que cuentan con recursos materiales, sociales, simbólicos y afectivos, y que estudian o han cursado estudios terciarios o universitarios.

La decisión de trabajar con jóvenes se justifica en el hecho de que en esa época de la vida 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 infecciones de transmisión sexual –incluyendo el VIH/sida- y, en algunos casos, también el inicio de la historia reproductiva (Chaves, 2009: 62-63). Estos procesos ocurren de modo diferente entre varones y mujeres, de acuerdo a subgrupos de edad y al origen socioeconómico (Geldstein y Pantelides, 2001; Checa, 2003; OIJ-CEPAL, 2004; Gogna, 2005; Faur y Gherardi, 2005; citados en Chaves, 2009: 63).

Pese a la relevancia de la juventud como franja etaria, no hay una definición consensuada respecto de qué significa y cuáles son los años de la vida que comprende. La existencia de diferentes criterios sobre la noción de jóvenes se evidencia en las divergentes formas de definirla entre los organismos internacionales, e incluso hacia el interior de una misma organización. Por ejemplo, mientras que la Organización Mundial de la Salud y el Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA) utilizan como rango etario el de 15 a 24 años, las Naciones Unidas Habitat (Youth Fund) definen la juventud entre los 15 y los 32 años, y The African Youth Charter entre los 15 y los 35 años (ONU, 2013). La definición de juventud que tomo para la presente tesis recupera la máxima variación en el rango etario que surge del

⁶ Cisgénero se denomina “cuando la expectativa social del género de la persona se alinea con el sexo asignado al nacer. El prefijo cis proviene del latín ‘de este lado’ o ‘correspondiente a’ y es el antónimo del prefijo trans, que significa ‘del otro lado’” (Consejo Nacional para Prevenir la Discriminación, 2016: 15).

análisis de las definiciones propuestas por las Naciones Unidas: 15 a 32 años (ONU, 2013). Propongo por juventud la siguiente definición basada en el concepto más general de la Organización Mundial de la Salud pero considerando el rango etario propuesto –sobre la noción de jóvenes- por las Naciones Unidas Habitat (Youth Fund): la juventud [como etapa que sigue a la adolescencia] es una etapa de la vida comprendida entre los 15 y 32 años, en donde el ser humano tiene las condiciones óptimas para el desarrollo de sus potencialidades físicas, cognitivas, laborales y reproductivas (OMS, 2000). Asimismo, en esta tesis, elegí trabajar con una muestra de mujeres de 18 años o mayores a los fines de disminuir los riesgos éticos en el proceso de producción y difusión de datos.

Como señalan Brown et al. (2013: 45-46), el conjunto de conocimientos que las mujeres adquieren tanto en sus trayectorias al interior de los servicios de salud como en otros espacios informales impacta en el ejercicio de su autonomía⁷ en el momento de la consulta ginecológica. Estos conocimientos pueden ser explícitos o pueden funcionar como un sentido práctico en la vida cotidiana; asimismo, pueden ser adquiridos en instancias oficiales de información, o a través de espacios de socialización entre las mismas mujeres. En tal sentido, las trayectorias más prolongadas dentro de los servicios ginecológicos brindan herramientas para establecer una relación de mayor igualdad y simetría con los y las profesionales que las atienden. Es por eso que el hecho de 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 simbólico, *a priori* sería un contexto más desfavorable para el ejercicio de la autonomía en la consulta ginecológica. Dicha situación haría destacar las dificultades de la relación paciente-médico/a que tienden a reducirse y matizarse con la expertise ganada en el contacto sistemático y sostenido con los servicios de salud (Brown et al., 2013: 42). Es en este contexto donde es más factible observar, entonces, las dificultades que las mujeres (heterosexuales o no) enfrentan con los y las profesionales de la salud, ya que se

⁷ Por autonomía no entiendo una variable dicotómica que haga alusión a su completa presencia o ausencia, sino más bien a una cuestión de grados. La idea de autonomía se vincula con la noción de agencia de Giddens (1982), entendida como la capacidad de “actuar de otra manera” respecto de los mandatos y de las normas imperantes en una sociedad, y que hace posible en algunas ocasiones trascender la reproducción social (Varela y Bosoer, 2002: 150). Esta capacidad de actuar de otra manera no implica, sin embargo, actuar de cualquier forma, sino que toda acción se encuentra atravesada por una distribución de reglas y recursos, generando relaciones de autonomía y de heteronomía.

presume que aún no han desarrollado el suficiente capital de “pacientes ginecológicas” (Brown et al., 2007) para poder desenvolverse en el marco de la consulta. Para ello, he seleccionado exclusivamente jóvenes que se hayan realizado por lo menos un control ginecológico, ya que busco describir la heterogeneidad de estrategias que despliegan estas mujeres para relacionarse con las prácticas y discursos de los y las profesionales de la salud en el marco concreto de la consulta ginecológica, y sus experiencias en dichas consultas.

Para responder a los objetivos y preguntas de la investigación, he realizado veintidós entrevistas semi-estructuradas basadas en una guía de preguntas y temas a las jóvenes. A continuación se presentan los perfiles de las jóvenes entrevistadas:

Tabla 1: Perfil de mujeres entrevistadas					
Nombre (Seudónimo)	Edad	Situación conyugal y autoidentificación sexual	Nivel educativo	Cobertura de Salud	Militancia
Natalia	26	Casada (lesbiana)	Universitario completo	Prepaga	Sí
Clara	27	Novia (gay)	Universitario completo	Prepaga	No
Celeste	32	Casada (lesbiana)	Terciario completo	Prepaga	No
Verónica	23	Convive (lesbiana)	Terciario completo	Obra social	Sí
Victoria	24	En una relación (lesbiana)	Universitario incompleto	Obra social	No
Mercedes	28	En pareja (lesbiana)	Universitario completo	Obra social	Sí
Fernanda	28	Convive (lesbiana)	Universitario incompleto	Sistema público	Sí
Paula	26	Convive (lesbiana)	Universitario incompleto	Sistema público	Sí
Camila	29	Casada (lesbiana)	Universitario completo	Obra social	Sí
Eugenia	24	Soltera (lesbiana)	Universitario incompleto	Sistema público	No
Ana	26	Casada (lesbiana)	Universitario incompleto	Obra social	Sí
Josefina	26	En pareja (lesbiana)	Universitario incompleto	Obra social/sistema público	No
Lucía	28	Convive (heterosexual)	Universitario completo	Obra social/consulta privada	No
Jazmín	32	Soltera (heterosexual)	Universitario completo	Consulta privada	No

Julieta	30	Convive (heterosexual)	Universitario completo	Obra social	No
Nadia	31	Convive (heterosexual)	Universitario completo	Obra social	No
Melina	30	Convive (heterosexual)	Universitario completo	Obra social/sistema público	No
Laura	28	Convive (heterosexual)	Universitario completo	Prepaga	No
Susana	27	En pareja (heterosexual)	Universitario incompleto	Obra social/sistema público	No
Patricia	27	Soltera (heterosexual)	Universitario completo	Obra social	No
Nahir	28	Casada (heterosexual)	Universitario completo	Consulta privada	No
Silvina	29	Soltera (heterosexual)	Universitario completo	Prepaga/sistema público	No

Las entrevistas duraron entre una hora y una hora y media, dependiendo del grado de expresividad de las entrevistadas. He seleccionado los casos a partir del procedimiento no probabilístico conocido como “bola de nieve”, ya que se trata de un tipo de muestreo útil para temas de estudio como el abordado por esta tesis, donde las unidades de análisis son difíciles de identificar dado el estigma asociado con la orientación e identidad sexual. Para definir el número total de entrevistas a realizar he empleado el criterio de saturación teórica (Glaser y Strauss, 1967).

Si bien la investigación que da pie a la tesis no se ha realizado dentro servicios de atención ginecológicos específicos del Área Metropolitana de Buenos Aires, sino que las mujeres lesbianas y heterosexuales entrevistadas fueron contactadas fuera de los mismos, he indagado a través de sus relatos los modos en que sus experiencias en las consultas ginecológicas son vividas y significadas por estas mujeres. Si bien la investigación no se ha realizado “en el contexto de” servicios de salud determinados, he buscado describir los servicios ginecológicos en los que se atienden a partir de las experiencias narradas por las propias mujeres. Por ello, no he utilizado como criterio de inclusión o exclusión la segmentación según subsectores del sistema de salud, ya

que una misma persona puede atravesar los distintos subsectores de salud (público, seguridad social y privado) en el curso de su vida todo el tiempo.

Teniendo en cuenta los interrogantes y objetivos de la investigación, la guía de pautas de las entrevistas semi-estructuradas indagó en torno a las siguientes dimensiones:

- Aspectos sociodemográficos
- Trayectoria sexual-afectiva-reproductiva
- Trayectoria ginecológica
- Representaciones sobre la salud, la sexualidad, la reproducción, la no reproducción, la anticoncepción y la maternidad
- Representaciones sobre las consultas ginecológicas
- Relatos de experiencias en las consultas ginecológicas
- Representaciones sobre las prácticas de cuidado de la salud sexual y reproductiva y los riesgos para su salud
- Relatos de experiencias de acceso a información y/o educación relacionada con el cuidado de la salud sexual y reproductiva
- Relatos de experiencias de socialización de información entre mujeres sobre prácticas de cuidado de la salud sexual y reproductiva
- Discursos médicos que circulan en torno a la salud sexual y reproductiva de mujeres lesbianas y heterosexuales en las consultas ginecológicas

Las entrevistas fueron grabadas previo consentimiento de las participantes. Dado el carácter sensible del tema abordado en la investigación, se han observado los siguientes mecanismos para asegurar la confidencialidad de la información y el anonimato de las entrevistadas: no se consignó el nombre de la mujer entrevistada en ningún lado, sino un nombre de fantasía. Los datos fueron registrados y expuestos de manera que no pueda reconocerse a ninguna de las mujeres entrevistadas, su entorno personal o a la institución y profesionales con quienes se atienden. Previamente a cada entrevista individual, se explicaron: objetivos del estudio; procedimientos del estudio (incluyendo tiempo previsto y contenido de la entrevista); posibles usos de los resultados del estudio; estándares de investigación y derechos de las participantes. Simultáneamente a la grabación de las entrevistas, realicé registros a modo de diario de campo sobre los procesos de producción de la información. De esta forma, la información brindada por las entrevistadas fue contextualizada y complementada con

notas relevantes acerca de las actitudes de las participantes, climas y acontecimientos en las entrevistas.

En el marco del diseño cualitativo de investigación, el análisis de las entrevistas siguió el enfoque de la teoría fundamentada (Grounded Theory) (Glaser y Strauss, 1967). Este enfoque apoya la idea de que la construcción de los conceptos y sus categorías emerge, siguiendo un procedimiento de análisis inductivo, de las interacciones del investigador o la investigadora con los datos (Charmaz, 2000; citado en Soneira, 2006: 170). Para el análisis, transcribí cada una de las entrevistas y realicé un proceso iterativo de codificación de las mismas, en base a una comparación constante entre los datos y el marco teórico. Con tal fin, he elaborado un manual de códigos que se conformó inicialmente tomando en cuenta los ejes de la guía de pautas y, luego, las dimensiones de análisis que emergieron en primeras lecturas. Dichos códigos han sido discutidos y reelaborados de manera colectiva junto con mis directores de tesis.

1.4 Estructura de la tesis

La tesis se encuentra dividida en cinco capítulos:

- En el **Capítulo 1** realicé una introducción del problema de investigación y presenté los objetivos general y específicos que guiaron la indagación. Asimismo, reseñé el marco conceptual que guió la investigación, y seguidamente describí la estrategia metodológica utilizada.
- En el **Capítulo 2** analizo cómo las jóvenes lesbianas y heterosexuales entrevistadas inician sus consultas ginecológicas. También describo los recorridos que van tomando y atravesando las trayectorias ginecológicas de estas jóvenes. Luego introduzco el debate respecto de la construcción, por parte de los ginecólogos y las ginecólogas, de las mujeres en tanto heterosexuales y madres.
- En el **Capítulo 3** describo las representaciones sociales que las mujeres lesbianas y heterosexuales entrevistadas y los ginecólogos y las ginecólogas –según los relatos de las mismas mujeres- construyen sobre las nociones de salud sexual y reproductiva, del cuidado de la salud y del riesgo. Asimismo, analizo cómo estas representaciones sociales nacen en, producen y reproducen una construcción del problema público de la salud

sexual y reproductiva de las mujeres como un problema de salud (hetero)sexual y reproductiva.

- En el **Capítulo 4** caracterizo y comparo las principales pruebas a las que están sometidas las jóvenes lesbianas y heterosexuales entrevistadas en el marco de las consultas ginecológicas, y los principales soportes con los que cuentan para satisfacer sus necesidades y demandas en materia de salud sexual y reproductiva. Analizo las estrategias que despliegan las mujeres lesbianas para subsanar, compensar y responder a la falta de asesoramiento médico sobre prácticas de cuidado de su salud sexual y reproductiva. Seguidamente introduzco el debate respecto de los potenciales beneficios y los potenciales riesgos de acceder a información sobre prácticas de cuidado de la salud sexual y reproductiva a través de canales alternativos a los servicios de atención ginecológicos formales.
- En el **Capítulo 5** recapitulo los principales hallazgos y las conclusiones más relevantes de la tesis. Luego señalo una serie de limitaciones inherentes al diseño de la investigación y posibles preguntas y líneas de indagación para futuras investigaciones. Finalmente, introduzco el debate respecto de cómo el modelo de política pública centrado solamente en el Estado es insuficiente para el análisis de políticas públicas de salud sexual y reproductiva, y sus implicancias para pensar políticas públicas integrales en la materia.

Capítulo 2: Trayectorias con los servicios de atención ginecológicos

El presente capítulo analiza las trayectorias de las jóvenes lesbianas y heterosexuales en los servicios de atención ginecológicos en el Área Metropolitana de Buenos Aires. Las preguntas que guiaron el análisis de las entrevistas a las jóvenes fueron las siguientes: a) ¿Qué motivos las llevan a consultar por primera vez un servicio ginecológico?; b) Después de esa primera consulta, ¿siguen asistiendo a los servicios de ginecología? ¿Por qué?; c) ¿Se puede seguir un tipo de trayectoria ginecológica común a todas las mujeres?; y d) ¿Existen diferencias y/o similitudes respecto de la continuidad o interrupción de sus visitas ginecológicas al comparar las experiencias de jóvenes lesbianas y heterosexuales? ¿Las trayectorias ginecológicas cambian según la orientación sexual de las jóvenes?

En base al análisis de las entrevistas, el capítulo desarrollará cómo tanto las mujeres lesbianas entrevistadas como las heterosexuales inician sus trayectorias ginecológicas a partir de la proximidad de la primera menstruación, el inicio de sus relaciones sexuales con varones –en el caso de las mujeres lesbianas previamente a autoidentificarse como tales-, la consecuente búsqueda de pastillas anticonceptivas, y/o problemas de salud. Asimismo, se observa cómo son las madres de las jóvenes entrevistadas –independientemente de su orientación e identidad sexual- quienes asumen activamente el rol de iniciarlas en sus trayectorias ginecológicas a raíz de los hechos significativos mencionados.

Si bien tanto las mujeres lesbianas entrevistadas como las heterosexuales deciden cambiar de ginecólogo o ginecóloga en algunas oportunidades con el objetivo de establecer un vínculo de mayor afinidad con el o la profesional y frente a cambios imprevistos en su cobertura de salud, existe en el caso de las jóvenes lesbianas un detonante específico que no solo las impulsa a buscar profesionales alternativos, sino que también puede derivar en su expulsión de las consultas y en la interrupción de sus trayectorias ginecológicas. En el caso de las mujeres lesbianas entrevistadas, la incomodidad con el ginecólogo o la ginecóloga es producto de transitar un espacio de consulta en el que se naturaliza una determinada tipificación de la “mujer” en tanto mujer heterosexual y madre. Al no sentirse interpeladas por los discursos de los y las profesionales de la salud y no reconocerse principalmente en el binomio “mujer heterosexual/mujer madre”, que habilita un único tipo de orientación y práctica sexual

orientada a la procreación, las jóvenes lesbianas interrumpen, en algunos casos, sus trayectorias ginecológicas.

El concepto de trayectoria refleja aquí el marco concreto de la consulta ginecológica inserta en los procesos más largos de las historias sexuales, afectivas, reproductivas y no reproductivas, familiares, sociales y culturales de las mujeres (Pecheny et al., 2011: 59). Según Pierre Bourdieu (1990; citado en Petracci et al., 2012: 170), “una trayectoria social debe ser comprendida como una manera singular de recorrer el espacio social, donde se expresan las disposiciones del *habitus*”.⁸ La noción de trayectoria remite a una idea de desplazamiento y nos permite acercarnos a diferentes experiencias a partir de identificar un conjunto de caminos posibles y divergentes de acción (López, 2012: 71). Para comprender las experiencias que viven las mujeres en sus visitas ginecológicas resulta necesario inscribir dichas experiencias “en el marco de una trayectoria que se desenvuelve en un contexto social determinado” (Pecheny et al., 2011: 38). Tal como señalan Pecheny et al. (2011: 38):

Las propiedades y dimensiones de los distintos aspectos que se incluyen en la reconstrucción de las trayectorias y de las experiencias tienen como objetivo brindar información relevante para identificar los obstáculos [y/o los facilitadores], de orden diverso, con los cuales las mujeres tienen que lidiar [en las consultas ginecológicas].

El presente capítulo se estructura de la siguiente manera: en primer lugar, se describe cómo las jóvenes lesbianas y heterosexuales entrevistadas inician sus consultas ginecológicas. Seguidamente se analizan los recorridos que van tomando y atravesando las trayectorias ginecológicas de las jóvenes entrevistadas. Luego se introduce el debate respecto de la construcción, por parte de los y las profesionales de la salud, de las mujeres en tanto heterosexuales y madres. Finalmente, se destacan las conclusiones más relevantes del capítulo.

2.1 El inicio de las trayectorias ginecológicas

Pese a que las experiencias de cada una de las mujeres poseen características específicas que las hacen particulares y únicas, las trayectorias ginecológicas de las mujeres entrevistadas presentan una serie de rasgos comunes que permiten comenzar a delinear determinados tipos de trayectorias en cada grupo de mujeres usuarias (lesbianas, por un lado, y mujeres heterosexuales, por otro).

⁸ Bourdieu ([1980] 2010) recurre al término de *habitus* para expresar la manera en que los esquemas de percepción, de apreciación y de acción son producto de la institución de lo social en las disposiciones del cuerpo, interiorizadas inconscientemente por el individuo durante su historia.

2.1.1 Las experiencias de las mujeres heterosexuales

De la lectura de las entrevistas emerge que las mujeres heterosexuales entrevistadas suelen asistir por primera vez a una consulta ginecológica a partir de identificar determinados problemas de salud relacionados con la proximidad de la primera menstruación. Dada la edad de las entrevistadas en esta primera visita médica, se destaca especialmente la presencia de una persona mayor que decide acompañar a la joven:

- *¿Te acordás cuando fue la primera vez que fuiste al ginecólogo o la ginecóloga?*

- A ver, la primera vez... tengo que haber sido bastante pequeña... o sea, bueno, relativamente, habré tenido unos 11, 12 años, una cosa así. Lo que pasa es que hubo un momento en que había la posibilidad de que estuviera teniendo problemas hormonales, que finalmente no tuve, pero era bien chica, entonces era un poco para ver el desarrollo en general, si es que estaba por menstruar o qué sé yo, y sí, habré tenido unos 11 años. Y después, ya más grande...

- *¿Ahí fuiste con alguien?*

- Fui con mi papá, porque como mi papá es médico, me llevó a lo de una médica amiga y bueno... (Patricia, mujer heterosexual de 27 años)

Otra situación habitual que dispara la necesidad de recurrir al ginecólogo o la ginecóloga por primera vez por parte de las mujeres heterosexuales es aquella vinculada con el inicio de sus relaciones sexuales con varones, y en su mayoría con el fin de acceder a pastillas anticonceptivas. En este escenario, existe, por parte de las jóvenes entrevistadas, una explícita asociación entre la salud sexual y reproductiva y las prácticas coitales-vaginales. Los testimonios de las jóvenes heterosexuales dan cuenta del origen de su preocupación en torno al cuidado a partir del inicio de la vida sexual y en función de los riesgos que esas prácticas podrían acarrear. Del análisis de las entrevistas surge que comenzar a preocuparse por el cuidado de su salud sexual y reproductiva tiene una suerte de momento originario o fundacional en la vida de las mujeres heterosexuales: previo al inicio de las relaciones sexuales no hay un cuestionamiento de la salud sexual y reproductiva en tanto asunto que debe ser atendido. Dicho acontecimiento –esto es, el inicio de sus relaciones sexuales con varones- explicaría también la rutinización de sus visitas ginecológicas:

La primera consulta fue más para ... no me acuerdo si me pesó o qué, pero me abrió como una historia clínica, me explicó todo el tema de “vos ovulás en tales meses, las pastillas las tenés que tomar ... éstas son placebo, éstas las tenés que tomar sí o sí”. Como que me explicó todo el sistema, que yo ya más o menos lo conocía. Pero me explicó bien: “en

estos meses, si te olvidaste de tomar la pastilla y en estos días estás ovulando, cuidate con preservativo”. Todo eso. Yo me acuerdo una vez que se me rompió el preservativo y no me acuerdo si era que me había olvidado de tomar la pastilla. Y la llamé un sábado a las nueve de la mañana. O sea, como que era mucha confianza con ella. Yo preguntándole qué hacía, llorando. Y me dijo: “no, tranquila, tomá la pastilla del día después, no pasa nada”. (Lucía, mujer heterosexual de 28 años)

En este caso donde el principal motivo que despierta la necesidad de asistir a una visita ginecológica está vinculado con el inicio de sus relaciones sexuales, también resulta posible identificar la compañía de familiares de las jóvenes:

- *La primera vez que fuiste al ginecólogo o la ginecóloga, ¿te acordás cómo fue?*

- No me acuerdo pero sí sé que fui aterrada.

- *¿Te había llevado alguien?*

- Ah, sí, sí. [Mi mamá] quería entrar a la cita conmigo y eso fue horrible. Porque yo no sabía cómo decirle a mi mamá que no entre. Porque supuestamente vas al ginecólogo a partir de que tenés relaciones sexuales. Y yo, por ejemplo, fui muy grande. Yo ¿cómo le decía a mi mamá que necesitaba una cita con el ginecólogo? Sí, es tabú todo. (Susana, mujer heterosexual de 27 años)

En las entrevistas se repite este comienzo de las visitas ginecológicas en compañía de una persona adulta. En general, quienes acompañan a las mujeres heterosexuales entrevistadas a sus primeras consultas ginecológicas son sus madres. Es decir, salvo aquellos casos donde los padres son profesionales de la salud y, por lo tanto, tienen un conocimiento técnico legítimo en relación a la temática para acompañar a las jóvenes en sus primeras visitas médicas (tal es el caso, como vimos, de Patricia), son las madres de las mujeres heterosexuales entrevistadas las encargadas de iniciarlas en sus trayectorias ginecológicas y de hablarles –en palabras de Tamburrino et al. (2007)- de “cosas de mujeres”. Entre dichos temas de conversación, se destacan especialmente explicarles a sus hijas en qué consiste la primera menstruación ante su proximidad o concreción, cómo utilizar apósitos femeninos cuando están menstruando, y charlar sobre el inicio de sus relaciones sexuales con varones (ya sea previamente a su consumación o inmediatamente después de iniciarlas).

Bajo esta lógica, opera un tipo de acompañamiento *paternalista* por parte de quien asiste a la consulta con las entrevistadas, en la medida que no solo constituye un apoyo sentimental, sino también una figura de autoridad que “marca” cómo debe ser en principio abordado el problema de la salud sexual y reproductiva. Esto último se encuentra íntimamente ligado al hecho de que son las mujeres quienes históricamente

se han hecho cargo de las tareas de cuidado en el ámbito de la familia (Faur, 2012).

En efecto, tal como señala Lizethe Alejandra Atiencia Enríquez (2016: 10):

[...] el cuidado de los miembros de la esfera familiar ha sido un deber social e históricamente delegado a las mujeres, lo que ha conllevado a que se asuman como roles naturalizados, es decir como una condición implícita para el género femenino.

2.1.2 El inicio de las trayectorias de atención ginecológica: las experiencias de las mujeres lesbianas

Al igual que en el caso de las mujeres heterosexuales, para quienes las visitas ginecológicas se producen –mayoritariamente- a partir de la proximidad de la primera menstruación y del inicio de sus relaciones sexuales con varones, las jóvenes lesbianas entrevistadas afirman que el inicio de las visitas ginecológicas y la rutinización de las mismas se explican a partir de acontecimientos y/o quiebres importantes en sus trayectorias biográficas⁹ (Leclerc-Olive, 2009). Entre dichos acontecimientos, se destacan también las primeras menstruaciones y el inicio de las relaciones sexuales con varones, en general previamente a autoidentificarse como lesbianas:

Al principio, las primeras veces fui, típico, primera menstruación, bueno, esas cosas [...] Al principio me llevó mi mamá. Después, con mi primer novio, cuando tenía quince años, tomaba pastillas anticonceptivas entonces fui también. Era una ginecóloga de la primera obra social que tuve yo que era la de mi viejo, una mina bastante copada, bueno, nada. Pero, bueno, en ese momento era heterosexual, yo. Eh... y después fui sistemáticamente y cambié bastante [...]. Y... y tuve experiencias bastante de mierda. Eh... más que nada de malos tratos, en realidad más considerados en términos de objetivización completamente del cuerpo, viste, como esto de “Bueno, sentate mamita, abrite las piernas”, bueno, esas cosas así que yo... (Mercedes, mujer lesbiana de 28 años)

La cita anterior ilustra nuevamente cómo la búsqueda por recurrir a anticonceptivos indicados profesionalmente es, para las jóvenes lesbianas previamente a autoidentificarse como tales, un motor que las impulsa a consultar por primera vez un servicio de atención ginecológico –al igual que, como se ha visto en el apartado anterior, sucede con las heterosexuales-. A partir del testimonio de Mercedes

⁹ Un acontecimiento se convierte en biográficamente significativo en tanto obliga al individuo a (re)elaborar un relato de su vida y genera cambios importantes en su “manera de vivir” (Leclerc-Olive, 2009). En el marco de esta tesis, el comienzo y la continuidad de las experiencias con los servicios de ginecología suponen acontecimientos importantes en la medida que promueven un conjunto de reflexiones por parte de las mujeres respecto de su vida sexual y reproductiva. A lo largo de esta tesis, acontecimientos y/o quiebres importantes, puntos de inflexión y hechos significativos serán utilizados como sinónimos.

es posible observar cómo –al igual que en el caso de las mujeres heterosexuales- son las madres de las jóvenes lesbianas entrevistadas quienes asumen activamente el rol de iniciarlas en sus trayectorias ginecológicas a raíz de determinados hechos significativos, como por ejemplo, atravesar la primera menstruación.

Pese a que las mujeres lesbianas entrevistadas también señalan –como las heterosexuales- que comienzan a asistir a los controles ginecológicos a partir de sus primeras menstruaciones y relaciones sexuales con varones, los sentimientos que emergen en dichas consultas no son necesariamente idénticos. El testimonio de Mercedes relata cómo, en momentos en los que se identificaba como heterosexual, las visitas a los y las profesionales resultaban experiencias más llevaderas –e incluso satisfactorias- que cuando comenzó a autoidentificarse y presentarse ante los y las profesionales como lesbiana. Tal como se desarrollará en el próximo apartado, el testimonio de Mercedes ya permite vislumbrar cierto descontento y crítica hacia el trato que reciben las mujeres lesbianas por parte de los y las profesionales de la salud. En otras palabras, el hecho de autoidentificarse como lesbianas genera, en las entrevistadas, un proceso “obligado” de reflexividad que les permite cuestionar los mandatos de género hegemónicos que guían los discursos de los ginecólogos y las ginecólogas.

Otra situación habitual que impulsa a las mujeres lesbianas entrevistadas a comenzar a concurrir a servicios de atención ginecológicos es la aparición de ciertos problemas de salud. Las enfermedades y/o inconvenientes de salud funcionan como reguladores de las visitas al médico o la médica, en particular, y como disciplinadores de la salud sexual y reproductiva de las mujeres, en general. Tal como afirman Brown et al. (2007), la aparición de determinados problemas de salud que ya no pueden ser solucionados por los y las pediatras impulsa a las jóvenes lesbianas entrevistadas a asistir por primera vez a una consulta ginecológica:

[...] viste cuando sos chico tenés que ir al pediatra. Hasta que tenés dieciséis años y seguís con el pediatra como un boludo. Bueno, no, yo cuando empecé con estos problemas de los quistes, tenía en ese momento catorce, tenía que ir al pediatra todavía pero no, siempre fui al ginecólogo específicamente por este tema. (Natalia, mujer lesbiana de 26 años)

La evidencia recolectada de los testimonios de las jóvenes lesbianas y heterosexuales hasta aquí hace pensar que, en principio, es posible delinear un tipo de trayectoria ginecológica común a todas las mujeres independientemente de su

orientación e identidad sexual, donde el inicio de las consultas se explicaría a partir de puntos de inflexión en las vidas de las mujeres entrevistadas. Tal como afirman Brown y Tamburrino (2011) y Brown y Pecheny (2012), entre dichos puntos de inflexión se destacan especialmente, tanto entre las mujeres heterosexuales como entre las mujeres lesbianas –previamente a autoidentificarse de tal modo-, la cercanía o concreción de la primera menstruación, el inicio de relaciones sexuales con varones, la consecuente búsqueda de pastillas anticonceptivas, y/o problemas de salud. Ir al ginecólogo o la ginecóloga se convierte en una instancia obligatoria por la que tienen que pasar todas las mujeres para ser una paciente “ideal”.

Dicha paciente ideal no puede ser cualquier persona, sino que debe cumplir ciertos requisitos. En primer lugar, el sujeto que se espera que asista a los servicios de salud es la mujer. Las mujeres asisten al sistema de salud más regularmente que los varones, ya sea por el cuidado de su salud sexual y reproductiva o porque son responsables de la salud de su familia (Canevari Bledel, 2011: 5). Ello se debe principalmente a que, según Foucault ([1976] 2013), a partir del siglo XVIII el cuerpo de la mujer ha sido analizado como un cuerpo repleto de sexualidad y, en consecuencia, ha sido colocado bajo el dominio de las prácticas médicas. En palabras de Cecilia Canevari Bledel (2011: 115): “las mujeres entregan sus cuerpos sexuados y se exponen a ser vistas y tocadas en lo más íntimo de su territorio: sus genitales, su sexo”. A través de este dispositivo específico de saber y de poder que constituye la medicina, el cuerpo de la mujer fue puesto en diálogo con el cuerpo social (cuya fecundidad debe garantizar), con el ámbito familiar (del que debe ser un elemento central) y con la vida de los niños y las niñas que tiene a su cargo (que produce y debe asegurar por una responsabilidad biológico-moral que debe extenderse durante todo el tiempo de su educación y crianza) (Foucault, [1976] 2013: 100).

En segundo lugar, la paciente ideal no puede ser cualquier mujer, sino que tiene que ser una mujer heterosexual que inicie sus visitas ginecológicas a partir de la menarca¹⁰ y que luego procure recurrir a métodos anticonceptivos a través del consejo profesional (Brown y Tamburrino, 2011; Brown y Pecheny, 2012). Esto último se ve reflejado en los testimonios de las mujeres mencionados en párrafos anteriores, donde incluso las mujeres lesbianas entrevistadas señalaron haber consultado a los y las

¹⁰ Si bien en esta tesis no se han detectado casos donde las mujeres entrevistadas consulten a los y las profesionales por dificultades en la aparición de la primera menstruación, existen investigaciones que han registrado el retardo en la aparición de la menarca como un factor que impulsa a las mujeres a asistir por primera vez a una visita ginecológica (Pecheny et al., 2011; Brown y Pecheny, 2012).

profesionales de la salud para acceder a métodos anticonceptivos previamente a autoidentificarse de tal modo. Tal como señalan Brown y Tamburrino (2011: 4):

La consulta ginecológica se erige como un deber ligado al cuerpo, como algo que se impone, casi como la heterosexualidad reproductiva que se halla como telón de fondo de estas presuposiciones que operan normativamente ligando procreación a sexualidad y eventualmente anticoncepción [...] en una línea evolutiva que requiere desde edades tempranas cuerpos vigilados ginecológica o médicamente.

Los relatos de las mujeres lesbianas y heterosexuales entrevistadas ilustran cómo existe, al menos a nivel discursivo, un *imperativo del cuidado* (Brown, 2004; Torres, Miranda-Ribeiro y Machado, 2008) de la salud sexual y reproductiva internalizado, independientemente de la orientación e identidad sexual de las mujeres:

-¿Y tus parejas o amigas van al ginecólogo o la ginecóloga, sabés?

- Sí, a full, aparte entre todas somos la voz de la conciencia, pero viste, tipo hacete un Papanicolau ¿viste? Bueno, entre grupos de mujeres, no solo entre lesbianas me parece, entre mis amigas en general es como “¿Hace cuánto que no vas al ginecólogo? Dale, colgada”. No tiene que ver con la identidad sexual ahí; para mí entre mujeres hay una conciencia de que esto es importante y vamos siendo un poco la voz de la conciencia entre todas. Yo lo veo tanto en mi grupo de amigas del colegio que son las que en ese grupo yo sola soy homosexual, como en mi grupo de amigas lesbianas, como en mi familia. (Natalia, mujer lesbiana de 26 años)

En principio, todas las mujeres entrevistadas –ya sean heterosexuales o no exclusivamente heterosexuales- reconocen la importancia de asistir regularmente a las consultas ginecológicas como un canal de promoción y prevención de la salud sexual y reproductiva. Sin embargo, este mandato internalizado del cuidado de la salud, que pareciera ser un elemento común a todas las mujeres que las atraviesa por el simple hecho de ser mujeres, en la práctica se va a traducir en diferentes recorridos que toman las trayectorias ginecológicas de las jóvenes lesbianas y heterosexuales, ya que sus distintas experiencias con los y las profesionales de la salud irán determinando la continuidad, evolución y/o interrupción de sus respectivas trayectorias.

Las diferencias en los *cursos* que vayan tomando las trayectorias ginecológicas de las jóvenes entrevistadas –las cuales en un inicio habrían comenzado de modo similar en todas las mujeres- serán abordadas en el próximo apartado.

2.2 Recorridos de las trayectorias ginecológicas

De acuerdo con Maria Eponina de Abreu e Torres, Paula Miranda-Ribeiro y Carla Machado (2008), la primera consulta ginecológica cumple un rol esencial en la decisión de las mujeres de seguir consultando o no servicios de atención

ginecológicos. Una primera buena experiencia en las visitas ginecológicas juega un papel fundamental al facilitar que las mujeres quieran regresar a las visitas médicas (Brown et al., 2007) y, de esta forma, puedan convertir a las consultas en una herramienta de promoción y prevención de la salud y en un instrumento de conocimiento (Torres, Miranda-Ribeiro y Machado, 2008). Tal como se adelantara en el apartado anterior, si bien en principio todas las mujeres –independientemente de su orientación e identidad sexual- parecieran haber comenzado sus trayectorias ginecológicas impulsadas por motivos similares, las diferentes experiencias que las jóvenes entrevistadas atraviesan en las consultas delinean algunas diferencias en el curso y recorrido de las mismas.

En el caso de las mujeres heterosexuales, los relatos de las entrevistadas ilustran cómo causas de diferente índole las llevan a cambiar de ginecólogo o ginecóloga en algunas oportunidades y cómo esos cambios marcan e impactan en el curso de sus trayectorias ginecológicas. Entre ellas, es posible identificar dos grupos de causas que llevan a las jóvenes heterosexuales entrevistadas a cambiar de ginecólogo o ginecóloga. El primer conjunto se encuentra vinculado con situaciones o factores externos a la relación paciente-médico/a propiamente dicha. Se trata de factores ajenos al vínculo asistencial y terapéutico que las mujeres heterosexuales establecen con los y las profesionales de la salud pero que, sin embargo, obligan a las jóvenes a buscar atenderse con nuevos o nuevas profesionales. Entre dichos factores externos, se destacan, por ejemplo, cambiar de obra social y mudarse de ciudad:

- *Esta última ginecóloga ¿cómo la conseguiste?*

- Ésta era de mi mamá. Era la ginecóloga de mi mamá. Entonces, cuando me fui a vivir a Tandil, se me complicaba más lo de Marcela [su ginecóloga] y, como me ordenaba análisis de sangre, yo tenía mi obra social en Tandil y ahí empecé a verla a Inés. Y ahí mi mamá me dijo “si querés andá a la mía” ... que aparte era amiga de mi papá [...] y que era de mucha confianza. Bah, no tengo tanta confianza. Pero ... (Lucía, mujer heterosexual de 28 años)

El segundo conjunto de motivos por los cuales las mujeres heterosexuales entrevistadas se ven impulsadas a cambiar de médico o médica tiene que ver con la búsqueda de una mayor contención por parte de los y las profesionales de la salud. Las jóvenes heterosexuales deciden cambiar de profesional con el objetivo de establecer un vínculo de mayor afinidad y empatía en el marco de la consulta:

- *¿Fuiste siempre con la misma ginecóloga? ¿En algún momento cambiaste?*

- Bueno, cambié toda mi vida, o sea, [...] como sigo en la eterna búsqueda de una ginecóloga que me guste.

- *¿A cuántas fuiste más o menos?*

- Y... ponele cuatro más seguro.

- *¿Te acordás por qué las fuiste dejando y buscando otras, o qué era lo que esas ginecólogas no te daban que hacía que buscaras otras?*

- Como que siempre lo que me jodió de las ginecólogas a las que fui era como que no te daban bola, o sea, en general era como... capaz en la primera consulta sentías como que bueno, interés de la otra parte, o como de... [...] para mí es importante mi historial y que me prestaran más atención y bueno, eso, siempre sentí [...] como que no me daban bola, o que, tipo, nada, sos un número más como se dice. (Julieta, mujer heterosexual de 30 años)

En el caso de las mujeres lesbianas entrevistadas, es posible identificar también circunstancias externas a la relación que entablan con los ginecólogos y las ginecólogas que las llevan a buscar otros u otras profesionales para atenderse. Al igual que las mujeres heterosexuales entrevistadas, las jóvenes lesbianas afirman que algunos cambios imprevistos en su cobertura de salud (esto es, modificaciones en las obras sociales) suscitan la necesidad de encontrar profesionales alternativos/as:

- *¿Y a ese ginecóloga habías ido, te acordás si por recomendación, por cartilla?*

- No, fue por la obra social. Yo en ese momento tenía XXX,¹¹ que era la que tenía por laburar en el supermercado, así que era la que caí en suerte, así que no fue por elección.

- *¿Y después seguiste yendo?*

- Sí, había una gineco que estaba bien [...].

- *¿Era siempre la misma?*

- No, no era la misma, fui variando, creo por una cuestión más de... de disponibilidad, de cartilla, dónde quedaba... Como que la onda de las ginecólogas... no me cerraba mucho. Viste cuando no... hoy por hoy como ya estamos casi en marzo, tendría que haber ido en diciembre, es terrible lo que hice. Fue como... o sea, no llamo porque me cuelgo [...] sé que tengo que ir, sé que estoy en falta. (Celeste, mujer lesbiana de 32 años)

Si bien el testimonio de Celeste ilustra cómo determinadas eventualidades en la cobertura de salud impactan en la elección de los y las profesionales, también deja entrever la brecha entre el mandato del cuidado de la salud sexual y reproductiva, sostenido discursivamente (Brown, 2004; Torres, Miranda-Ribeiro y Machado, 2008), y la evitación de la consulta ginecológica en la práctica (Carvalho y Furegato, 2001).

Las mujeres lesbianas entrevistadas –al igual que las heterosexuales– también relatan la falta de contención de los ginecólogos y las ginecólogas como un factor que detona el cambio de profesional. Sin embargo, en sus relatos la incomodidad presenta

¹¹ El nombre real de la obra social fue borrado para proteger el anonimato de la entrevistada.

ciertas especificidades en relación a las jóvenes heterosexuales, que exceden la búsqueda de un vínculo más empático y de mayor confianza con el ginecólogo o la ginecóloga. En efecto, en las entrevistas analizadas surge que la disconformidad resulta no solo de la falta de afinidad y empatía de un o una profesional, sino también por transitar un espacio de consulta en el que se naturaliza un determinado tipo de orientación, identidad y práctica sexual. Tal como se trabajará en el próximo apartado, las jóvenes lesbianas entrevistadas destacan su descontento frente a profesionales de la salud que dan por sentado que las pacientes son por definición heterosexuales:

[...] voy a consultar con este otro tipo, que lo tenía por la cartilla de la obra social, y me dice eh... ¿cómo fue que me dijo? “¿Tuviste relaciones?”, “Sí, yo soy lesbiana, tuve relaciones con mujeres”, “Ah, bueno, pero no”, como diciéndome “no me sirve”. [...] “¿Y con qué método anticonceptivo te cuidás?”, le digo “No, la verdad que no”. Aparte, cada vez que iba, le tenía que decir “Tengo relaciones con mujeres”, “Tengo relaciones con mujeres”, y tipo otra entrevista “¿Ya tuviste relaciones con un varón?”, “No, yo soy lesbiana”, aparte ya iba con bronca ¿viste? “Bueno, avisame cuando puedas tener relaciones con un varón”. [...] y después dije no, este tipo es un inepto, me cambié de ginecóloga y la ginecóloga con la que estoy ahora [...] tiene un centro de fertilidad por otro lado, y para ella es como... al trabajar en fertilidad, la fertilidad de homosexuales y la cantidad de parejas de homosexuales que atiende son muchas, entonces tiene otra cabeza ¿viste? Le tuve que decir una vez que era lesbiana. (Natalia, mujer lesbiana de 26 años)

El testimonio de Natalia relata cómo las mujeres lesbianas entrevistadas experimentan (además de ciertas causas externas y la búsqueda de mayor contención y empatía) un tercer tipo de factor que no solo las impulsa a buscar profesionales alternativos/as, sino que también, en casos extremos, puede derivar en su expulsión de los servicios de atención ginecológicos. A pesar de que tanto las jóvenes lesbianas como las heterosexuales entrevistadas inician sus trayectorias ginecológicas de modos similares, el hecho de que las mujeres lesbianas se enfrenten a una consulta ginecológica que se guía por la presunción de su heterosexualidad y que las invisibiliza (Brown, 2006; Petracci y Ramos, 2006; Brown et al., 2007; Pecheny et al., 2011; Brown y Tamburrino, 2011; Brown y Pecheny, 2012; Brown et al., 2014) impacta en la continuidad o interrupción de sus trayectorias ginecológicas. Esta invisibilización de las mujeres lesbianas en la consulta ginecológica se ve reflejada en la reproducción, por parte de los y las profesionales de la salud, de un binomio “mujer heterosexual/mujer madre” frente al que las lesbianas señalan no sentirse necesariamente identificadas. Sobre dicho tema versará el próximo apartado.

2.3 Construcciones alrededor de la figura de la “mujer”

En el presente apartado se introducirá una nueva dimensión en el análisis de las trayectorias ginecológicas de las mujeres lesbianas y heterosexuales que genera discrepancias en la continuidad, evolución y/o interrupción de sus respectivas trayectorias: la asociación que hacen los y las profesionales de la salud entre el hecho de ser mujer, ser heterosexual y ser madre. La asunción –no necesariamente consciente- que los ginecólogos y las ginecólogas hacen de la mujer en tanto heterosexual cuyo destino final es la maternidad impacta en la decisión de las jóvenes entrevistadas respecto de continuar o interrumpir sus consultas ginecológicas, en la medida que las mismas mujeres se sientan interpeladas en mayor o menor medida por esos discursos médicos.

De acuerdo con Clara Gilligan (2016: 221), “las mujeres son interpeladas a cumplir con ciertas expectativas socialmente demandadas”. Tal como se ha desarrollado en el marco teórico, los estudios de género se han caracterizado por poner de relieve cómo las imágenes de género y de sexualidad hegemónicas plantean, en el caso de las mujeres, una vinculación estructural y naturalizada entre sexualidad heterosexual y procreación sobre la cual se erige la idea de femineidad imperante (Facchini, 2005; Pecheny et al., 2011; Brown y Pecheny, 2012). Dicha asociación entre la heterosexualidad obligatoria y la procreación interpela a las mujeres en edad reproductiva en su rol de procreadoras y madres (Pozzio, 2011). “La mirada que se tiene de ellas no es tanto como mujeres sino como madres” (Canevari Bledel, 2011: 15). La idea de una “verdadera” femineidad asocia a las mujeres a la maternidad (Tarducci, 2008; citado en Canevari Bledel, 2011: 74), caracterizando al fenómeno de la maternidad y de la procreación como eventos vinculados a la naturaleza (Ariza, 2010). Sin embargo, la maternidad, como dimensión que moldea lo femenino culturalmente, solamente se concibe como el producto de una relación sexual coital-vaginal (Pecheny et al., 2011). De acuerdo con los relatos de las entrevistadas, en la medida que los y las profesionales de la salud naturalizan –de manera inconsciente y a modo de *habitus* (Bourdieu, [1980] 2010)- la superposición entre sexualidad y heterosexualidad, entre sexualidad y procreación, y entre mujeres y maternidad (Pecheny et al., 2011), esas imágenes de género y de sexualidad hegemónicas impactan en la continuidad o interrupción de las trayectorias ginecológicas de las mujeres.

Retomando la perspectiva teórica de Schütz (2003), los ginecólogos y las ginecólogas reproducen un conjunto de tipificaciones que construyen a la figura de la “mujer” en tanto mujer heterosexual y madre. En sus consultas ginecológicas las mujeres entrevistadas reciben mensajes y discursos por parte de los y las profesionales que se encuentran permeados por las tipificaciones que estos/as últimos/as construyen en torno al sujeto “mujer” que consulta al sistema de salud. Dependiendo de si las entrevistadas se autoidentifican bajo esa noción de “mujer”, verán cubiertas o no sus demandas y necesidades de salud en el marco de las consultas ginecológicas.

En el caso de las mujeres heterosexuales entrevistadas, tanto las mujeres que consultan como los y las profesionales que las atienden comparten, en principio, un mismo sentido común alrededor de la figura de la “mujer” en tanto heterosexual y madre. Es decir, de acuerdo con los relatos de las entrevistadas, las mujeres heterosexuales no problematizan que la consulta ginecológica opere bajo la presunción de heterosexualidad (Brown, 2006; Petracci y Ramos, 2006; Brown et al., 2007; Pecheny et al., 2011; Brown et al., 2014):

- *¿Siempre se asumió que vos tenías relaciones con varones o te lo preguntaban explícitamente?*

- No, nunca me lo preguntaron explícitamente si tenía relaciones con mujeres o varones, fue como “¿Estás en pareja?”, “Sí”, “¿Se cuidan?”, o sea, calculo que siempre asumían que era con un hombre, estoy segura, nunca me preguntaron, no. (Julieta, mujer heterosexual de 30 años)

Dentro de los horizontes de expectativas de las mujeres heterosexuales entrevistadas, el sexo es equiparado a penetración heterosexual: no proyectan, *a priori*, otras prácticas sexuales que no sean coitales-vaginales. Si bien reconocen que los y las profesionales de la salud asumen su heterosexualidad, no solo no problematizan que la consulta ginecológica se desarrolle bajo esa presunción, sino que ellas mismas se guían bajo la misma lógica:

- *¿Asumieron que eras heterosexual [los ginecólogos y las ginecólogas]?*

- Todos asumieron eso.

- *¿Te preguntaron si tenés un novio, si te cuidás?*

- Te preguntan si tenés relaciones frecuentemente, cuándo fue la última vez que tuviste relaciones. Creo que esas cosas. [...] Creo que usan la palabra, más que nada, “tener relaciones”. No me preguntaron si tenía novio.

- *¿Ellos asumieron que vos estabas teniendo relaciones con un chico?*

- Sí. Pero tampoco te sabría ... ¿me entendés? pero por lo mismo que yo pienso que todos son heterosexuales. Y porque, aparte, si está el ginecólogo ... si lo pienso un poco más lo vinculo mucho a la penetración

también, no a otras formas de tener sexo. Y, además, vinculo la penetración al sexo heterosexual sobre todo. (Melina, mujer heterosexual de 30 años)

La cita anterior ilustra cómo la cuestión de la heteronormatividad en la consulta y la presunción de la heterosexualidad de la mujer que va a la visita médica se construyen no solo desde el o la profesional de la salud, sino desde la propia mujer heterosexual que accede al servicio ginecológico. Las mujeres heterosexuales entrevistadas también construyen tipificaciones en torno a la “mujer” como unívocamente heterosexual. De este modo, no se generarían, *a priori*, tensiones entre las tipificaciones que realizan los y las profesionales de la salud de ellas y las formas en que las mujeres se autotipifican a sí mismas.

Considerando que las mujeres heterosexuales entrevistadas expresan sus proyectos e intenciones de ser madres, en principio estas mujeres se reconocen en las tipificaciones que hacen de ellas los ginecólogos y las ginecólogas en tanto madres o potenciales madres y no problematizan el binomio “mujer heterosexual/mujer madre”:

- *¿En esto de empezar a buscar un bebé hubo algo que te preocupara?*

- No, bueno, ahora estoy en la búsqueda como hace... hará ya dos años que estoy, o sea, como me considero chica, es algo como que está ahí, o sea, soy consciente que no estaría quedando embarazada como hace dos años, tampoco es que siempre fue una búsqueda tipo intensa, sistemática, de los días que ovulo, o sea, como que nunca quise caer en eso, viste, siempre dicen que la cabeza te juega en contra [...] bueno, estoy en la búsqueda de esto para poder hacerme los estudios y descartar o sí o no [...] y así que bueno, yo estoy como en eso, la primera consulta que había hecho, o sea, hace un tiempo, con una de las ginecólogas, me había hecho los análisis de sangre, estaba como todo bien, ese paso estaba bien, pero bueno, ahora como que estoy en la búsqueda de la nueva ginecóloga para, bueno, realmente como focalizar y terminar el proceso y si hay que hacer otro tipo de estudios, bueno, hacerlo... (Julieta, mujer heterosexual de 30 años)

La cita anterior ilustra cómo las mujeres heterosexuales entrevistadas y los y las profesionales participan de un sentido común compartido respecto de qué significa “ser una mujer”. El fragmento da cuenta de cómo la búsqueda y/o cambio del ginecólogo o la ginecóloga no tendría que ver con no sentirse identificadas con las tipificaciones que hacen de ellas los y las profesionales y con una problematización del binomio “mujer heterosexual/mujer madre”, sino más bien con poder concretizar sus deseos y proyectos de maternidad.

2.4 ¿Qué significa “ser una mujer”? Choques de sentidos entre mujeres lesbianas y profesionales de la salud

Si las mujeres heterosexuales entrevistadas comparten con los ginecólogos y las ginecólogas en mayor o menor medida un mismo sentido común en torno a la figura de la “mujer” como heterosexual y madre, las mujeres lesbianas entrevistadas señalan no sentirse necesariamente interpeladas por los discursos de los y las profesionales de la salud ya que su orientación e identidad sexual rompen con ese discurso médico hegemónico. Las lesbianas entrevistadas afirman no reconocerse principalmente en las tipificaciones que realizan los ginecólogos y las ginecólogas respecto de qué significa “ser una mujer”. En otras palabras, las tipificaciones que los ginecólogos y las ginecólogas construyen alrededor de la figura de la “mujer” en tanto mujer heterosexual y en tanto madre no se traducen en una autotipificación de parte de las jóvenes lesbianas en este binomio.

Las mujeres lesbianas entrevistadas señalan no sentirse identificadas automática y principalmente con el binomio “mujer heterosexual/mujer madre” y, por lo tanto, problematizan las construcciones alrededor de la figura de la “mujer” que reproducen los y las profesionales de la salud:

- *¿Y te acordás cómo fue esa consulta, si vos le contaste, ella te preguntó?*

- Ah, sí me acuerdo, ahora que me preguntás, me acuerdo. Sí, fue todo un tema porque bueno, viste que te preguntan “¿tuviste relaciones sexuales, con cuántos hombres?”. Asumió enseguida que era con un hombre y si iba a tener iba a ser con hombres. Le dije que no, que había tenido relaciones sexuales con una mujer, y me acuerdo que me miró tipo entre los lentes y me dice “¿Pero tus papás lo saben?”, me dijo. Le dije “Y... que tuve relaciones, no, que me gustan las mujeres, sí”. “¿Y cómo se lo tomaron?”, me dice. [...] Se tomó un atrevimiento, porque no... Dije “Bien”, como medio me descolocó, no esperaba que ella me pregunte algo personal, tampoco quería compartirlo, no quería formar un vínculo. Y le dije “Bien, mi papá no sabe”. Me acuerdo que le conté eso, y me dijo “Bueno, sos chica todavía, pero bueno, está bien”, me dijo, y seguimos como si nada. (Victoria, mujer lesbiana de 24 años)

Al no autotipificarse las jóvenes lesbianas entrevistadas principalmente como mujeres heterosexuales y como madres, surgen “ruidos” en la interacción con el o la profesional de la salud, que operan como un primer obstáculo que retrasa, pospone, y/o impide que se concrete la consulta ginecológica. Siguiendo los aportes teóricos de Habermas (1989), es posible afirmar que las jóvenes lesbianas y los y las profesionales de la salud no comparten, en principio, las mismas pretensiones de validez en el plano de lo normativo. Es decir, las jóvenes lesbianas y los ginecólogos

y las ginecólogas no comparten ciertos supuestos básicos respecto de cómo se pretende que se comporte la otra persona -en este caso, la mujer-, ni respecto de lo que se considera normativamente aceptable y moralmente recto. A diferencia de las mujeres heterosexuales, quienes también construyen tipificaciones en torno a las mujeres como unívocamente heterosexuales y como madres, las mujeres lesbianas ponen en tensión la idea de heterosexualidad en tanto práctica moral y normativamente adecuada y se alejan de los discursos médicos hegemónicos.

Al mismo tiempo que los ginecólogos y las ginecólogas naturalizan y reproducen una idea de lo que es ser mujer (heterosexual y con expectativas de maternidad), construyen su contraparte desviada (Becker, [1963] 2012). Tal como señala Farge (1991; citado en Canevari Bledel, 2011: 73), “la mujer parece aplastada por preceptos que, en todo momento, procuran ponerla en óptimo acuerdo con el cosmos para el éxito de su obra y ella se ve enfrentada al miedo lacerante de no alcanzarlo”. De este modo, son aquellas mujeres que no responden a estos estereotipos y no cumplen con las expectativas y los mandatos sociales –en el caso de esta investigación, las mujeres lesbianas- las que son juzgadas (Canevari Bledel, 2011) y calificadas como desviadas (Becker, [1963] 2012). Dicho de otra manera, el hecho de que las jóvenes lesbianas entrevistadas no se adecúen al mandato de mujeres heterosexuales madres haría de ellas sujetas desviadas de las normas y reglas aceptadas por la sociedad.

Esta naturalización de los mandatos de género –no necesariamente consciente- por parte de los y las profesionales de la salud genera en algunas circunstancias la expulsión de las mujeres lesbianas entrevistadas de las consultas ginecológicas, quienes interrumpen sus trayectorias ginecológicas al no sentirse interpeladas de manera automática y necesaria por los discursos y las tipificaciones de los y las profesionales:

Fue horrible la experiencia con la ginecóloga que fui. Le pregunté, le conté lo que me había pasado, le pregunté a qué se debía y me empezó a hacer unas preguntas un poco desagradables sobre mis prácticas sexuales. Me preguntó en qué momento se produjo [la hemorragia]. Le dije que no había sido en el acto sexual, este... sino todo lo contrario, fue como seis horas después, diez horas después, este... y que después incluso me pasaba, nada, en cualquier momento del día. Este... y entonces me empezó a hacer como preguntas, cuando le dije que no tenía prácticas sexuales con varones, ahí me empezó a preguntar más y fue como un interrogatorio monstruoso. Y yo me sentí muy incómoda en un momento. [...] Yo creo que... pienso que tendría que ir ahora, por una cuestión de

edad, de que ya... hace muchos años de la última vez y que en realidad la segunda vez que fui fue por algo muy, muy específico, este... pero pensando, sí que, este... no es lo ideal para pensar, pero pensando en la experiencia esta última que pasé, como que no te dan ganas. (Fernanda, mujer lesbiana de 28 años)

La cita anterior ilustra cómo la presunción de heterosexualidad, además de operar como un obstáculo que en algunas ocasiones impide que las jóvenes lesbianas puedan concretar la consulta ginecológica, también es un impedimento para el desarrollo una comunicación efectiva en tanto los actores/actrices involucrados/as no comparten las mismas pretensiones de validez (Habermas, 1989) respecto de qué significa “ser una mujer”. En otras palabras, las entrevistas analizadas dan cuenta de ciertas tensiones inherentes a las consultas entre las jóvenes lesbianas y los y las profesionales de la salud como consecuencia de la falta de consenso respecto de lo que debe ser una mujer. A diferencia de lo que sucede en el caso de las mujeres heterosexuales, donde tanto los ginecólogos y las ginecólogas como las entrevistadas acuerdan respecto de qué involucra “ser una mujer” (es decir, la superposición entre sexualidad y heterosexualidad, entre sexualidad y procreación, y entre mujeres y maternidad), las mujeres lesbianas entrevistadas comparten y producen imaginarios donde las diferentes experiencias y formas de performar (Butler, 2002) el “ser mujer” no implican necesariamente ese solapamiento. Como será abordado en el próximo capítulo, esta construcción normativa alrededor de la figura de la “mujer” tiene como corolario determinadas visiones de qué implica la salud sexual y reproductiva, que – como sucede con la construcción del sujeto “mujer”- no son ajenas a conflictos y/o tensiones por parte de los actores y actrices involucrados e involucradas.

2.5 Discusión y recapitulación

El presente capítulo analizó y comparó las trayectorias de jóvenes lesbianas en las consultas ginecológicas en el Área Metropolitana de Buenos Aires. Las preguntas que guiaron el análisis de las entrevistas a las mujeres fueron: a) ¿Qué motivos las llevan a consultar por primera vez un servicio ginecológico?; b) Después de esa primera consulta, ¿siguen asistiendo a los servicios de ginecología? ¿Por qué?; c) ¿Se puede seguir un tipo de trayectoria ginecológica común a todas las mujeres?; y d) ¿Existen diferencias y/o similitudes respecto de la continuidad o interrupción de sus visitas ginecológicas al comparar las experiencias de jóvenes lesbianas y heterosexuales? ¿Las trayectorias ginecológicas cambian según la orientación sexual

de las jóvenes? Pese a que cada trayectoria supone una experiencia particular y única, las trayectorias ginecológicas de las mujeres entrevistadas dejaron entrever una serie de rasgos comunes que permitieron delinear determinados tipos de trayectorias en cada grupo de mujeres usuarias. En base al análisis de las entrevistas, desarrollé tres apartados que me permitieron describir las trayectorias ginecológicas de las jóvenes entrevistadas: el inicio de sus consultas ginecológicas; los recorridos que fueron tomando y atravesando sus trayectorias ginecológicas; y las construcciones que hacen los y las profesionales de la salud alrededor de la figura de la “mujer”.

En primer lugar, respecto del inicio de sus trayectorias ginecológicas, las entrevistas analizadas dieron cuenta de ciertos acontecimientos y/o quiebres importantes en las trayectorias biográficas (Leclerc-Olive, 2009) de cada una de las mujeres –independientemente de su orientación e identidad sexual- que las impulsaron a asistir por primera vez a una consulta ginecológica. De acuerdo con los relatos de las entrevistadas, y tal como señalan Brown y Tamburrino (2011) y Brown y Pecheny (2012), entre dichos acontecimientos se destacaron, tanto entre las mujeres heterosexuales como entre las mujeres lesbianas –previamente a autoidentificarse de tal modo-, la proximidad de la primera menstruación, la cercanía o concreción de la primera relación sexual con un varón, la búsqueda de pastillas anticonceptivas indicadas profesionalmente, y/o problemas de salud. Al mismo tiempo, fue posible identificar que tanto las mujeres heterosexuales como las lesbianas entrevistadas, en general, no acuden a su primera consulta ginecológica solas. Por el contrario, de las entrevistas analizadas surgió que las jóvenes suelen asistir a sus primeras visitas ginecológicas en compañía de una persona adulta, en particular de sus madres. Salvo aquellos casos donde los padres son profesionales de la salud y, en consecuencia, tienen un conocimiento técnico en relación a la temática de salud sexual y reproductiva para acompañar a las jóvenes en sus primeras visitas médicas, son las madres de las mujeres heterosexuales y lesbianas entrevistadas –históricamente a cargo de las tareas de cuidado en el ámbito de la familia- las encargadas de iniciarlas en sus trayectorias ginecológicas.

Asimismo, los relatos de las mujeres lesbianas y heterosexuales entrevistadas pusieron de relieve un imperativo del cuidado (Brown, 2004; Torres, Miranda-Ribeiro y Machado, 2008) de la salud sexual y reproductiva internalizado –al menos a nivel discursivo- por todas las mujeres, independientemente de su orientación e identidad sexual. En principio todas las mujeres entrevistadas reconocen la importancia de

asistir regularmente a las consultas ginecológicas como un canal de promoción de la salud sexual y reproductiva. La evidencia recolectada de los testimonios de las jóvenes permitió delinear una trayectoria ginecológica común a todas las mujeres –ya fueran lesbianas o heterosexuales-, donde el inicio de las consultas es explicado a partir de puntos de inflexión en sus vidas. Sin embargo, este mandato internalizado del cuidado de la salud sexual y reproductiva, que parecía ser un elemento que atravesaba a todas las mujeres simplemente por ser mujeres, en la práctica se ve reflejado en diferentes recorridos que adoptan las trayectorias ginecológicas de las jóvenes lesbianas y heterosexuales, ya que los sentimientos que emergen en las consultas no son necesariamente idénticos.

Si bien las mujeres lesbianas y heterosexuales entrevistadas comienzan sus trayectorias ginecológicas impulsadas por motivos similares, las diferentes experiencias de las jóvenes en las consultas marcan algunas diferencias en el curso y recorrido de las mismas. Tal como señalaron tanto las mujeres heterosexuales como las lesbianas entrevistadas, diferentes causas las han llevado a cambiar de ginecólogo o ginecóloga en algunas oportunidades. Se identificaron dos grupos de causas por las que todas las mujeres entrevistadas –independientemente de su orientación sexual– deciden, en algún momento de sus trayectorias, cambiar de profesional. El primer conjunto que se detectó está vinculado con situaciones o factores externos a la relación que las mujeres entrevistadas hayan podido establecer con los y las profesionales de la salud, tales como cambios imprevistos en su cobertura de salud y mudarse de ciudad. El segundo conjunto de motivos por los cuales tanto las jóvenes heterosexuales como las lesbianas entrevistadas se ven impulsadas a cambiar de médico o médica tiene que ver con la búsqueda de una mayor contención por parte de los ginecólogos y las ginecólogas.

Para el caso de las jóvenes lesbianas entrevistadas se identificó un factor específico que dispara la necesidad de cambiar de profesional. Del análisis de las entrevistas surgió que la disconformidad de las mujeres lesbianas es producto no solamente de la falta de afinidad y empatía de los y las profesionales, sino también por transitar un espacio de consulta en el que se da por sentado que las mujeres son heterosexuales. En las entrevistas analizadas emergió que, si bien tanto las jóvenes lesbianas como las heterosexuales inician sus trayectorias ginecológicas de modos similares, el hecho de que las mujeres lesbianas atraviesen una consulta ginecológica guiada por la presunción de heterosexualidad (Brown, 2006; Petracci y Ramos, 2006;

Brown et al., 2007; Pecheny et al., 2011; Brown et al., 2014) impacta en la continuidad de sus trayectorias ginecológicas.

Por último, se identificó la naturalización que los ginecólogos y las ginecólogas hacen –no necesariamente de manera consciente y a modo de *habitus* (Bourdieu, [1980] 2010)- de la mujer en tanto heterosexual y madre como un factor que impacta en la decisión de las jóvenes entrevistadas de continuar o no sus consultas ginecológicas. Se describió cómo los ginecólogos y las ginecólogas construyen un conjunto de tipificaciones alrededor de la figura de la “mujer” en tanto mujer heterosexual y madre. En el caso de las mujeres heterosexuales, el análisis de las entrevistas dio cuenta de cómo estas mujeres no solamente no problematizan que la consulta ginecológica se desarrolle bajo la presunción de heterosexualidad, sino que ellas mismas se guían con la misma lógica. De este modo, las mujeres heterosexuales entrevistadas también construyen tipificaciones en torno a las mujeres como unívocamente heterosexuales, y se reconocen en principio en las tipificaciones que hacen de ellas los ginecólogos y las ginecólogas como madres o potenciales madres.

A diferencia de las mujeres heterosexuales, las jóvenes lesbianas entrevistadas señalaron no sentirse automáticamente interpeladas por los discursos de los y las profesionales de la salud y no reconocerse necesariamente en las tipificaciones de los ginecólogos y las ginecólogas respecto de qué significa “ser una mujer”. En este punto, se señaló que al no autotipificarse las jóvenes lesbianas entrevistadas como mujeres heterosexuales y principalmente como madres, y al no compartir con los y las profesionales las mismas pretensiones de validez respecto de qué significa “ser una mujer”, surgen “ruidos” y tensiones en la interacción con el o la profesional de la salud, que pueden operar como un primer obstáculo que retrasa, pospone, y/o impide que se concrete la consulta ginecológica.

El análisis de las entrevistas nos invitó a reflexionar acerca de cómo la naturalización –no necesariamente consciente- que los y las profesionales de la salud hacen de los mandatos de género genera en algunos casos la expulsión de las mujeres lesbianas de las consultas ginecológicas, si estas mujeres no se sienten interpeladas por los discursos y las tipificaciones de los y las profesionales.

En este contexto, cabe introducir el siguiente interrogante: ¿por qué esta construcción normativa que hacen los ginecólogos y las ginecólogas de la figura de la “mujer” generaría la expulsión de aquellas mujeres que no se autoidentifican como

heterosexuales de las consultas? Una respuesta posible es que justamente este solapamiento que realizan los y las profesionales de la salud entre sexualidad y heterosexualidad, entre sexualidad y procreación, y entre mujeres y maternidad se enmarca en una construcción del problema de la salud sexual y reproductiva de las mujeres como un problema de salud (hetero)sexual y reproductiva. Como se verá en el próximo capítulo, dicha construcción del problema de la salud (hetero)sexual y reproductiva se ve reflejada en determinadas nociones de salud, cuidado y riesgo que maneja cada uno de los actores/actrices involucrados/as.

Capítulo 3: Representaciones sociales de la salud, el cuidado y el riesgo

El presente capítulo analiza las representaciones sociales que las mujeres lesbianas y heterosexuales entrevistadas y los y las profesionales –según los relatos de las mismas mujeres- tienen sobre la salud sexual y reproductiva, sobre el cuidado de la salud y sobre la noción de riesgo. El capítulo describe cómo estas representaciones sociales de la salud sexual y reproductiva, del cuidado y del riesgo nacen en, producen y reproducen una construcción del problema público de la salud sexual y reproductiva de las mujeres como un problema de salud (hetero)sexual y reproductiva.

Las preguntas que guiaron el análisis de las entrevistas a las jóvenes lesbianas y heterosexuales fueron las siguientes: a) ¿Qué entienden las mujeres lesbianas y heterosexuales y los ginecólogos y las ginecólogas –según las perspectivas de las usuarias- por el cuidado de la salud sexual y reproductiva?; b) ¿Cómo entienden las mujeres lesbianas y heterosexuales y los ginecólogos y las ginecólogas –según las perspectivas de las usuarias- la noción de riesgo en la temática de salud sexual y reproductiva? ¿Cuáles son los riesgos legítimos en salud sexual y reproductiva? ¿Por qué se presta más atención a unos riesgos que a otros?; y c) ¿Cuáles son los saberes médicos sobre la salud sexual y reproductiva de las mujeres lesbianas y heterosexuales que circulan en las consultas ginecológicas según las perspectivas de las usuarias?

En el primer apartado del capítulo se trabaja cómo, tanto las mujeres lesbianas –al asociar la noción de riesgo con las infecciones de transmisión sexual en relaciones coitales-vaginales-, como las mujeres heterosexuales entrevistadas –al vincular el riesgo principalmente a embarazos no planificados-, construyen representaciones sociales del cuidado de la salud sexual y reproductiva y del riesgo ligadas a aquellos casos en los que mantienen relaciones sexuales con varones. En efecto, se aborda cómo las entrevistadas relatan que el peligro y el riesgo y, como corolario, la necesidad e importancia de cuidarse, están dados en la medida que las jóvenes mantengan relaciones coitales-vaginales. También se desarrolla cómo las mujeres heterosexuales no problematizan otras prácticas de cuidado de la salud sexual y reproductiva que no implican necesariamente asistir a las consultas ginecológicas y, por lo tanto, construyen representaciones sociales de la salud y del cuidado más

cercanas a los discursos de los y las profesionales. Contrariamente, las mujeres lesbianas entrevistadas denuncian la falta de una atención ginecológica adecuada por parte de los ginecólogos y las ginecólogas al tratar con mujeres que tienen relaciones sexuales con mujeres.

En el segundo apartado, se indaga cómo, según los relatos de las mujeres entrevistadas, los ginecólogos y las ginecólogas construyen dos tipos de conductas no deseadas. Por un lado, se encuentran los embarazos no planificados y las maternidades que no tienen lugar en las condiciones consideradas social y normativamente aceptables (cuya respuesta, en términos de prácticas de cuidado, es el uso de métodos anticonceptivos hormonales). Por el otro lado, los relatos dan cuenta de ciertos imaginarios respecto de las prácticas y relaciones sexuales entre mujeres. Dichas prácticas no solamente son pensadas como conductas no deseadas y desviadas de la heterosexualidad obligatoria, sino que también se encuentran invisibilizadas en las consultas ginecológicas.

El capítulo concluye exponiendo los principales hallazgos, e introduciendo el debate respecto de cómo la invisibilización de las mujeres lesbianas en las consultas ginecológicas se traduce en una falta de asesoramiento adecuado y específico por parte de los y las profesionales y en la necesidad de buscar redes de contención e información alternativas a las provistas por los ginecólogos y las ginecólogas.

3.1 ¿Qué entienden las mujeres por salud, cuidado y riesgo?

Tal como se señaló en el capítulo anterior, los testimonios de las jóvenes lesbianas y heterosexuales entrevistadas ilustran que existe, al menos a nivel discursivo, un imperativo del cuidado (Brown, 2004; Torres, Miranda-Ribeiro y Machado, 2008) de la salud sexual y reproductiva que se encuentra internalizado, independientemente de la orientación e identidad sexual de las mujeres. Este imperativo del cuidado de la salud en el que las mujeres se hallan socializadas las lleva a asistir a servicios de atención ginecológicos como una instancia obligatoria por la que tienen que pasar para convertirse en pacientes “ideales”.

Tal como se ha desarrollado en el marco teórico, la medicina moderna – reproducida, para el caso de esta tesis, en los y las profesionales ginecológicos– consiste en una disciplina de lo social (Foucault, 1976). Esto, en tanto el discurso naturalista sobre el cuerpo y sobre la realidad social es político en sus efectos,

contribuye a la producción-reproducción del orden social y económico de individuos y clases sociales en la historia moderna (Luz, 1997). La medicina moderna impone exigencias colectivas a las mujeres cuyo conjunto remite a una idea del estado normal de la sociedad, una jerarquía de valores, y supone, por ende, un estado-patrón normativo, regulador del orden social (Canguilhem, 2005).

La medicina refleja, de esta forma, el orden moral de la sociedad (Conrad, 1982), donde la paciente ideal que se espera que asista al sistema de salud no puede ser cualquier mujer, sino que tiene que ser una mujer heterosexual que inicie sus visitas ginecológicas a partir de la menarca y que luego procure recurrir a métodos anticonceptivos a través del consejo profesional (Brown y Tamburrino, 2011; Brown y Pecheny, 2012). Tal como fue abordado en el capítulo anterior, el imperativo del cuidado de la salud sexual y reproductiva –y su corolario, asistir a las consultas ginecológicas- es, en principio, internalizado por todas las mujeres entrevistadas “bajo el imperativo de la ley: *hay que hacerlo*” (Brown et al., 2007: 12; las itálicas son de las autoras y autores).

Para analizar este imperativo del cuidado, resulta necesario abordar las representaciones sociales que las mujeres lesbianas y heterosexuales construyen sobre la salud sexual y reproductiva y su cuidado. Retomando lo discutido en el marco teórico respecto de los aportes de la sociología de la cultura, las representaciones sociales son conjuntos de significados y conceptos no escritos ni verbalizados pero sí establecidos en la práctica, que son valederos para la vida cotidiana y les permiten a los sujetos interpretar, en términos simbólicos, la realidad (Hall, 1997; Petracci y Kornblit, 2007). Las representaciones sociales forman parte y reflejan un saber de sentido común que se experimenta como conocimiento práctico, natural y espontáneo (Amossy y Herschberg Pierrot, 2001: 54). Este conocimiento de sentido común, que moldea las interacciones sociales y las representaciones que los sujetos tienen del mundo, proviene no solo de las experiencias vividas por los individuos, sino también de saberes que heredan e incorporan a partir de sus procesos de socialización y comunicación, y que reproducen cotidianamente (Kornblit, 1995; Amossy y Herschberg Pierrot, 2001).

3.1.a Salud, cuidado y riesgo en mujeres heterosexuales

En sus consultas ginecológicas las mujeres lesbianas y heterosexuales entrevistadas reciben mensajes y discursos por parte de los y las profesionales que se acercan o se alejan de sus propias representaciones sociales respecto de qué entienden por la salud, el cuidado y el riesgo. De la lectura de las entrevistas emerge que para las jóvenes heterosexuales, un estado ideal del cuidado de la salud implica necesariamente consultar al ginecólogo o la ginecóloga y realizarse controles de manera anual o, incluso, más de una vez al año:

- *¿Cada cuánto vas?*

- Tres veces al año, ponele. Es que pienso: cuando te hace, cuando vas a buscar el resultado, porque yo voy a lo de ella a buscar el resultado, y algún mambito yo tengo en el medio del año que hace que yo tenga que ir. Pero soy, ponele, de tener displasia y todo eso. Entonces me pasó que me agarran dolores o me agarran cosas que no sé qué son. Entonces ahí siempre me frickeo y me hago ... o sea, me hago siempre una ecografía y también la voy a ver porque, a mí, una sola cosa no me alcanza. Entonces, una vez por año eso me pasa seguro. Fija. (Laura, mujer heterosexual de 28 años)

Como contrapartida de esta mirada del cuidado de la salud asociada a asistir regularmente a las visitas ginecológicas, las mujeres heterosexuales entrevistadas señalan que la falta de consultas regulares está asociada con riesgos para su bienestar físico. Bajo este esquema subyace una representación social (Hall, 1997; Petracci y Kornblit, 2007) de la salud y del cuidado más cercana a los discursos de los y las profesionales, en la medida que el dejar de consultar al profesional médico se asocia al dejar de cuidarse:

- *¿Cómo sería para vos una consulta ideal?*

- ¿Una consulta ideal? Bueno, esto, que el médico digamos... tener un clima de empatía, que te escuche, que te dé confianza para contar, escuchar, que no emita juicios de valor, digamos, que sea una escucha de ayuda o de poder digamos resolver tus dudas o tus inquietudes y no desde el prejuicio hacia nada ni que haga comentarios como inapropiados digamos, que pueden hacer como expulsarte del consultorio o de una consulta. No sé, me parece que es algo como que te puede marcar, un maltrato o algo así, me parece que es bastante grave y puede hacer que una persona deje de consultar, deje cuidarse o deje de evacuar sus dudas, no sé, así que lo ideal es eso, como escucha, confianza, buen trato. (Julieta, mujer heterosexual de 30 años)

Este imperativo del cuidado de la salud opera de manera tal que, incluso en los casos en los que las entrevistadas son críticas respecto de los modos de preguntar de los y las profesionales, las mujeres heterosexuales no interrumpen sus consultas ginecológicas en tanto conciben su salud sexual y reproductiva como prioridad:

- *¿Y qué pensás de las preguntas de rutina cuando vas a un ginecólogo? ¿Te preguntan si te cuidás, cómo, si utilizás métodos anticonceptivos? ¿Pensás que eso podría alejar a algunas mujeres que por ahí no se cuiden?*

- Sí, totalmente. [...] como que el médico no mide tanto lo emocional o lo que le puede pasar a la persona. Esta ginecóloga a la que yo voy, en particular, sí es más cuidadosa de eso. Pero no sé si es lo que más abunda ese cuidado o ese chequeo de ver cómo a vos te cae y qué te pasa a vos con eso. Sino como más determinante, como “esto hay que hacerlo”. Que mi ginecóloga, si bien es re abierta a las preguntas y lo que sea, pero ella igual siempre pregunta “¿te cuidás?”, “Si vas a usar preservativo tenés que ser prolija en eso”, digo, tiene como un modo así. (Nadia, mujer heterosexual de 31 años)

El cuidado se encuentra tan equiparado a asistir regularmente a las consultas ginecológicas que las propias mujeres reconocen no plantearse la posibilidad de abandonar sus visitas médicas y no hacerse controles regulares. La importancia de ir al ginecólogo o la ginecóloga en términos de cuidar la salud sexual y reproductiva es caracterizado por las mujeres como una enseñanza que se transmite de madres a hijas desde edades tempranas. Esto último se relaciona con el hecho de que –tal como se señaló en el capítulo anterior- son generalmente las madres de las mujeres heterosexuales entrevistadas las encargadas de iniciarlas en sus trayectorias ginecológicas y socializarlas en la necesidad de recurrir a servicios de ginecología como una estrategia para cuidar su salud:

- *¿Creés que es importante ir al ginecólogo o la ginecóloga? ¿Tus amigas van?*

- Todas mis amigas o compañeras de laburo van al ginecólogo, o sea, ninguna se plantea no ir, siempre van [...] y sí, creo que es importante, como que siempre estuvo en mi recuerdo que mi mamá lo hacía y me lo transmitió, y como que sí, soy consciente como de la importancia de consultar, hacer los controles y ese tipo de cosas. (Julieta, mujer heterosexual de 30 años)

Asistir a las visitas ginecológicas es percibido como una tarea *tan necesaria e importante* para las mujeres heterosexuales entrevistadas en términos del cuidado de su salud sexual y reproductiva, que señalan incluso tomar apuntes en las consultas con el objetivo de no olvidarse ningún detalle de las explicaciones que pudieran proveerles los y las profesionales:

- *¿Y alguna vez te fuiste sin haber preguntado algo que te parecía importante saber o algo que necesitaste que te explicara mejor y sentís que no te lo explicó lo suficiente?*

- Sí, me ha pasado, sí, sí, capaz de no haber podido como profundizar o haber preguntado algo más, o... o sí, capaz te dicen tantas cosas como...

me acuerdo capaz de alguna vez de salir y anotarme cosas o capaz, no sé si en el mismo consultorio capaz estar anotando lo que me decía pero sí como salir y anotarme... (Julieta, mujer heterosexual de 30 años)

Aun cuando en algunas ocasiones sean críticas respecto de la cantidad de información que se llevan de las visitas médicas, no ir al ginecólogo o la ginecóloga es considerado por las mujeres heterosexuales como un “descuido” de la salud que no permitiría una prevención adecuada de enfermedades y/o inconvenientes de salud. El principal motivo por el que las mujeres no asisten a servicios de atención ginecológicos estaría relacionado con una falta de cultura del cuidado de su propia salud, en contraposición a haber tenido la “fortuna” de haber sido socializadas desde edades tempranas bajo el imperativo del cuidado de la salud sexual y reproductiva:

[...] Yo tengo una tía, que murió el año pasado, con cáncer, y recuerdo que mi mamá me dijo que, después que tuvo su hija, mi tía pasó diez años sin ir al ginecólogo. Tenía cáncer de colon pero, en el marco de hablar sobre la enfermedad de mi tía, ella me hizo referencia a esto, de que había pasado diez años sin ir al ginecólogo y entonces yo decía “Guau, ¿en serio, mamá?”, “Sí”. O sea, un poco como diciéndome que el descuido ... Y esto como que motivado también en que nunca iba al médico. Y, bueno, como no entender por qué no iba. Creo que también tiene que ver con una falta de cultura. No ir al ginecólogo creo que tiene que ver un poco con eso también, con la falta de la cultura de la necesidad de ir al médico. Yo, por fortuna, lo empecé a hacer desde pequeña... (Jazmín, mujer heterosexual de 32 años)

De acuerdo con los relatos de las entrevistadas, las mujeres heterosexuales no problematizan en principio otras prácticas de cuidado de la salud sexual y reproductiva que no implican necesariamente asistir a las consultas ginecológicas. Depositán en los y las profesionales que las atienden la fuente de saber y de conocimiento técnico legítimo en relación a la temática de salud sexual y reproductiva. También en esta línea de análisis, donde son los y las profesionales la figura de autoridad para informar a las mujeres sobre los métodos de promoción de la salud sexual y reproductiva, los relatos de las mujeres heterosexuales entrevistadas ilustran cómo la consulta ginecológica constituye para ellas una instancia obligatoria en términos del cuidado de la salud por la que tienen que pasar todas las mujeres a la hora de decidir utilizar pastillas anticonceptivas:

- *¿Se hablaba con tus amigas de sus relaciones sexuales?*

- Sí, hablábamos un montón con las chicas. [...] Pero hablábamos más, ponele, sí de cada una cómo se cuidaba. Ellas tomaban anticonceptivos entonces yo también empecé a tomar ... o sea, fui a una ginecóloga por mi cuenta, y empecé a tomar anticonceptivos porque como que quería cuidarme con preservativos y anticonceptivos porque me daba miedo.

- *¿A qué le tenías miedo?*

- A un embarazo.
- *¿Y a una enfermedad?*
- Una enfermedad también ... pero como que el peor fantasma era el embarazo. (Lucía, mujer heterosexual de 28 años)

Tal como se desprende del testimonio de Lucía, y como se señaló en el capítulo anterior, las mujeres heterosexuales entrevistadas afirman consultar a los y las profesionales de la salud para acceder a métodos anticonceptivos. De esta forma, las entrevistadas equiparan el cuidado de la salud no solo a asistir regularmente a las consultas ginecológicas, sino también al uso de pastillas anticonceptivas indicadas profesionalmente y su no administración cuando existen horizontes de expectativas de maternidad.

Las entrevistadas destacan que su mayor temor y el principal riesgo al que se hallan expuestas son los embarazos no planificados. Las mujeres heterosexuales entrevistadas señalan tener representaciones sociales del cuidado y del riesgo asociadas principalmente a embarazos no planificados y, secundariamente, a infecciones de transmisión sexual:

[...] toda la vida me ha dado terror quedar embarazada. [...] actualmente sigo teniendo terror a quedar embarazada. De hecho yo he intentado dejar las pastillas pero no puedo. Me da miedo. Me da miedo dejar de tomar pastillas. Entonces también pienso en esto de “si llega a haber alguna enfermedad, lo soluciono”. El embarazo no lo soluciono. Sí, es muy loco, es muy raro, pero es así. (Jazmín, mujer heterosexual de 32 años)

El uso de algún método de barrera es importante en tanto medida para evitar embarazos no planificados que puedan romper con planes y proyectos a futuro. La relevancia del método de cuidado mayormente seleccionado por las mujeres heterosexuales entrevistadas –es decir, los métodos anticonceptivos hormonales– estaría asociada a esta prevención de embarazos y no de infecciones de transmisión sexual, donde son las mismas mujeres quienes quedan a cargo de las tareas de cuidado en el ámbito de la pareja. Bajo este esquema, entonces, subyace, en el caso de las mujeres heterosexuales, una representación social del riesgo vinculada con embarazos que no tengan lugar en las condiciones y los tiempos estipulados como social y normativamente aceptables, donde debería tener lugar “la asociación triádica entre amor, maternidad y matrimonio” (Libson, 2011: 85). Los testimonios de las jóvenes heterosexuales ilustran cómo las propias usuarias de los servicios de salud tienen representaciones sociales del cuidado y del riesgo ligadas exclusivamente a la prevención de embarazos no planificados:

- *¿Cómo te enteraste de la pastilla del día después? ¿La compraste sola en la farmacia?*

- Sola en la farmacia, sí. Creo que por mis amigas, más que nada. Había una amiga que era mucho más desprolija que yo, de no cuidarse y ... pero hasta lo hacía conscientemente. Era “no me cuido y mañana me tomo la pastilla”. Hacía eso. Yo eso no hacía. [...] además, ella lo hacía ... como que lo hacía bastante. Yo no sé cuántas veces tomó ella esa pastilla pero un montón. Y mismo a veces no la tomaba después, porque hacía el cálculo de la ovulación y no sé qué. Pero siempre el cálculo de ella era muy improvisado. Un aproximado. Igual, nunca quedó embarazada. O sea, es el día de hoy y ... todo le salió como ella quería. [...] Era un reproche, en realidad, porque ella se confiaba o era “bueno...”. Como que jugaba con un límite. Y era como “Bueno, pero fijate que puede pasar”. Eso era más que nada el reproche. Que se dé cuenta con lo que estaba jugando. [...] Pero igual, no. Siempre le salió bien. Al final le salió bien. (Nadia, mujer heterosexual de 31 años)

La cita anterior pone de relieve no solo el fenómeno de intercambiar información entre mujeres sobre prácticas de cuidado de la salud sexual y reproductiva –tema que será abordado en el próximo capítulo-, sino que también ilustra cómo el reproche “de no cuidarse” entre las jóvenes heterosexuales está asociado con una representación social del riesgo y del temor a tener que enfrentar embarazos no planificados. Ser “desprolija” y “no cuidarse” es equiparado a no prevenir embarazos. En las entrevistas de las mujeres heterosexuales emergen representaciones sociales del cuidado y del riesgo más cercanas a los discursos de los y las profesionales de la salud, en la medida que las mismas mujeres reconocen que para los y las profesionales cuidarse implica utilizar un método anticonceptivo:

- *Tus ginecólogas ¿te preguntan, en general, si te cuidás?*

- Sí, siempre. O sea, me preguntan cómo me estoy cuidando, con qué método anticonceptivo. Y, bueno, ya la que tengo ahora no me pregunta si me estoy cuidando con Maxi porque sabe que no. Pero si sigo en pareja, eso sí me lo preguntan. [...] Como que asumen que, si estoy en pareja, no voy a estar usando preservativos. O sea que, si estoy en pareja y estoy usando el parche, y entonces seguro no voy a estar usando preservativo. (Lucía, mujer heterosexual de 28 años)

De acuerdo con los relatos de las entrevistadas, bajo el imperativo del cuidado de la salud sexual y reproductiva internalizado subyacen, tanto entre las mujeres heterosexuales como entre los ginecólogos y las ginecólogas, representaciones sociales del cuidado definido en clave heteronormativa y asociado principalmente al uso de anticonceptivos y a la prevención de embarazos no planificados.

A partir del testimonio de Lucía es posible observar cómo tanto las jóvenes heterosexuales entrevistadas como los y las profesionales comparten, en principio, ciertas representaciones sociales de la salud, del cuidado y del riesgo basadas en la

idea del amor romántico. Tal como señala Mariana Palumbo (2015), el principio del amor romántico se fundamenta sobre una premisa básica: la promesa de monogamia que sustenta la relación. Como también afirman Maximiliano Marentes, Palumbo y Martín Boy (2016: 311), otras características que dan forma al amor romántico son: “la idealización del sujeto amado, la propuesta de un proyecto compartido que perdure en el tiempo, la promesa de la fidelidad y también elementos del amor agápico, como por ejemplo la entrega total”. Siguiendo estos supuestos básicos del amor romántico, la promoción –por parte de los y las profesionales de la salud- y la elección –de las mujeres heterosexuales- de métodos anticonceptivos hormonales como el principal método de barrera en relaciones sexuales heterosexuales, se basarían, entonces, en la confianza de fidelidad y de monogamia de la pareja que “asegura” que solamente exista el riesgo de un embarazo no planificado, pero no riesgos de infecciones de transmisión sexual.

[...] La realidad es que yo me cuidaba con todos menos con el chabón con el que salí cinco meses. Con ese no me cuidé. Y, sí, supongo que lo hablé porque ese chabón era como mi novio [...] [no nos cuidamos] después de un par de veces. O sea, después del primer mes, segundo mes habrá sido. Igual, no hubo un análisis de sangre de por medio a partir del cual yo dijera “ah, bueno, ahora que te hiciste un test de VIH no me cuidó”. Fue como medio arbitrario. [...] Pero supongamos que yo, en algún momento, empecé a confiar en él y dije “ah, bueno, debe estar limpio”. (Lucía, mujer heterosexual de 28 años)

Además de la confianza en la relación de pareja, y teniendo en cuenta que son las mujeres quienes históricamente se han hecho cargo de las tareas de cuidado en el ámbito de la familia (Enríquez, 2016), los relatos de las entrevistadas ponen de relieve cómo el cuidado de la salud sexual y reproductiva, en el marco de relaciones sexuales heterosexuales, es responsabilidad de las mujeres a través de la administración de métodos anticonceptivos hormonales.

3.1.b Salud, cuidado y riesgo en mujeres lesbianas

Al asumir que la visita ginecológica se centra en la atención de una mujer que tiene prácticas exclusivamente heterosexuales, cuyo cuidado de la salud sexual y reproductiva es equiparado al uso de anticonceptivos hormonales, y el riesgo es visto como únicamente asociado a la prevención de embarazos no planificados, tanto el y la profesional de la salud, como la joven heterosexual que lo o la consulta, contribuyen a

alimentar el mito de que las mujeres que tienen relaciones con mujeres no tienen realmente sexo y no requieren, por lo tanto, prácticas de cuidado (Brown, 2006):

- *¿Se te ocurren métodos con los que las chicas lesbianas podrían cuidarse o métodos de cuidado que el ginecólogo podría ofrecerles?*

- (Silencio)

- *¿No?*

- ... Pero ¿necesitan? (Nadia, mujer heterosexual de 31 años)

Si en el caso de las mujeres heterosexuales entrevistadas los discursos médicos cubrían *a priori* sus expectativas, y por lo tanto, las mujeres no problematizaban otras prácticas de cuidado de la salud sexual y reproductiva que no implicaran necesariamente asistir a las consultas ginecológicas de manera regular, las mujeres lesbianas entrevistadas denuncian la falta de una atención ginecológica adecuada al momento de tratar con mujeres que tienen relaciones sexuales con mujeres. Tal como se ha desarrollado en el capítulo anterior, este fenómeno se explicaría por el hecho de que la consulta ginecológica se encuentra guiada por la presunción de heterosexualidad de las mujeres:

- [...] ya al final dije bueno, tengo diecinueve años, no me hice ningún control, soy una inconsciente, y le dije [al ginecólogo] “Bueno, mirá, tengo que hablar con vos. Yo en realidad...”. Y le conté que me gustaban las chicas, que me acostaba con chicas, que había estado una vez con un chico. Me preguntó si esa vez con ese chico me había cuidado y le dije que sí, [...] y... bueno, nada.

- *¿Si te habías cuidado con chicas te preguntó o si te habías cuidado con chicos?*

- Si me había cuidado con chicos y... [...] y me preguntó si me había cuidado en general y yo le dije que no. Después me dijo “¿Pero ahora?” y yo ahí estaba en pareja ya y le dije “Y ahora estoy en pareja y no, no me cuidó. Me hago los exámenes anuales y nunca me cuidé con las chicas”. (Ana, mujer lesbiana de 26 años)

La presunción de heterosexualidad, además de operar como un obstáculo para las mujeres al momento de tener que presentarse en la visita ginecológica como lesbianas, también es un impedimento al momento de pedir información a los y las profesionales sobre su salud sexual y reproductiva y los métodos de cuidado existentes. De acuerdo con los relatos de las entrevistadas, y en consonancia con lo expuesto por Brown et al. (2014: 680), explicitar su orientación sexual frente al o la profesional no genera un asesoramiento médico sobre cuidados particulares que pueda responder a sus necesidades de salud. Las mujeres entrevistadas destacan la ausencia de un asesoramiento adecuado en torno a sus dudas.

Las prácticas sexuales de las mujeres lesbianas entrevistadas escapan al modelo heteronormativo y, por ser impensables para el sistema médico, no reciben

asesoramiento e información sobre prácticas sexuales cuidadas. A partir del testimonio de Ana es posible observar cómo, bajo los discursos de los y las profesionales, subyace una representación social del cuidado de la salud ligado a prácticas sexuales coitales-vaginales. Aún en aquellos casos donde las mujeres lesbianas entrevistadas afirman consultar profesionales “amigables” respecto de su orientación e identidad sexual, reconocen, sin embargo, que los y las profesionales que las atienden producen y reproducen representaciones sociales donde las prácticas de cuidado de la salud sexual y reproductiva son solamente necesarias de llevar a cabo en el marco de relaciones sexuales con varones:

- [mi ginecólogo] me contó que el otro ginecólogo que atiende ahí en el consultorio, trabajan en conjunto a veces y que él tenía una paciente y el otro otra, que eran pareja, y que querían tener un hijo y las asistieron con la fertilización y durante todo el embarazo. Entonces con eso me sentí más cómoda [...]. Y después, información así, como de formas de cuidarme y eso no me dio y yo creo que mucho no... No sé si no lo sabía, yo creo que no las pensó o no quiso pensarlas porque... es como que me dijo “como no sos hetero ...”.

- *¿Y entonces?*

- Yo leí en internet que... pero no. Sí, no, no me dijo nada. (Josefina, mujer lesbiana de 26 años)

Frente a esta situación, y tal como se desarrollará en el próximo capítulo, el testimonio de Josefina permite entrever que las jóvenes lesbianas entrevistadas despliegan un conjunto de estrategias alternativas para subsanar la falta de asesoramiento médico adecuado e informarse sobre prácticas de cuidado de su salud sexual y reproductiva susceptibles de ser implementadas en sus relaciones sexuales con mujeres. Entre dichas estrategias, se destaca por ejemplo, como en el caso de Josefina, recurrir a internet en busca de información. Las entrevistadas construyen representaciones sociales de la salud y del cuidado que implican no solamente no ser –en términos de Ana- “una inconsciente” por no hacerse controles regulares y asistir a las consultas ginecológicas, sino también transitar espacios de sociabilidad (Pozzio, 2011) entre mujeres –físicos y/o virtuales- que las dotan de saberes que funcionan a modo de un sentido práctico (Brown et al., 2013). Para las mujeres lesbianas entrevistadas el cuidado de su salud sexual y reproductiva implica dos componentes a través de los cuales obtener información: consultar –al igual que las mujeres heterosexuales entrevistadas- a servicios de atención ginecológicos, y al mismo tiempo, –y como rasgo distintivo de este grupo de mujeres usuarias- socializar entre

ellas prácticas de cuidado sobre el propio cuerpo –punto, este último, que se trabajará en el próximo capítulo-.

El hecho de que las mujeres lesbianas entrevistadas construyan representaciones sociales del cuidado que implican asistir a las consultas ginecológicas de manera regular se encuentra influenciado por los tipos de capitales simbólicos que poseen las entrevistadas. Aquellas entrevistadas que nunca transitaron espacios de activismo y militancia feminista reconocen no tener incorporada la importancia de consultar servicios de atención ginecológicos y asistir únicamente ante algún inconveniente de salud. A diferencia de las mujeres heterosexuales –quienes equiparaban el cuidado a asistir regularmente a las consultas ginecológicas-, las jóvenes lesbianas señalan tener naturalizado o no concurrir a las visitas ginecológicas en función de si han tenido o no experiencias de militancia en ámbitos feministas:

- *¿Y a partir de ahí [esa primera consulta ginecológica] seguiste yendo regularmente?*

- No. Cada vez que me pasa algo voy.

- *¿Vas por urgencias nada más?*

- Sí.

- *Entonces, ¿no vas al ginecólogo como rutina?*

- No, sabés que no lo tengo incorporado.

- *¿Porque si no tenés hongos creés que no irías, por ejemplo?*

- Claro, no iría. Sin embargo, ir al dentista sí lo tengo re contra re incorporado, pero... (Clara, mujer lesbiana de 27 años)

Cabe destacar que tanto las mujeres lesbianas entrevistadas que tuvieron trayectorias en espacios de activismo y militancia feminista -y por lo tanto, poseen conocimientos y expertización en relación a la temática de salud sexual y reproductiva-, como aquellas que nunca transitaron esas instancias, tienen representaciones sociales del cuidado y del riesgo ligadas exclusivamente a prácticas sexuales heterosexuales. Esto estaría motivado por el hecho de que las mujeres lesbianas reciben mensajes en sus visitas ginecológicas referidos a la no necesidad de implementar prácticas de cuidado si “no sos hetero ...”. En efecto, las jóvenes lesbianas entrevistadas destacan que no se cuidan “lo suficiente” porque no conciben que existan riesgos en relaciones sexuales entre mujeres:

[...] con las chicas es como extraño, yo qué sé, la verdad que nunca me he cuidado con las cuatro chicas que he estado, eh... sin saber incluso de sus prácticas, porque yo de Paz no sabía nada, eh... y de Mariela, por ejemplo, la loquita, tampoco sabía. Sabía que había estado con un montón de... nunca me cuidé. No sé por qué, la verdad. [...] soy re hipocondríaca y tengo como la movida de las enfermedades transmisibles, digamos, enfermedades o las ¿cómo se llama? infecciones de transmisión sexual,

como más... no sé. [...] se supone que entre lesbianas hay muy poca probabilidad de tener VIH, pero si ha estado con chabones, no sabés qué hizo [...]. (Camila, mujer lesbiana de 29 años)

La cita anterior ilustra cómo las mismas mujeres lesbianas entrevistadas – independientemente de haber transitado espacios de activismo y militancia feminista o no- construyen representaciones sociales del cuidado y del riesgo en clave heteronormativa. Tanto las jóvenes lesbianas –al asociar la noción de riesgo con las infecciones de transmisión sexual en relaciones coitales-vaginales-, como las heterosexuales entrevistadas –al vincular el riesgo principalmente a embarazos no planificados-, tienen representaciones sociales del cuidado y del riesgo ligadas a aquellos casos en los que mantienen relaciones sexuales con varones:

Mi percepción es que no [se cuidan]. Creo que muchas... no, no. [...] Yo lo he hablado con mis más amigas, eh... más íntimas, digamos, que están con mujeres, obviamente, pero no, me parece que no. Y... no, no se cuidan, qué sé yo, no. No... no sé, es como que... me parece que está como más naturalizado que... que te cuides con un varón y que él se ponga un forro o a lo sumo tomes pastillas de que... que te cuides con una mujer [...]. Es mi sensación en mi círculo, ya te digo, como que puede ser diferente en general pero es lo que yo percibo. (Josefina, mujer lesbiana de 26 años)

En contextos caracterizados como “de descontrol” donde mantienen relaciones sexuales con varias mujeres al mismo tiempo, las jóvenes lesbianas entrevistadas reconocen encontrarse en una posición de vulnerabilidad social (Ayres et al., 2006) mayor en relación a los riesgos a los que se verían expuestas si tuvieran una pareja estable. Sin embargo, esa reflexión acerca de la posición de vulnerabilidad que ocupan no se traduce en la utilización de métodos de cuidado efectivos para prevenir infecciones de transmisión sexual en sus relaciones sexuales con mujeres. De este modo, si bien las mujeres lesbianas comparten con las heterosexuales entrevistadas, al menos a nivel discursivo, una idea del amor romántico (Palumbo, 2015; Marentes, Palumbo y Boy, 2016) al hablar de sus prácticas de cuidado, las jóvenes lesbianas señalan no utilizar un campo de látex como método de cuidado ni con sus parejas de mujeres estables ni en sus relaciones esporádicas.

En el caso de las mujeres lesbianas entrevistadas, en los momentos en los que solo tienen relaciones sexuales con mujeres las visitas ginecológicas se convierten en una herramienta de información sobre si ya padecen un inconveniente de salud, y no en un instrumento de promoción y de prevención de la salud sexual y reproductiva. Esto último se debe a que las visitas ginecológicas no constituyen una instancia donde las jóvenes lesbianas reciban un asesoramiento médico adecuado y específico sobre

cuidados particulares en relaciones sexuales con mujeres, que responda a sus necesidades de salud.

No le llamó mucho la atención. Una mina bastante joven, no le llamó tanto la atención, sí me acuerdo que me hizo ella el comentario de que había ido hace poco a un congreso, no me acuerdo específicamente la temática, pero que en uno de los foros del congreso se había charlado sobre profilaxis femenina y que sorprendentemente no se habían puesto de acuerdo con nada. Entonces me preguntó casi como para que si yo le podía informar a ella “¿Cómo te cuidás?” y la verdad que yo sinceramente le dije “Honestamente, no”. “Si me preguntás si tengo un método, como quien te dice uso preservativo, no, tengo como cuidados, pero si me decís un método profiláctico, y... y no, no sé, esperaba que vos me dijeras” y me dijo que no manejaba esa información y que ella estaba como muy ávida por saber. (Celeste, mujer lesbiana de 32 años)

Frente a la falta de una atención ginecológica adecuada por parte de los y las profesionales, el testimonio de Celeste pone de relieve cómo las mujeres lesbianas entrevistadas se las ingenian para construir representaciones sociales del cuidado que no incluyen el uso de métodos de barrera al encontrarse los mismos “fuera del alcance”, pero que incorporan, en cambio, prácticas de cuidado más caseras y accesibles para implementar en relaciones sexuales con mujeres:

Es como no sé, una puede tener ciertos cuidados, a ver, una puede tener las manos limpias, tener el cuidado con la otra pareja que si tengo hongos vaginales no tener un contacto, digamos, vagina con vagina. Podes tener este tipo de cuidados que algunas mujeres los tendrán y otras no, pero después ya el uso, digamos, de métodos de prevención de enfermedades de transmisión sexual me parece que... no sé por qué cuesta tanto... (Mercedes, mujer lesbiana de 28 años)

¿Cómo es posible explicar esta asociación que existe entre el cuidado de la salud sexual y reproductiva y el cuidado de la salud heterosexual? En el próximo apartado se desarrollará cómo estas representaciones sociales de la salud sexual y reproductiva, del cuidado y del riesgo nacen en, producen y reproducen una construcción del problema de la salud sexual y reproductiva de las mujeres como un problema de salud (hetero)sexual y reproductiva. En los servicios de atención ginecológicos, las mujeres entrevistadas se enfrentan a una serie de mensajes y representaciones por parte de los y las profesionales que reproducen esta construcción del problema de la salud sexual y reproductiva en clave heteronormativa, ya sea a través de construir representaciones sociales del cuidado y del riesgo asociadas principalmente a embarazos no planificados, o mediante el mito de que las prácticas de cuidado de la salud sexual y reproductiva son solamente necesarias en el marco de relaciones coitales-vaginales.

3.2 Construcción del problema de la salud sexual y reproductiva

Tal como se ha desarrollado en el capítulo anterior, las mujeres lesbianas y heterosexuales entrevistadas señalan que desde que comienzan a asistir a servicios de atención ginecológicos se enfrentan a mensajes, discursos y representaciones por parte de los y las profesionales de la salud que las construyen y tipifican –no necesariamente de manera consciente– en tanto mujeres heterosexuales y en tanto potenciales madres. De acuerdo con los relatos de las entrevistadas, los ginecólogos y las ginecólogas naturalizan un solapamiento estructural entre sexualidad y heterosexualidad, entre sexualidad y procreación, y entre mujeres y maternidad (Pecheny et al., 2011):

[...] yo en mi experiencia con médicos en general... bueno, yo me traumo con la endocrinóloga. Cada seis meses que voy me dice: “¿Y tenés planes de ser mamá?” “Ay, ¡la puta que te parió!” Me parece horrible. Se ve que me ve mujer y ya es como “¿hay planes de ser mamá?”. Esas cosas no están buenas. [...] ¡es tremenda! Porque te pregunta siempre lo mismo. O sea, me parece ... y eso que es una mina que se toma el tiempo y te pregunta pero ... no está bueno que los profesionales sean así. Es horrible. Supongo que si yo le digo “mirá, no quiero tener hijos nunca”, capaz no me lo preguntaría. Pero no me parece que porque veas una mujer a esa edad “¿y planes de ser mamá?”. Falta que me diga si quiero congelar mis óvulos. Yo entiendo por qué me lo dice: porque es importante en el embarazo que eso esté bien regulado. Bueno, está bien pero ... una vez. (Laura, mujer heterosexual de 28 años)

- [...] dar por sentadas un montón de cosas, digamos. Un estilo de relación, un tipo de mujer, digamos, todo eso. Así que... nada, en realidad... pero sí, tiene que ver más con rutina y ninguno de los médicos o médicas que me han atendido me han dicho formas de cuidado, digamos, entre lesbianas, de ninguna forma me lo han dicho. Ni las enfermedades que nos podemos transmitir, digamos, entre mujeres. A uno solo le pregunté por chusma, porque en realidad yo ya sabía, pero...

- *¿Para ver qué sabía él?*

- Para meter púa, porque me encanta meter púa al sistema este de mierda patriarcal y punto, le pregunté “¿Y cómo me puedo cuidar?”, así nomás, haciéndome la boluda, y me dijo “La verdad es que no tengo la menor idea”. (Mercedes, mujer lesbiana de 28 años)

El testimonio de Mercedes permite vislumbrar un claro descontento y crítica hacia las tipificaciones que los y las profesionales construyen en torno al sujeto “mujer” que consulta al sistema de salud y deja en evidencia su falta de capacitación sobre prácticas de cuidado en relaciones no heterosexuales. Por su parte, el testimonio de Laura también deja entrever cierta disconformidad con los mensajes que reciben

las mujeres en sus visitas ginecológicas respecto de sus proyectos de maternidad, aunque al mismo tiempo justifica en parte la insistencia de los y las profesionales en la temática. Si bien las mujeres lesbianas entrevistadas problematizan en mayor medida que las jóvenes heterosexuales que la consulta ginecológica se desarrolle bajo un conjunto de tipificaciones que realizan los y las profesionales de la salud de ellas, los mensajes que reciben y las experiencias que viven las mujeres en sus visitas ginecológicas no hacen más que cristalizar una construcción más general de la salud sexual y reproductiva en tanto problema público pensado y definido en clave heteronormativa. Esta construcción del problema de la salud (hetero)sexual y reproductiva conlleva representaciones morales de lo que es normativamente correcto y válido en términos de prácticas sexuales y, como corolario, determinadas respuestas referidas a cuáles son los métodos de cuidado deseables para hacer frente a dicho problema.

¿Qué se entiende por salud sexual y reproductiva en tanto problema público? Gusfield ([1981] 2014: 75) afirma que, para que un determinado problema sea entendido como tal, debe ser considerado indeseable y poder ser solucionado. Tal como se trabajó en el apartado anterior, tanto los relatos de las jóvenes lesbianas como de las heterosexuales entrevistadas dan cuenta de cómo a lo largo de sus visitas ginecológicas las mujeres reciben mensajes por parte de los y las profesionales que las atienden que equiparan la salud sexual y reproductiva a una problemática de maternidad (ya sea para evitarla o acelerarla), y bajo los cuales subyacen representaciones sociales del cuidado y del riesgo ligadas exclusivamente a prácticas sexuales heterosexuales (en particular, coitales-vaginales). Esto es puesto de relieve en los testimonios de Nahir y de Verónica:

Siempre la pregunta que él [el ginecólogo] me hace es si ya quiero ser mamá. Me dijo: “Si ya querés ser mamá, hay que sacarte [el pólipo]. Y esperar al menos seis meses a que tu cuerpo esté bien, esté sano, esté tranquilo. Y ya podrías tener hijos. Pero yo no quisiera que, si en algún momento te olvidas de cuidarte, ... psicológicamente una pérdida, para una mujer, es terrible. Entonces yo no quisiera que te pase eso por un descuido tuyo de que te olvidaste que tenés un pólipo en el útero y por esa razón no podés ser mamá. Entonces yo no quiero que, física y psicológicamente, tengas una pérdida. Entonces avísame cuando ya quieras ser mamá. Tampoco te aconsejo que tengas eso como una prevención de que “nunca me voy a quedar embarazada” porque no es así”. Esto me lo decía la última vez. (Nahir, mujer heterosexual de 28 años)

[...] lo que a mí me pasó es que yo tenía relaciones con Ángeles sin cuidarnos, y... en ningún momento nadie me habló de métodos de barrera para sexo entre lesbianas o mujeres y yo le pregunté a mi mamá. Mi mamá es médica, es infectóloga y está especializada en VIH. Yo le pregunté a mi mamá en su momento si ella siendo médica sabía cómo yo me podía cuidar por qué no me lo dijo en su momento, porque me podría haber evitado toda la operación básicamente, porque la infección se me hizo por un... no me dijeron bien... o sea, nadie me logró explicar exactamente por qué, pero... digo, a ver, si hay sexo sin protección, nada, se intercambian fluidos vaginales, mínimo algo tiene que suceder, o sea desde ya, y nada, nadie me dijo por qué, porque además era como “Bueno, pero tuviste relaciones sexuales sin cuidarte y con hombres”, “No, no tengo relaciones con hombres, digo..., no”. (Verónica, mujer lesbiana de 23 años)

La definición de una situación como problemática y el desarrollo y la implementación de acciones para enfrentarla son dos caras de un mismo proceso (Gusfield, [1981] 2014: 29-30). De este modo, a las conductas calificadas como no deseadas se les construyen soluciones, respuestas. En el marco de esta tesis, los consejos y las recomendaciones profesionales en materia de cuidado y de prevención de la salud sexual y reproductiva deben comprenderse como respuestas a situaciones que se consideran problemáticas. Las conductas construidas como no deseadas (o, en términos de Becker ([1963] 2012), desviadas) por los ginecólogos y las ginecólogas son principalmente los embarazos no planificados y las maternidades que no tengan lugar en las condiciones y los tiempos estipulados como social y normativamente aceptables. Pero, al mismo tiempo, los y las profesionales construyen y reproducen ciertos imaginarios respecto del lesbianismo como conducta desviada de la heteronormatividad, es decir, como conducta que está por fuera de lo normativamente correcto y se ubica, en cambio, dentro de lo humanamente inconcebible (Butler, 2002). Los ginecólogos y las ginecólogas comparten –no necesariamente de modo premeditado y consciente- ciertas pretensiones de validez respecto de lo que se considera normativamente aceptable, moralmente recto y auténtico en términos de prácticas sexuales: esto es, que las mujeres desarrollen prácticas sexuales heterosexuales (en particular, coitales-vaginales) orientadas a la reproducción y con pretensiones de maternidad.

[...] empecé como a registrar con los otros ginecólogos o ginecólogas que tuve esto de dar por sentada completamente la heterosexualidad y la posible maternidad y también dar por sentada que si decía “¿Estás en pareja estable?”, “Sí”, tenía una relación monogámica. Eso como que lo empecé a registrar mucho, entonces yo lo pongo completamente siempre en el discurso como cuando conozco al ginecólogo o ginecóloga: “No, soy

lesbiana, tengo una relación monogámica” o no, “Tengo una relación de amor libre”, como dan por sentado todo, digo no, escuchame, soy otra persona, no soy lo considerado normal que vos tenés, digamos, en tu estudio, eh... [...] siempre lo primero que me preguntan hasta hace poco, arranqué con una nueva ginecóloga que me recomendaron pero por lo buena, no me la recomendó el ambiente lésbico, digamos, y fue como... “¿Cómo te cuidás?” lo primero o si tomaba anticonceptivos. Es la norma, digamos. (Mercedes, mujer lesbiana de 28 años)

En el caso de los vínculos erótico-sexual-afectivos, los sistemas de salud a los que acceden las mujeres entrevistadas no conciben –explícita o implícitamente- que las mujeres puedan tener prácticas sexuales distintas al modelo coital-vaginal heterosexual. Esto produce en la práctica una invisibilización de las mujeres lesbianas en los sistemas de salud sexual y reproductiva (Pecheny et al., 2011; Brown y Tamburrino, 2011; Brown y Pecheny, 2012; Brown et al., 2014), y en consecuencia, limita su ejercicio pleno de derechos –en este caso de la salud-.

Las prácticas e identidades sexuales de las entrevistadas no solamente se construyen como conductas no deseadas y desviadas de la heterosexualidad obligatoria, sino que también la existencia de un sistema de salud que opera a partir de la presunción de la heterosexualidad, discrimina, invisibiliza y excluye a las mujeres lesbianas (Brown, 2006; Petracci y Ramos, 2006; Brown et al., 2007; Pecheny et al., 2011; Brown y Tamburrino, 2011; Brown y Pecheny, 2012; Brown et al., 2014). Que las prácticas e identidades sexuales de las jóvenes lesbianas entrevistadas se encuentren invisibilizadas en las consultas ginecológicas coloca a las mujeres lesbianas en una posición de mayor vulnerabilidad social (Ayres et al., 2006) ya que no obtienen respuestas de los y las profesionales, quienes no les proveen la información adecuada para llevar, *a priori*, una vida sexual cuidada.

La construcción de la salud sexual y reproductiva como problema público entraña no solo atribuciones morales y la asignación de valores, sino que también la definición misma de una situación como problemática contiene, tal como se señaló en párrafos anteriores, respuestas para resolverla. Esta tesis se interesa en analizar los modos en los que las políticas públicas buscan responder a tal problema en un nivel microsocioal, acercándonos al análisis de la implementación de políticas de salud sexual y reproductiva desde lo local. Recupero los aportes de la sociología de los problemas públicos para evaluar cómo las definiciones del problema de la salud sexual y reproductiva y sus respuestas estatales se cristalizan en consejos y recomendaciones médicas concretas de prácticas de cuidado por parte de los

ginecólogos y las ginecólogas. Esto último se debe a que comprender la implementación de una política desde las relaciones cotidianas de quienes las implementan y quienes son destinatarios y destinatarias de las mismas, es “una vía de acceso relevante al estudio de cómo se organiza y funciona el Estado y cómo es definido y se manifiesta en el curso de la vida de las personas” (Pozzio, 2011: 8). De esta forma, “un aporte que mire y comprenda al Estado ‘desde abajo’ debe [...] dar cuenta del fenómeno estatal desde la óptica, la subjetividad y la vida cotidiana de los destinatarios de políticas” (Pozzio, 2011: 32).

En el caso de las conductas heterosexuales consideradas no deseadas (es decir, los embarazos no planificados y las maternidades que no se desarrollen en las condiciones y los tiempos estipulados como social y normativamente correctos y válidos), la respuesta de los ginecólogos y las ginecólogas, en términos de prácticas de cuidado, es evidente: el uso de métodos anticonceptivos hormonales a través del consejo profesional. Las mujeres heterosexuales entrevistadas hacen referencia a la elección de métodos anticonceptivos hormonales como el principal método de barrera en relaciones de pareja estable, indicados por parte de los y las profesionales de la salud:

[...] mi primer novio fue a los 17. [...] Y me acuerdo que yo le dije [a mi vieja]: “quiero ir al ginecólogo para tomar pastillas”. [...] me llevó a su ginecóloga y me recetaron pastillas. Y ahí empecé a tomar, y desde el principio tomé pastillas. [...] por el embarazo. Creo que nunca pensé en otra cosa. [...] le dije que ... que iba a tener relaciones con alguien y que quería tomar ... [...] Le dije directo a mi vieja que quería tomar pastillas anticonceptivas. Y que me lleve a su ginecóloga. Y fui a su ginecóloga, con mi mamá, y ... Me acuerdo como que le dije lo mismo a la ginecóloga, como que quería tomar pastillas. [...] Y me dijo que sí. No recuerdo que haya sido una cosa muy larga [...]. Entonces como que me dio pastillas pero no me explicó mucho más, que yo recuerde. (Laura, mujer heterosexual de 28 años)

En el caso de las jóvenes lesbianas entrevistadas, la construcción de las prácticas sexuales no exclusivamente coitales-vaginales como conductas desviadas e invisibilizadas, conlleva a que el Estado –a través de las prácticas profesionales e individuales concretas de los ginecólogos y las ginecólogas- no les pueda brindar respuestas adecuadas y un asesoramiento médico específico a estas mujeres para que puedan satisfacer sus necesidades e inquietudes:

- Me hice el estudio pero cuando fui para que revisaran el estudio fui a otra ginecóloga. Ya me aseguré, me fijé en la cartilla, no, a ésta no, nunca más, este... y nada, le comenté... fue un poco más amigable. Si bien sentí que fue un poco más amigable, sentí como que ignoraba un montón de

cosas que quizás no hubiese estado mal que me preguntara o como que sentía que estaba tratando de responderme en unos parámetros quizás que no se ajustaban.

- *¿Cómo por ejemplo te acordás de algo puntual?*

- No, quizás porque también la otra me había pasado como hablar de intensidad de la relación sexual y demás, como en términos heterosexuales, me parece que es distinto, que hablarlo en una relación no heterosexual o que en sí también podría ser heterosexual pero con otras prácticas, no lo sé, pero me dio la sensación de que también era una persona que le faltaba un poco de información, este... como me dijo que estaba todo bien, chau, no fui más. (Fernanda, mujer lesbiana de 28 años)

La falta de políticas de atención y de prevención adecuadas por parte del Estado en relaciones sexuales entre mujeres es reconocida por las jóvenes lesbianas entrevistadas. A diferencia de las mujeres heterosexuales, cuyas críticas hacia el trato de los y las profesionales de la salud están dirigidas a evitar que las mujeres dejen de asistir a las consultas ginecológicas en la medida que el dejar de consultar al profesional médico se asocia al dejar de cuidarse; para las jóvenes lesbianas entrevistadas las críticas hacia los servicios de atención ginecológicos se refieren al hecho de que los mismos no responden a sus necesidades e inquietudes en materia de salud sexual y reproductiva. En consonancia con lo trabajado en el capítulo anterior, a diferencia de las mujeres heterosexuales, quienes dirigen sus críticas hacia las cualidades que deberían poseer los y las profesionales que las atienden (esto es, empatía, contención, confianza, escucha atenta y no prejuiciosa), las jóvenes lesbianas entrevistadas dirigen sus críticas hacia el contenido mismo de la formación de los ginecólogos y las ginecólogas que, aún en los casos de profesionales “amigables” respecto de su orientación e identidad sexual, no habilita respuestas sobre los métodos y las prácticas de cuidado existentes en relaciones sexuales entre mujeres.

Esto, en última instancia, genera no solo el cambio del ginecólogo o la ginecóloga en búsqueda de una mayor contención por parte de los y las profesionales –como en el caso de las mujeres heterosexuales–, sino también la expulsión de las mujeres lesbianas entrevistadas de las consultas ginecológicas y la consecuente necesidad de recurrir a otras estrategias y canales alternativos a los servicios de atención ginecológicos. Las estrategias que despliegan las mujeres para relacionarse con los discursos de los y las profesionales de la salud serán abordadas en el próximo capítulo.

3.3 Discusión y recapitulación

El presente capítulo describió cómo la construcción del problema de la salud sexual y reproductiva en clave heteronormativa conlleva determinadas representaciones sociales de la salud, del cuidado y del riesgo que manejan las propias mujeres entrevistadas y los y las profesionales. Las preguntas que guiaron el análisis fueron: a) ¿Qué entienden las mujeres lesbianas y heterosexuales y los ginecólogos y las ginecólogas –según las perspectivas de las usuarias- por el cuidado de la salud sexual y reproductiva?; b) ¿Cómo entienden las mujeres lesbianas y heterosexuales y los ginecólogos y las ginecólogas –según las perspectivas de las usuarias- la noción de riesgo en la temática de salud sexual y reproductiva? ¿Cuáles son los riesgos legítimos en salud sexual y reproductiva? ¿Por qué se presta más atención a unos riesgos que a otros?; y c) ¿Cuáles son los saberes médicos sobre la salud sexual y reproductiva de las mujeres lesbianas y heterosexuales que circulan en las consultas ginecológicas según las perspectivas de las usuarias?

Las entrevistas a las mujeres permitieron analizar y comparar las representaciones sociales que las mujeres lesbianas y heterosexuales y los ginecólogos y las ginecólogas –según los relatos de las mujeres entrevistadas- construyen sobre las nociones de salud sexual y reproductiva, de cuidado y de riesgo; y cómo estos imaginarios no hacen más que reflejar una construcción más general del problema de la salud sexual y reproductiva de las mujeres como un problema de salud (hetero)sexual y reproductiva.

Respecto de las representaciones sociales que maneja cada uno de los/as actores/actrices involucrados/as sobre la salud sexual y reproductiva y su cuidado, las entrevistas analizadas dieron cuenta de que, en sus consultas ginecológicas, las mujeres lesbianas y heterosexuales reciben mensajes y discursos por parte de los y las profesionales que se acercan o se alejan de sus propias representaciones sociales respecto de qué entienden por la salud, el cuidado y el riesgo.

De acuerdo con los relatos de las jóvenes heterosexuales entrevistadas, un estado ideal del cuidado de la salud implica necesariamente consultar al ginecólogo o la ginecóloga y realizarse controles de manera anual o, incluso, más de una vez al año. Al mismo tiempo, fue posible identificar que para las mujeres heterosexuales entrevistadas la falta de consultas regulares está asociada con riesgos para su bienestar físico. De este modo, los relatos de las mujeres heterosexuales entrevistadas pusieron de relieve la construcción de representaciones sociales (Hall, 1997; Petracci y

Kornblit, 2007) de la salud y del cuidado más cercanas a los discursos de los y las profesionales de la salud.

La importancia de ir al ginecólogo o la ginecóloga en términos de cuidar la salud sexual y reproductiva fue caracterizado por las jóvenes heterosexuales como una enseñanza transmitida de madres a hijas desde edades tempranas, donde no ir a las consultas ginecológicas es considerado como un “descuido” de la salud, producto de no haber sido socializadas bajo una cultura del cuidado. Los relatos de las mujeres heterosexuales entrevistadas pusieron de relieve cómo las mismas no problematizan otras prácticas de cuidado de la salud sexual y reproductiva que no implican necesariamente asistir a las consultas ginecológicas, y cómo depositan en los y las profesionales la fuente de saber y de conocimiento técnico legítimo en relación a la temática de salud sexual y reproductiva.

Las jóvenes heterosexuales entrevistadas reconocieron equiparar el cuidado no solo a asistir regularmente a las consultas ginecológicas, sino también al uso de métodos anticonceptivos hormonales indicados profesionalmente (Brown y Tamburrino, 2011; Brown y Pecheny, 2012), ya que su principal temor y riesgo son los embarazos no planificados y solo secundariamente las infecciones de transmisión sexual. Bajo este esquema, se describió cómo subyace, en el caso de las mujeres heterosexuales, una representación social del riesgo vinculada con embarazos que no tengan lugar en las condiciones y los tiempos estipulados como social y normativamente aceptables. El análisis de las entrevistas dio cuenta de cómo, bajo el imperativo del cuidado (Brown, 2004; Torres, Miranda-Ribeiro y Machado, 2008) de la salud sexual y reproductiva internalizado, subyacen, tanto entre las mujeres heterosexuales como entre los ginecólogos y las ginecólogas, representaciones sociales del cuidado definido en clave heteronormativa y asociado principalmente al uso de anticonceptivos y a la prevención de embarazos no planificados.

También fue posible observar cómo tanto las jóvenes heterosexuales entrevistadas como los y las profesionales comparten, en principio, ciertas representaciones sociales de la salud, del cuidado y del riesgo basadas en una idea del amor romántico (Palumbo, 2015; Marentes, Palumbo y Boy, 2016). Bajo esta idea del amor romántico, el uso de métodos anticonceptivos hormonales como el principal método de barrera se justifica por la confianza de fidelidad y de monogamia de la pareja que asegura que solamente exista el riesgo de un embarazo no planificado, pero no riesgos de infecciones de transmisión sexual.

A diferencia de las mujeres heterosexuales, se identificó que las jóvenes lesbianas denuncian la falta de una atención ginecológica adecuada por parte de los y las profesionales de la salud, dado que, según sus relatos, la consulta ginecológica se guía por la presunción de su heterosexualidad (Brown, 2006; Petracci y Ramos, 2006; Brown et al., 2007; Pecheny et al., 2011; Brown et al., 2014). De acuerdo con los relatos de las entrevistadas, explicitar su orientación sexual frente al o la profesional no genera un asesoramiento médico específico sobre cuidados particulares que responda a sus necesidades de salud. Bajo este esquema, aún en aquellos casos donde las mujeres lesbianas entrevistadas señalaron consultar profesionales “amigables” respecto de su orientación e identidad sexual, reconocieron, sin embargo, que los y las profesionales construyen representaciones sociales donde las prácticas de cuidado de la salud sexual y reproductiva son solamente necesarias de llevar a cabo en relaciones coitales-vaginales.

En este contexto, fue posible identificar que para las mujeres lesbianas entrevistadas el cuidado de su salud sexual y reproductiva implica dos componentes a través de los cuales obtener información: consultar –al igual que las mujeres heterosexuales- a servicios de atención ginecológicos, y al mismo tiempo, –y como rasgo distintivo de este grupo de mujeres usuarias- socializar entre ellas prácticas de cuidado sobre el propio cuerpo más caseras y accesibles para implementar en relaciones sexuales con mujeres. Sin embargo, se señaló cómo a diferencia de las mujeres heterosexuales –quienes, en general, equiparan el cuidado a asistir regularmente a las consultas ginecológicas-, para las jóvenes lesbianas entrevistadas tener incorporada o no la importancia de concurrir a las visitas ginecológicas depende de si transitaron o no espacios de activismo y militancia feminista.

De las entrevistas analizadas surgió también que tanto las mujeres lesbianas que tuvieron trayectorias en espacios de activismo y militancia feminista, como aquellas que nunca transitaron esas instancias, construyen representaciones sociales del cuidado y del riesgo ligadas exclusivamente a prácticas sexuales heterosexuales, al no concebir riesgos de infecciones de transmisión sexual en relaciones sexuales entre mujeres. Del análisis de las entrevistas emergió que tanto las jóvenes lesbianas –al asociar la noción de riesgo con las infecciones de transmisión sexual en relaciones coitales-vaginales-, como las heterosexuales –al vincular el riesgo principalmente a embarazos no planificados-, construyen representaciones sociales del riesgo y, como

corolario, de la necesidad e importancia de cuidarse, en la medida que mantengan relaciones coitales-vaginales con varones.

También se identificó cómo las mujeres lesbianas y heterosexuales entrevistadas se enfrentan a una serie de mensajes y representaciones por parte de los y las profesionales que reproducen esta construcción del problema de la salud sexual y reproductiva en clave heteronormativa. Se describió cómo esta construcción del problema de la salud (hetero)sexual y reproductiva conlleva representaciones morales de lo que es normativamente correcto y válido en términos de prácticas sexuales, e implica determinadas respuestas sobre cuáles son los métodos de cuidado deseables para hacer frente a dicho problema. Del análisis de las entrevistas surgió que las conductas construidas como no deseadas por los ginecólogos y las ginecólogas son principalmente los embarazos no planificados y las maternidades que no tengan lugar en las condiciones y los tiempos considerados social y normativamente aceptables (ya sea porque se estime conveniente retrasarlas o acelerarlas). En este caso, la respuesta de los ginecólogos y las ginecólogas, en términos de prácticas de cuidado, es el uso de métodos anticonceptivos hormonales como el principal método de barrera (Brown y Tamburrino, 2011; Brown y Pecheny, 2012).

Al mismo tiempo, se describió cómo los y las profesionales de la salud reproducen –no necesariamente de manera consciente o intencional– ciertos imaginarios respecto del lesbianismo como conducta desviada (Becker, [1963] 2012). El análisis de las entrevistas invitó a reflexionar acerca de cómo las prácticas e identidades sexuales de las entrevistadas no solamente se construyen como conductas desviadas de la heterosexualidad obligatoria, sino también cómo las mujeres lesbianas son invisibilizadas en y expulsadas de las consultas ginecológicas.

Finalmente, se señaló cómo la falta de una atención ginecológica adecuada coloca a estas mujeres en una posición de vulnerabilidad social (Ayles et al., 2006) ya que ni siquiera obtienen respuestas y un asesoramiento médico adecuado por parte de los y las profesionales. Frente al mito de que las mujeres que tienen relaciones con mujeres no tienen realmente sexo y no requieren prácticas de cuidado (Brown, 2006), las mujeres lesbianas entrevistadas se ven obligadas a recurrir a otras estrategias y canales alternativos a los circuitos estatales de atención ginecológica.

Respecto de este último punto, en el próximo capítulo se desarrollarán cuáles son y qué diferencias existen entre las estrategias que despliegan las jóvenes lesbianas y heterosexuales entrevistadas para relacionarse con los discursos de los ginecólogos

y las ginecólogas. Asimismo, se analizará cuáles son los soportes (Martuccelli, 2006, 2007, 2010) con los que cuentan las jóvenes lesbianas para poder resistir y hacer frente a un sistema médico que no les brinda los recursos necesarios para que puedan satisfacer sus necesidades en materia de salud sexual y reproductiva.

Capítulo 4: El rol de los soportes formales e informales en las experiencias de mujeres lesbianas y heterosexuales

El presente capítulo describe y analiza las estrategias que despliegan las mujeres lesbianas entrevistadas para subsanar, compensar y responder a la falta de asesoramiento médico sobre prácticas de cuidado de su salud sexual y reproductiva, que experimentan estas mujeres en sus visitas ginecológicas. Las preguntas que guiaron el análisis de las entrevistas a las jóvenes lesbianas y heterosexuales fueron las siguientes: a) ¿Cuáles son y qué diferencias existen entre las estrategias que despliegan estos dos grupos diferentes de mujeres usuarias para relacionarse con los discursos de los y las profesionales de la salud? ¿Se relacionan de manera diferente las jóvenes lesbianas y las heterosexuales?; b) ¿Cómo son y en qué consisten las reacciones de las mujeres lesbianas frente a profesionales que no les proveen información adecuada sobre prácticas sexuales cuidadas?; y c) ¿Qué canales alternativos existen a los servicios de atención ginecológicos? Para responder a dichas preguntas de investigación, se compararán, a partir del concepto de soportes (Martuccelli, 2006, 2007, 2010), las estrategias que desarrollan tanto las jóvenes lesbianas como las heterosexuales entrevistadas para satisfacer sus necesidades en materia de salud sexual y reproductiva.

En base al análisis de las entrevistas, el capítulo desarrollará cómo, frente a los servicios de atención ginecológicos que operan a partir de la noción de salud (hetero)sexual y reproductiva, las mujeres entrevistadas se encuentran con diversos canales de información alternativos al Estado, como pueden ser espacios de sociabilidad entre pares y/o acceso a información en páginas web. Sin embargo, los modos en que estos dos grupos de mujeres (lesbianas, por un lado, y mujeres heterosexuales, por otro) utilizan dichos canales informales difieren.

En el caso de las jóvenes heterosexuales, las entrevistadas destacan que los principales soportes con los que cuentan en materia de cuidado y de prevención de su salud sexual y reproductiva son las consultas ginecológicas y el saber experto de los y las profesionales. En este contexto, los grupos de pares –como por ejemplo, los grupos de amigas- son útiles en la medida que refuerzan y complementan a los discursos y las recomendaciones médicas. En cambio, la información a la que pueden acceder a través del uso de internet es vista por las mujeres heterosexuales con

desconfianza, como consecuencia de que la fuente de elaboración de esta información no proviene necesariamente de profesionales de la salud.

Para hallarse legitimado, el saber técnico no puede ser provisto por cualquier profesional, sino que tiene que provenir de sus ginecólogos o ginecólogas de confianza. En otras palabras, aun cuando las mujeres heterosexuales son críticas respecto del trato de los y las profesionales de la salud, depositan en los ginecólogos y las ginecólogas de confianza que las atienden la fuente de saber, y los y las convierten en sus principales soportes en relación a la temática de salud sexual y reproductiva.

Por su parte, las jóvenes lesbianas entrevistadas afirman encontrar en el uso de internet y en el acceso a páginas web una fuente de información alternativa a la provista por los ginecólogos y las ginecólogas, que compensa el vacío generado por la falta de asesoramiento y consejos profesionales. Asimismo, las redes de militancia feminista y los grupos de mujeres lesbianas constituyen soportes esenciales con los que cuentan estas jóvenes en contextos de invisibilización de las mujeres lesbianas en las consultas ginecológicas.

En este punto, el análisis de las entrevistas da cuenta de ciertas diferencias al interior del grupo de mujeres lesbianas en función de si estas últimas han transitado o no espacios de militancia feminista. Aquellas jóvenes lesbianas entrevistadas que han tenido trayectorias en espacios de activismo y militancia feminista poseen un acervo de conocimiento y expertización mayor en relación a la temática de salud sexual y reproductiva y su cuidado, que el de aquellas que nunca han frecuentado esos espacios. Pese a que las mujeres lesbianas entrevistadas –independientemente de haber transitado espacios de activismo o no- en general afirman no cuidarse “lo suficiente”, en el caso de aquellas mujeres que han tenido experiencias en espacios militantes no llevar a cabo prácticas de cuidado es reconocido de manera crítica. En el caso de las jóvenes lesbianas no militantes, la falta de prácticas de cuidado en sus relaciones sexuales es considerada la única opción posible en la medida que no tienen acceso a la misma información que sus pares militantes.

El capítulo se estructura de la siguiente manera: en primer lugar, se recuperan las nociones de prueba y de soporte esbozadas por Danilo Martuccelli y la sociología de la individuación para describir las experiencias y estrategias que desarrollan las mujeres heterosexuales y lesbianas en sus visitas ginecológicas. Luego, a partir de dichos conceptos, se introducen y analizan los casos de los grupos de mujeres entrevistadas. El capítulo concluye resumiendo los principales hallazgos y discutiendo

los potenciales beneficios y los potenciales riesgos de acceder a información sobre prácticas de cuidado de la salud sexual y reproductiva a través de canales alternativos a los servicios de atención ginecológicos formales.

4.1 Pruebas y soportes desde la sociología de la individuación

Los aportes de la sociología de la individuación permiten identificar y caracterizar las principales pruebas a las que están sometidas las jóvenes lesbianas y heterosexuales en el marco de la consulta ginecológica. La noción de prueba permite comprender el proceso en materia de cuidado de la salud sexual y reproductiva de las mujeres, que comienza a partir del inicio de sus trayectorias ginecológicas y pareciera extenderse a lo largo de toda su vida. La noción de prueba existencial “propone una articulación analítica entre grandes procesos sociales y experiencias individuales” (Araujo y Martuccelli, 2010: 83), permitiendo articular dos niveles. Por un lado, permite analizar, partiendo de las experiencias de los individuos, las principales pruebas de una sociedad. Por otro lado, la noción permite interesarse por las maneras efectivas como los individuos lidian contra las pruebas (Martuccelli y De Singly, 2012). Partir del estudio de la individuación por las pruebas tiende un puente entre el análisis situacional y el sociocultural e histórico. En otras palabras, da cuenta de “cómo partiendo de las experiencias de los actores, es posible –inductivamente- dar cuenta de procesos estructurales” (Martuccelli, 2010: 26-27).

Tal como se ha desarrollado en el Capítulo 2, pese a que cada trayectoria supone una experiencia particular y única, las trayectorias ginecológicas de las mujeres entrevistadas presentan una serie de rasgos comunes que permiten delinear determinados tipos de recorridos en cada grupo de mujeres usuarias. De este modo, se señaló cómo las entrevistas a las jóvenes lesbianas y heterosexuales dan cuenta de ciertos acontecimientos y/o quiebres importantes en las trayectorias biográficas (Leclerc-Olive, 2009) de cada una de las mujeres –independientemente de su orientación e identidad sexual- que las impulsan a asistir por primera vez a una consulta ginecológica. Se destacó cómo de acuerdo con los relatos de las entrevistadas, y tal como señalan Brown y Tamburrino (2011) y Brown y Pecheny (2012), entre dichos acontecimientos se encuentran, tanto entre las mujeres heterosexuales como entre las lesbianas, la proximidad de la primera menstruación, la cercanía o concreción de la primera relación sexual con un varón –en el caso de las

mujeres lesbianas previamente a autoidentificarse como tales-, la búsqueda de pastillas anticonceptivas indicadas profesionalmente, y/o inconvenientes de salud.

Como se señaló en el Capítulo 2, tanto las jóvenes lesbianas como las heterosexuales entrevistadas inician sus trayectorias ginecológicas de modos similares a raíz de determinados hechos significativos en sus vidas. El problema de la salud sexual y reproductiva tiene un momento originario o fundacional en la vida de las mujeres: previamente a dichos acontecimientos el problema de la salud sexual y reproductiva no es considerado como tal, e incluso, en algunos casos, ni siquiera se llega a problematizar. Empezar a asistir regularmente a las consultas ginecológicas a partir de ese momento fundacional constituirá el inicio de una prueba existencial en la vida de las mujeres entrevistadas desde ese momento en adelante. Ahora bien, a partir de ese momento originario en su preocupación por el cuidado de la salud sexual y reproductiva, las mujeres entrevistadas no solo tendrán que enfrentarse a la prueba de concurrir a servicios de atención ginecológicos, sino también a la prueba de convertirse en expertas en el manejo de un cierto lenguaje técnico para poder desenvolverse en las visitas médicas y poder traducir lo aprendido en prácticas de cuidado.

En este punto, cabe recordar el testimonio de Julieta mencionado en el capítulo anterior, que pone de relieve cómo las mujeres reconocen incluso tomar apuntes en las consultas ginecológicas con el objetivo de no olvidarse ningún detalle de las explicaciones que pudieran proveerles los y las profesionales:

- ¿Y alguna vez te fuiste sin haber preguntado algo que te parecía importante saber o algo que necesitaste que te explicara mejor y sentís que no te lo explicó lo suficiente?

- Sí, me ha pasado, sí, sí, capaz de no haber podido como profundizar o haber preguntado algo más, o... o sí, capaz te dicen tantas cosas como... me acuerdo capaz de alguna vez de salir y anotarme cosas o capaz, no sé si en el mismo consultorio capaz estar anotando lo que me decía pero sí como salir y anotarme... (Julieta, mujer heterosexual de 30 años)

Ahora bien, si las mujeres heterosexuales entrevistadas deben enfrentarse a las pruebas de asistir a servicios de ginecología a partir de puntos de inflexión en sus vidas y de adquirir cierta expertización en relación a la temática de salud sexual y reproductiva, las mujeres lesbianas entrevistadas tienen que enfrentarse –además de a dichas pruebas- a la de una consulta ginecológica guiada por su presunción de heterosexualidad (Brown, 2006; Petracci y Ramos, 2006; Brown et al., 2007; Pecheny et al., 2011; Brown et al., 2014). Respecto de esto último, Eugenia, que es estudiante

de segundo año de la Carrera de Medicina y –además- se asume públicamente como lesbiana, denuncia la invisibilización que realizan los y las profesionales de la salud de las mujeres lesbianas, al momento de hablar de prácticas de cuidado en relaciones sexuales entre mujeres y de prevención de infecciones de transmisión sexual:

[...] Yo hace poco hice un curso de vacunación y el chabón, el profesional era un tipo grande, el doctor ¿viste? y... como que se notó que al chabón no le gustaban mucho los gays, no lo dijo despectivo pero... [...] y... nada, hablando del tema de la hepatitis que se transmite como el sida por transmisión sexual, eh... en el PDF decía tipo transmisión sexual entre heterosexuales, o sea, decía hombre y mujer o transmisión sexual entre hombre y hombre y tipo... [...] Y yo tipo al rato, después que terminó el curso, estaba con un compañero y le dije “Che, ¿sabés qué me llamó la atención?, ¿entre las mujeres no se contagia?”. [...] “Qué sé yo”, le dije a mi compañero, “será porque no hay penetración y fluidos”. [...] “¿Será por eso?”, le digo, o sea, ese es mi razonamiento, no sé. No se lo pregunté al médico porque me dio cosa. [...] simplemente leyó el PDF “Se transmite entre hombre-hombre u hombre y mujer”, ¿viste? Pero es como que queda re limitado porque ahí si vos sos profesional, o sea, si vos querés prevenir, porque estaba hablando de prevención de la vacuna, está quedando un grupo afuera. O sea, y... ¿las bisexuales o las lesbianas? No se cuidan, no importa. [...] tiene que haber más información, o sea... (Eugenia, mujer lesbiana de 24 años)

Tal como se desprende del relato de Eugenia, y como se señaló en el capítulo anterior, las principales pruebas a las que están sometidas las jóvenes lesbianas entrevistadas son su invisibilización –no necesariamente consciente o intencional- por parte de los y las profesionales de la salud y la falta de una atención médica específica sobre cuidados particulares en relaciones sexuales entre mujeres.

Para hacer frente a estas pruebas, las mujeres lesbianas y heterosexuales entrevistadas disponen de un conjunto de soportes. Los *soportes* son aquellos medios materiales, sociales, simbólicos y afectivos gracias a los cuales los individuos, en un momento determinado, logran sostenerse en el mundo y resistir a ciertas pruebas extremas de su existencia; es decir, el conjunto de elementos, materiales e inmateriales, que los vinculan a sus contextos (Martuccelli, 2007, 2010). Es debido a estos soportes de los que disponen las personas que las mismas pueden sostenerse como individuos. Sin embargo, aquello que puede funcionar como un soporte para una persona no necesariamente le sirve a otra (Martuccelli, 2006). Los soportes pueden ser formales (como por ejemplo, los servicios de atención ginecológicos) o informales (tales como los espacios de sociabilidad entre pares y/o el acceso a información a través del uso de internet).

¿Cuáles soportes adquieren mayor relevancia en cada grupo de mujeres? Para responder a dicho interrogante se recuperarán, en primer lugar, las experiencias de las mujeres heterosexuales, para luego introducir las de las mujeres lesbianas.

4.2 Soportes formales en las experiencias de las mujeres heterosexuales: el rol prioritario de los servicios de atención ginecológicos

Tal como se trabajó en los Capítulos 2 y 3, las mujeres heterosexuales entrevistadas se muestran críticas hacia el trato que reciben de los y las profesionales de la salud en sus consultas ginecológicas. Dichas críticas refieren a determinadas cualidades de la personalidad que deberían desarrollar los y las profesionales, y de las que –según las entrevistadas- en algunas ocasiones carecen:

- *¿Retrasarías tu consulta con el ginecólogo o la ginecóloga por algún motivo? ¿O por qué razón creés que las mujeres retrasan su consulta?*

- Esto, como por el trato que reciben del médico, claramente, o sea, para mí es como un trámite que digo “Uy, qué fiaca”, para mí es como ya un tema ir al ginecólogo, obviamente a un montón de mujeres les pasa, pero sí, si lo retraso, las veces que como... bueno, es esto de buscar a alguien, ¿no?, sí, obviamente la gente no quiere volver a un lugar donde no te escuchan, no te registran, te tratan mal. [...] entiendo que capaz hay mujeres que lo tramitan como más ligero y es bueno, voy, es un trámite, qué me importa... a mí sí me importa, [...] y o sea, no, los médicos son tremendos. (Julieta, mujer heterosexual de 30 años)

Tal como se desarrolló en el Capítulo 2, entre las características que las mujeres entrevistadas rescatan como positivas de los y las profesionales se encuentran: la empatía, la contención, la afinidad, el clima de confianza generado en la consulta, y la escucha atenta y no prejuiciosa. Las críticas de las mujeres heterosexuales hacia los servicios de atención ginecológicos giran en torno a las cualidades personales de los ginecólogos y las ginecólogas, pero no se dirigen hacia el contenido mismo de la información que los y las profesionales proveen en materia de cuidado y de prevención de la salud sexual y reproductiva –a diferencia de lo que, como se ha visto en los capítulos anteriores, sucede en el caso de las lesbianas-.

Las mujeres heterosexuales entrevistadas no problematizan en principio otras prácticas de cuidado de la salud sexual y reproductiva que no implican necesariamente asistir a las consultas ginecológicas de manera regular. Incluso en aquellos casos donde las mujeres entrevistadas no concurren a sus visitas médicas, esto último es visto como estar en “falta”, y son las madres de las jóvenes y sus amigas las encargadas de recordarles la importancia de consultar:

- *¿Retrasarías tu consulta al ginecólogo o la ginecóloga por algo?*
- Sí. De hecho, la entrega de resultados ... es el primer año de mi vida que tengo los resultados pero no se los llevé. Ya estoy en una gran falta. Y mi mamá me lo recuerda: “No volviste. No volviste a lo de Norma [su ginecóloga]”. Es verdad. Yo tengo amigas que no van, por ejemplo, y de hecho yo soy la que insiste para que vayan. No sé por qué pero soy la que dice “che, tenés que ir a la consulta”. Yo porque soy una hipocondríaca, entonces es imposible que yo no te vaya a hacer un control de una enfermedad prevenible. Olvidate. Ecografía mamaria me hago dos veces al año. Yo más que nada por cagona, la verdad. Porque prevengo enfermedades. Y es como una manera fácil ... qué sé yo, al menos yo lo tengo como muy instaurado ya familiarmente, de muy chica, lo de ir a la ginecóloga de mi vieja. Mi vieja sí va todos los años. Si no voy, mi vieja me lo recuerda. Entonces es medio como un hábito. (Laura, mujer heterosexual de 28 años)

El testimonio de Laura da cuenta de cómo asistir a las visitas ginecológicas es una rutina en la que las madres socializan a sus hijas desde chicas. También da cuenta de cómo los espacios de sociabilidad (Pozzio, 2011) entre mujeres heterosexuales funcionan como un medio para recordarles a estas mujeres la importancia de internalizar un imperativo del cuidado (Brown, 2004; Torres, Miranda-Ribeiro y Machado, 2008) de la salud sexual y reproductiva. Asimismo, pone de relieve cómo las jóvenes heterosexuales entrevistadas depositan una confianza en el saber experto de los ginecólogos y las ginecólogas que no solo legitima a la información que proveen, sino también a ellos mismos o ellas mismas en tanto profesionales.

Para las mujeres heterosexuales entrevistadas, el o la profesional que las atiende cumple un rol central en tanto soporte para responder a sus necesidades de salud. Estas últimas son caracterizadas como problemas de atención médica,¹² y mantienen así la validez del paradigma médico (Biagini, 1996). Es decir, las mujeres heterosexuales entrevistadas confían en los expertos médicos y en la aplicación de su conocimiento racional, científico y técnico (López-Arellano y Blanco-Gil, 1994) para resolver sus necesidades de salud. Este tipo de conocimiento es manejado por una clase especial de ejercientes que se reservan tal saber (López-Arellano y Blanco-Gil,

¹² De acuerdo con Armando Arredondo y Víctor Meléndez (1992: 36-37), la atención médica es entendida como un proceso en el que se encuentran involucrados tanto el otorgante de la atención médica como el cliente. La atención médica surge como respuesta ante aquello que es percibido como una alteración de la salud o del bienestar, y que requiere de servicios y recursos para su atención. El otorgante de la atención médica y el cliente se hallan mutuamente en la utilización de los servicios, la cual se supone que debe aliviar la necesidad que desencadenó en un principio el proceso. De esta forma, el proceso de atención médica se caracteriza por ser circular: empieza con la necesidad y termina con una alteración de ésta, ya sea aliviándola parcialmente o eliminándola. Así, la utilización de los servicios de salud constituye un proceso dinámico que pone en contacto a la población usuaria y al personal de salud, para responder a una necesidad de salud determinada.

1994), y es caracterizado por los valores de especialización de la competencia técnica, universalismo, especificidad funcional y orientación colectiva, que subrayan la obligación del o la profesional de guiarse por el bienestar de la paciente (Parsons, 1966).

En el caso de las mujeres heterosexuales entrevistadas, el principal soporte con el que cuentan frente a las pruebas de comenzar a preocuparse por su salud sexual y reproductiva a partir de ciertos puntos de inflexión en sus vidas y de convertirse en expertas en la temática, lo constituyen los consejos y las recomendaciones profesionales en materia de cuidado de su salud, que les proveen los ginecólogos y las ginecólogas. Sin embargo, el hecho de que las jóvenes heterosexuales cuenten con las recomendaciones médicas como su principal soporte no significa que estas mujeres no tengan acceso a otros canales de información, sino que el uso de esos canales se halla sujeto a si la información disponible allí concuerda o no con los discursos de los y las profesionales de la salud.

Si bien las mujeres heterosexuales entrevistadas socializan entre ellas información sobre el cuidado de su salud, este fenómeno de intercambiar sus experiencias sobre prácticas de cuidado complementa y refuerza en mayor o menor medida los mensajes y discursos de los y las profesionales:

- *¿Cómo accediste a esa información sobre cómo cuidarte?*

- Por el círculo de amigas. Creo que ... entre amigas. Y cuando llegué a la universidad, la universidad tiene un espacio médico [...] que era diseñado específicamente para las estudiantes universitarias y en donde era, a costos populares o más económicos, las consultas médicas ginecológicas. [...] Fue como mi primer control ginecológico en la universidad. O sea, en ese espacio de la universidad y ahí empecé a acceder a información. Me acuerdo que siempre colocaban en los televisores información y recuerdo perfectamente conocer un poco sobre lo que era el HPV, todas estas cuestiones. Y me acuerdo que, en su momento, funcionaba muy bien. Y repartían preservativos gratuitos. Creo que fue el acceso más formal de acceso de información. Y lo otro como que por las mías. (Jazmín, mujer heterosexual de 32 años)

- *En relación con el sistema de salud, ¿alguna vez fuiste al ginecólogo?*

- Sí. En una época iba muy seguido. Hasta hace dos años. Iba todos los años, me hacía un chequeo pero sobre todo porque una bisabuela había tenido cáncer de mama. Entonces, nada, iba. Y también para preguntarle ... lo de la ovulación ... bueno, cuando empecé a tomar las pastillas ... si el preservativo era confiable. Como que siempre mis dudas, si bien las hablaba con mis amigas, después iba ahí y preguntaba. (Nadia, mujer heterosexual de 31 años)

Los relatos de las entrevistadas ilustran cómo, para las mujeres heterosexuales, este tipo de intercambio de información opera como una herramienta complementaria a los discursos y las recomendaciones médicas. Es decir, frente a los discursos de los ginecólogos y las ginecólogas, los espacios de sociabilidad (Pozzio, 2011) entre amigas permiten complementar esa información pero no cuestionarla.

Por otro lado, si bien las mujeres heterosexuales entrevistadas reconocen que es posible acceder a información sobre prácticas de cuidado de la salud sexual y reproductiva mediante el uso de internet, desconfían de la información que pueden obtener allí debido al origen incierto de la misma:

- *Si los varones tuvieran alguna duda con estos temas, sobre sexualidad, sobre maneras de cuidarse ¿a quién pensás que recurrirían?*

- ¿Con quién lo pueden hablar? [...] Me imagino que lo googlearán y encontrarán pelotudeces, que tampoco sirve para nada. No creo que lo resuelvan ... porque, en familia, no lo van a hablar; con amigos, pueden llegar a comentar si no es algo muy ... pero ninguno lo salva porque no sirven para nada. Para mí lo googlean y, en una situación extrema, no sabrían a dónde ir y le preguntarían a una mujer y la mujer le dirá “andá a un urólogo”. (Laura, mujer heterosexual de 28 años)

- *¿Cuál se te ocurre que puede ser una forma de difundir información sobre salud sexual y reproductiva?*

- Yo creo que estaría buenísimo contratar a sexólogos y que vayan a escuelas. O charlas abiertas a la comunidad [...] Pero para mí estaría re bueno que se difunda más, sobre todo cuando uno es más chico y está en plena adolescencia. [...] Poder dar esa información ya en ese momento de la vida. Y no que sea una vez, una charla; una vez al año esa charla. Como que haya un espacio ... [...] Como algo que esté, que tenga una continuidad. [...] que vaya un sexólogo, después una ginecóloga, después un médico clínico ... un psicólogo podría ser también. Pero como un espacio abierto a eso y en ese momento de la vida, en el que por ahí uno tiene muchas preguntas y ... nada. Además, con Google y todo, es como que hay mucha información pero andá a saber. (Nadia, mujer heterosexual de 31 años)

Al desconocerse la fuente de la información disponible en internet, las jóvenes heterosexuales entrevistadas desconfían de su calidad. De esta forma, los relatos de las entrevistadas permiten contraponer el peligro que conlleva, para un cuidado adecuado y responsable de la salud, acceder a información errónea y mitos en internet, versus disponer de canales oficiales donde la información sea provista por profesionales preparados y preparadas para tal fin. La cita anterior ilustra de esta manera la contraposición que hacen las mujeres heterosexuales entrevistadas entre el saber experto encarnado en los y las profesionales de la salud versus el saber de la

doxa, es decir, el saber lego y de sentido común. “Ir al médico” es visto como una instancia necesaria para el cuidado de la salud; y en ese proceso, son las mujeres las encargadas de instruir a los varones respecto de dónde es conveniente consultar. Así pues, para que la información sobre prácticas de cuidado de la salud sexual y reproductiva sea considerada confiable por las mujeres heterosexuales, la misma debe tener como fuente el saber experto.

Sin embargo, dicho conocimiento técnico, para hallarse legitimado, no puede ser provisto por cualquier profesional, sino que tiene que provenir de los ginecólogos o las ginecólogas de confianza que las atienden:

- *¿Fuiste siempre a la misma [ginecóloga]?*

- Ehm ... fui siempre a la misma. Intenté cambiar una vez y fui a otra. Pero con mi mamá tenemos un tema ahí con los médicos. Me acuerdo que, cuando fui a la otra, fui nada más para llevarle los estudios de rutina y como para empezar a tenerla como ginecóloga de cabecera. Si bien era una persona que le habían recomendado a mi vieja ... mi vieja tiene como un cuerpo de médicos muy arraigado en los que confía. Y entonces es como difícil salirse de eso porque la conocemos a la mina como profesional y, como sabemos que es muy buena, entonces siempre que te pasa algo: “¿por qué no le vas a consultar?”. O sea, siempre termino con ella. (Laura, mujer heterosexual de 28 años)

El testimonio de Laura pone de relieve no solo la valoración positiva que hacen las mujeres entrevistadas del saber técnico de los y las profesionales, sino también la importancia que las mujeres le atribuyen al hecho de que ese saber sea provisto por sus ginecólogos o ginecólogas de confianza. El relato de Laura da cuenta de cómo el nexo entre la usuaria y el o la profesional es generado por una mujer cercana a la usuaria —en este caso, su madre—, y cómo esto último contribuye “en la construcción de un lazo que genera la confianza y tranquilidad para atravesar ese hito que se enlaza con otros eslabones de lo que el ser *mujer* implica en estas sociedades” (Brown et al., 2007: 4; las itálicas son de las autoras y autores). De este modo, los espacios de sociabilidad (Pozzio, 2011) entre mujeres heterosexuales funcionan como un medio para conocer y recomendarse ginecólogos y ginecólogas de confianza, que les transmitan seguridad en el ámbito de la consulta:

[...] después cambié a otra que me la recomendó una amiga, pero no como de primera mano, sino como de amigas que habían ido de la obra social que yo tenía, y fui y la primera consulta fue como de diez, dije “Caí con mi ginecóloga”. (Julieta, mujer heterosexual de 30 años)

Aún en aquellos casos donde las jóvenes heterosexuales entrevistadas cuestionan el saber médico, su principal soporte continúa siendo, no obstante, recurrir

a un o una profesional conocido o conocida de confianza, que pueda responder a sus necesidades e inquietudes de salud:

O sea, como que me parece que a veces [los médicos] bajan línea de más y todo eso. Y no me cabe. Y creo que sí, que tener a mi viejo médico influye. [...] Mi vieja aparte también, no es médica pero le faltó una materia para terminar Medicina, entonces... hablan un montón. [...] En general la línea que bajan [los médicos] “no tengo idea pero pienso así a priori que está medio mal”. Además que eso es algo que yo no estaría de acuerdo. Entonces prefiero investigar por mi cuenta y preguntarle a mi viejo. (Melina, mujer heterosexual de 30 años)

Si bien en algunas ocasiones las jóvenes heterosexuales se reapropian los discursos médicos de manera crítica, no problematizan otras prácticas de cuidado que no implican necesariamente consultar a profesionales de la salud de confianza y recurrir a su conocimiento técnico como fuente de saber. Este cuestionamiento queda restringido a determinados o determinadas profesionales y sus cualidades personales, pero no se dirige hacia el contenido mismo de su formación.

Los espacios de sociabilidad (Pozzio, 2011) entre mujeres heterosexuales permiten no solo, como se señaló en párrafos anteriores, intercambiar información sobre prácticas de cuidado de la salud sexual y reproductiva, sino también generar vínculos con ginecólogos y ginecólogas de confianza. Ahora bien, dichos espacios funcionan a modo de canales complementarios a los servicios de atención ginecológicos y no cuestionan los fundamentos mismos del saber médico dominante. Aun cuando en algunas ocasiones sean críticas respecto del trato de los y las profesionales de la salud, en el caso de las mujeres heterosexuales entrevistadas persiste una confianza en el saber experto de los y las profesionales –en particular, de los ginecólogos y las ginecólogas de confianza que las atienden- al momento de informarse sobre prácticas de cuidado de la salud sexual y reproductiva.

4.3 En los “márgenes” del Estado: el rol de los soportes informales en las experiencias de mujeres lesbianas

Tal como se ha desarrollado en los Capítulos 2 y 3, las consultas ginecológicas se basan en una construcción del problema público de la salud sexual y reproductiva de las mujeres como un problema de salud (hetero)sexual y reproductiva. Como se trabajó en los capítulos anteriores, esta construcción del problema en tanto salud (hetero)sexual y reproductiva discrimina, invisibiliza y excluye a las mujeres lesbianas de las consultas ginecológicas. El hecho de que la visita ginecológica se

desarrolle bajo la presunción de heterosexualidad de las mujeres es reconocido por las jóvenes lesbianas entrevistadas. Estas últimas –como se señaló en el Capítulo 3- afirman no recibir –por parte de los y las profesionales- el asesoramiento y la información necesarios para llevar, *a priori*, una vida sexual cuidada:

- *¿Y la nueva [ginecóloga] cuando vos le dijiste que salías con chicas, que tenías relaciones con chicas, te explicó algo sobre cómo cuidarte?*

- No. Ninguno de los tres [ginecólogos y ginecólogas].

- *Cuando vos le dijiste que tenés veintiséis años y que sos lesbiana, ¿[la ginecóloga] te preguntó si te cuidabas?*

- Me preguntó si estaba hace mucho tiempo con la persona que estaba. Yo le dije que sí y... me preguntó si había una relación monogámica y yo le dije que sí. No, como que no me habló de cuidado. Yo creo que no tienen ni idea o por ahí sí y no lo tienen muy claro. (Ana, mujer lesbiana de 26 años)

¿Qué hacen las mujeres lesbianas entrevistadas frente a la falta de una atención ginecológica adecuada por parte de los y las profesionales? Al igual que las jóvenes heterosexuales entrevistadas, las mujeres lesbianas señalan tener acceso a canales de información alternativos a los servicios de atención ginecológicos. Tanto en mujeres heterosexuales como en aquellas que tienen relaciones que difieren de la matriz heterosexual, existe el fenómeno de intercambiar información sobre prácticas de cuidado de la salud sexual y reproductiva, y/o de acceder a canales alternativos a los servicios ginecológicos. Sin embargo, los modos en que las jóvenes lesbianas entrevistadas utilizan estas redes de información alternativas difieren de los usos que hacen sus pares heterosexuales.

Mientras que para las mujeres heterosexuales estos canales de información son útiles en la medida que refuerzan y complementan a las recomendaciones médicas; en el caso de las mujeres lesbianas entrevistadas, los mismos constituyen los principales soportes con los que cuentan para responder a sus necesidades y dudas en materia de salud sexual y reproductiva. En otras palabras, si en el caso de las jóvenes heterosexuales, las redes de contención e información alternativas operan como una herramienta complementaria a los discursos de los y las profesionales; para las mujeres lesbianas funcionan como soportes que suplen las deficiencias del modelo ginecológico tradicional:

[...] hay muchas organizaciones, particularmente conozco una que es la de XXX,¹³ que tipo salió muy fuertemente a decir que es mentira que entre lesbianas no se contagia el VIH. Este... y que hace poco estuvo circulando tipo que entre mujeres no habría riesgo de... tipo no hay y la

¹³ El nombre real de la organización fue borrado para proteger el anonimato de la entrevistada.

organización tuvo que salir como... a desmitificar el mensaje de que sí puede haber contagio, hay que cuidarse, cuáles son las formas de cuidarse, porque es un mensaje como que circula como una verdad absoluta y que no es real, o sea, hay mujeres lesbianas que se han contagiado VIH. Y ha sido por prácticas sexuales entre mujeres, este... entonces es una batalla con los médicos que es como que todo el tiempo te están invisibilizando... (Paula, mujer lesbiana de 26 años)

A partir del testimonio de Paula es posible observar cómo, en el caso de las jóvenes lesbianas entrevistadas, la falta de un asesoramiento médico adecuado y su invisibilización por parte de los ginecólogos y las ginecólogas habilitan el espacio para que estas mujeres desarrollen varias estrategias que apuntan a informarlas sobre los métodos de cuidado existentes, y sobre las infecciones de transmisión sexual a las que se hallan expuestas. No obstante, el relato de Paula también pone de relieve cómo la posibilidad de intercambiar información entre pares y/o de acceder a canales alternativos a los servicios ginecológicos está mediada por las experiencias de las mujeres lesbianas en espacios feministas y militantes.

En primer lugar, las mujeres destacan la posibilidad de socializar entre ellas prácticas de cuidado sobre el propio cuerpo. Las entrevistadas destacan el rol de los grupos de militantes feministas como actores/actrices que posibilitan la circulación de información sobre métodos de promoción de la salud y prevención de infecciones de transmisión sexual. Los grupos militantes, según los relatos analizados, disponen de un nivel de expertización diferente al de las mujeres no militantes:

- *¿Y alguna vez lo hablaste con el ginecólogo como para efectivamente saber o cómo te enteraste [sobre prácticas de cuidado]?*

- Por XXX.¹⁴ Creo que el primer miércoles que llegué habían hecho un campo de látex y fue mágico, increíble y ahí me enteré, también que bueno se pueden usar guantes, film, lo que sea. [...] las distintas formas de cuidarnos, y... Que había riesgos lo sabía pero no tan claro. En realidad, todo o la gran mayoría de lo que aprendí lo aprendí con las chicas, sí. De hecho tienen unos trabajos muy buenos de salud, de violencia, son muy copados. [...] Es re común que entre lesbianas no se hable del tema, a menos ya, esto que seas o una activista o militante o tengas contacto con, no tenés idea. Yo creo que la tonta del barrio no tiene la más pálida idea de cómo cuidarse y es un bajón. (Verónica, mujer lesbiana de 23 años)

Esto último deja entrever ciertas diferencias entre –en palabras de Ana– aquella “gente que la tiene re clara” y aquellas mujeres no militantes. Las jóvenes lesbianas entrevistadas señalan que los espacios de activismo y militancia poseen un

¹⁴ Aquí también el nombre real de la organización fue borrado para proteger el anonimato de la entrevistada.

conocimiento técnico en relación a la temática de salud sexual y reproductiva mayor que el de los y las profesionales de la salud. De este modo, a diferencia de las mujeres heterosexuales, para quienes los y las profesionales constituyen la figura de autoridad para informarlas sobre los métodos de promoción y de cuidado de la salud sexual y reproductiva; las jóvenes lesbianas entrevistadas depositan en los grupos de militantes feministas la fuente de saber y de conocimiento experto legítimo en la temática debido a su *experiencia* (Bach, Roulet y Santa Cruz, 1997). En este contexto, para las mujeres lesbianas militantes su experiencia es una forma de saber tan legítima como el conocimiento científico más “objetivo” y “riguroso”:

[...] [la ginecóloga] me dijo que no manejaba esa información y que ella estaba como muy ávida por saber. A ver, cuando pienso estás muy ávida por saber, hay espacios. Espacios en los que vos te movés, que son exclusivamente médicos, seguramente no están trabajando este tema. No se ponen de acuerdo o qué, pero andá y metete en cualquier círculo feminista y te darán una clase práctica sin duda y te van a mostrar, eh... (Celeste, mujer lesbiana de 32 años)

Los relatos de las entrevistadas dan cuenta de cómo aquellas mujeres que han transitado espacios de activismo y militancia feminista encuentran en esas instancias soportes esenciales para informarse y responder a sus dudas sobre prácticas de cuidado en sus relaciones sexuales con mujeres. Es decir, los testimonios de las jóvenes lesbianas entrevistadas ilustran que transitar estos espacios de sociabilidad (Pozzio, 2011) constituye para ellas un soporte fundamental para llevar, *a priori*, una vida sexual cuidada, aun cuando luego generalmente no la implementen en la práctica por estar “convencidas de que a mí no me va a pasar”:

- ¿Y alguna vez te enteraste de métodos de cuidado y cómo?

- Sí, por internet, este... En realidad por contactos y eso, que militan y que activan. Y que hacen volantes y diseños con el tema de los cuidados, cómo cortar un preservativo con el campo de látex, este... guantes, etc., fue más por ver así por redes, también por ver materiales específicos en actividades tipo de visibilidad lésbica o la Marcha del Orgullo, este... y después no sé. Creo que busqué como para saber, pero más por una iniciativa propia que por una cuestión educativa. En la escuela jamás nos enseñaron, no somos de la época de la ESI [Educación Sexual Integral]... (Paula, mujer lesbiana de 26 años)

Una estrategia que desarrollan estos espacios de sociabilidad es la de informar a las mujeres entrevistadas cuáles son los servicios de salud “amigables” respecto de su orientación e identidad sexual. Los grupos de militantes feministas cumplen un rol esencial en la medida que son quienes informan sobre servicios de salud afines y amigables a las necesidades de las mujeres lesbianas:

[...] También es verdad que como que las formas de cuidado entre lesbianas las aprendí gracias a la solidaridad lésbica, gracias a que existen lesbianas que se han puesto a cargar videos en YouTube, han escrito cosas, y las amigas que una tiene que... yo tengo puntualmente una amiga que se cuida, eh... y nada, me ha explicado bastante cuáles son las formas de cuidado y todo eso, más allá que más o menos me imaginaba. Pero en realidad me parece que ahí se juega algo entre la solidaridad lésbica en el colectivo, que son formas, para mí, de autocuidado, digamos, y también de autocuidado entre nosotras y también de defensa frente a un sistema, digamos, heteronormativo, que no te da ninguna información y que todo el tiempo te está poniendo como sujeto o sujeta anormal porque no entrás en esa norma. Bueno, algo tenés que hacer y como forma de resistencia, me parece que están buenos esos recorridos, digamos, que han hecho algunas lesbianas con respecto a transmitir la información, como también existe, bueno, nada, “Recomendame a la ginecóloga copada”, digamos, con mirada, perspectiva de género, digamos, no heteronormativa, bueno, y eso existe. (Mercedes, mujer lesbiana de 28 años)

Las redes de militancia suponen para las jóvenes lesbianas entrevistadas ejemplos de soportes (Martuccelli, 2006, 2007, 2010) que les permiten resistir y hacer frente a un sistema médico que no les brinda los recursos necesarios para que puedan satisfacer sus necesidades en materia de salud sexual y reproductiva. Al no sentirse interpeladas por los discursos de los y las profesionales de la salud, ya que su orientación e identidad sexual rompen con ese discurso médico hegemónico, las jóvenes buscan redes de contención e información alternativas. Estos canales de información alternativos a los servicios de atención ginecológicos pueden ser físicos y/o virtuales, y dotan a las mujeres entrevistadas de saberes que funcionan en un sentido práctico (Brown et al., 2013), en pos de suplir la falta de una atención ginecológica adecuada.

De acuerdo con los relatos de las entrevistadas, entre dichas redes informales se destacan: en primer lugar, y tal como señala Paula, recurrir a internet en busca de información. En segundo lugar, socializar información sobre prácticas de cuidado a partir de experiencias personales: tener “una amiga que se cuida” –como señala Mercedes- permite tener una referente formada en la temática, que les transmite a sus pares sus conocimientos y saberes. En tercer lugar, recomendar a través del boca en boca profesionales “amigables” respecto de la orientación e identidad sexual de las jóvenes. En cuarto lugar, y por último, asistir –como hace Verónica- a los “grupos de encuentro” llevados a cabo por organizaciones de mujeres lesbianas para conversar con “las chicas” acerca de algunos temas, como por ejemplo, “de salir del closet con

el ginecólogo, del campo de látex”, la violencia que sufren en la calle, las relaciones con sus parejas y sus prácticas de cuidado.

Al mismo tiempo que una mujer se informa sobre prácticas de cuidado por vías alternativas y frecuenta espacios de activismo y militancia feminista, también puede fomentar que una joven que no está interiorizada en el tema incorpore prácticas de cuidado. Estas redes de militancia operan como agentes de promoción de la salud en poblaciones que, teniendo prácticas sexuales no exclusivamente heterosexuales, no obstante construyen representaciones sociales donde las prácticas de cuidado de la salud sexual y reproductiva son solamente necesarias de llevar a cabo en relaciones coitales-vaginales:

Soledad no iba al ginecólogo, la primera vez que fue, fue después de dos años que estuvimos juntas y le dije “Andá, tenés que ir”, “No, pero si no estoy con un chico”, “Igual, tenés que ir igual. Por más que no haya una penetración de un pene, tenés que ir igual porque tenés que ir ya”, y nada, logré que vaya. (Verónica, mujer lesbiana de 23 años)

En este punto cabe distinguir entre aquellas mujeres lesbianas que tienen trayectorias en espacios de activismo y militancia feminista y, por lo tanto, poseen conocimientos y expertización en relación a la temática de salud sexual y reproductiva, de aquellas que nunca circularon por esas instancias. En el caso de las jóvenes lesbianas no militantes, no existe –según los relatos de las mujeres entrevistadas- este tipo de sensibilización en materia de cuidado y la información a la que acceden es mayoritariamente nula. Es decir, estas mujeres no tienen, en general, acceso a información. En efecto, entre las jóvenes no militantes entrevistadas se evidencia un interés menor en la búsqueda de información alternativa a la provista por los ginecólogos y las ginecólogas. De esta forma, la falta de prácticas de cuidado en sus relaciones sexuales sería la única opción posible en la medida que no tienen acceso a la misma información que sus pares militantes. En consecuencia, las jóvenes lesbianas no militantes se encuentran en una posición incluso mayor de vulnerabilidad social (Ayres et al., 2006) en relación a sus pares militantes:

- *[La ginecóloga] ¿te supo decir qué métodos tenías para cuidarte?*

- No, no me dijo.

- *¿Solo te dijo “te podés contagiar cosas”, pero no te dijo qué te podés contagiar?*

- Claro, igual yo le valoré que hasta me haya retado. Sí, bueno, pero no sé en realidad cuáles son los métodos.

- *¿Y después de eso vos fuiste a averiguar, escuchaste alguna vez algo?*

- Escuché de cosas que me parecieron hasta te diría absurdas, pero no, nunca probé y no me informé tampoco. Sé que está mal.

- *¿Y circula información?, no sé, qué sé yo, “che, fijate tal página que te explican cómo cuidarte”.*

- Ni en pedo, no, no. [...] Mirá, yo hoy no tengo ni idea eh... de qué métodos para cuidarse hay para las chicas. Sin embargo, de preservativos para hombres, sí, está en todos lados. [...] Yo no tengo ni idea de eso. No sé, capaz fue falta mía no preguntarle qué métodos tengo para cuidarme, a mi ginecólogo. Pero... tampoco se me ocurre cómo sería un método. [...] Yo no fui nunca a estas marchas gays, pero capaz ahí estaba [la información] y yo no fui... (Clara, mujer lesbiana de 27 años)

Esta situación es susceptible de ser modificada en la medida que las jóvenes comienzan a salir con alguien que sí ha atravesado experiencias de militancia en ámbitos feministas. Estos espacios de militancia feminista pueden funcionar como promotores de la salud sexual y reproductiva. Al mismo tiempo, pueden ayudar a las mujeres entrevistadas a enfrentar la prueba de tener que convertirse en expertas en la temática:

- [...] por ejemplo el Encuentro de Mujeres, no sé, creo que en cada ronda se habla de cómo cortar un forro o lo que sea y... de eso, pero es más como metiéndote en el ambiente feminista que se charla un poquito más. Si no, no y se nota que no hay ideas, como ¿no te cuidás porque elegís no cuidarte o no te cuidás porque no sabés cómo hacerlo? Creo que es más el desconocer que el elegir no hacerlo. Cuando empecé a buscar fue francamente porque sí, porque me empezó a agarrar como miedo, no me estoy cuidando, no conozco a la persona con la que estoy y demás, y empecé como a hacerme controles más seguidos, de hecho, pero después, cuando empecé a meterme en ambientes más feministas, con el boom de cuidémonos todas, unas a otras, como más social que personal.

- *¿Y cómo empezaste a meterte?*

- Por mi pareja actual. (Ana, mujer lesbiana de 26 años)

El testimonio de Ana ilustra cómo las jóvenes lesbianas que transitan espacios de activismo y militancia feminista reconocen de manera crítica el hecho de no implementar prácticas de cuidado en sus relaciones sexuales con mujeres. A diferencia de las jóvenes lesbianas no militantes, para quienes –como se señaló en párrafos anteriores– no llevar una vida sexual cuidada sería la única opción posible; en el caso de aquellas mujeres que tienen experiencias de militancia en ámbitos feministas, se critica el hecho de no cuidarse, aun cuando en general afirman no hacerlo:

[...] Y era un tema de conversación [con mis parejas mujeres] hasta muchas veces el tema del cuidado. Era “¿Por qué no nos cuidamos?”, o sea, esta cuestión de discutirlo también entre nosotras “¿Che por qué no nos cuidamos?” y teníamos en común siempre esto de sabemos que está naturalizado y sabíamos que había que hacerlo, por qué cuando estuvimos por primera vez no nos cuidamos. Flaca, no te conocía. Te conocía más o menos, ponele, algo así, pero no te conocía, qué sé yo. Cuando miro para

atrás esas situaciones, digo ¡qué pelotuda! Pero al no llevarlo a la práctica nunca es como... no sé, lo naturalicé, me pasó eso. (Mercedes, mujer lesbiana de 28 años)

Pese al despliegue de estas estrategias, las entrevistadas reconocen que no alcanzan para hacer frente a las necesidades de salud específicas de la población de mujeres lesbianas. En tal sentido, recomiendan la existencia de un sistema de atención integral que combine la acción de lugares militantes y autogestionados y la acción de organismos oficiales del Estado:

Yo creo que a los centros a los que nos acercamos las lesbianas tienen más que ver con escuelas de feminismo, el Encuentro Nacional de Mujeres. Creo que esos son los primeros lugares donde tiene que aparecer la información. [...] Yo creo que sería importante primero que sigan estando, como que... las tortas somos más amigas de lugares autogestionados y qué sé yo. También estaría bueno que cuando una va a un ginecólogo y le dice “Hola, yo soy lesbiana”, te diga “Bueno, estos son los métodos de cuidado”. Creo que tiene que haber, debería haber como dos grandes circuitos donde circule esta información. Por un lado, tiene que ser el autogestionado porque esos lugares, ya te digo, para mí que las tortas somos más amigas de eso y vamos a recibirlo con otra apertura lo que nos digan ahí. Y... y por otro lado, estaría buenísimo que haya información oficial de cómo hacer, estaría buenísimo, sí. (Natalia, mujer lesbiana de 26 años)

4.4 Discusión y recapitulación

El presente capítulo describió y analizó las estrategias que despliegan las jóvenes lesbianas entrevistadas para subsanar, compensar y responder a la falta de una atención ginecológica adecuada, por parte de los y las profesionales de la salud, al momento de tratar con mujeres que tienen relaciones sexuales con mujeres. Las preguntas que guiaron el análisis de las entrevistas a las mujeres lesbianas y heterosexuales fueron: a) ¿Cuáles son y qué diferencias existen entre las estrategias que despliegan estos dos grupos diferentes de mujeres usuarias para relacionarse con los discursos de los y las profesionales de la salud? ¿Se relacionan de manera diferente las jóvenes lesbianas y las heterosexuales?; b) ¿Cómo son y en qué consisten las reacciones de las mujeres lesbianas frente a profesionales que no les proveen información adecuada sobre prácticas sexuales cuidadas?; y c) ¿Qué canales alternativos existen a los servicios de atención ginecológicos? Para responder a dichas preguntas, se recuperaron los aportes de la sociología de la individuación para identificar, caracterizar y comparar las principales pruebas a las que están sometidas las jóvenes lesbianas y heterosexuales entrevistadas en el marco de la consulta

ginecológica, y los principales soportes con los que cuentan para satisfacer sus necesidades en materia de salud sexual y reproductiva.

En primer lugar, las entrevistas analizadas dieron cuenta de que empezar a asistir regularmente a las consultas ginecológicas a raíz de determinados acontecimientos y/o quiebres importantes en las trayectorias biográficas de las mujeres (Leclerc-Olive, 2009), constituye el inicio de una prueba existencial en sus vidas, que pareciera no resolverse nunca. A partir de dichos acontecimientos, tanto las jóvenes lesbianas como las heterosexuales entrevistadas no solo se ven obligadas a enfrentarse a la prueba de concurrir a servicios ginecológicos, sino también a la prueba de convertirse en expertas en el manejo de un cierto lenguaje técnico para poder desenvolverse en las visitas médicas y poder traducir lo aprendido en prácticas de cuidado.

En este punto, se señaló que mientras que las mujeres heterosexuales entrevistadas deben enfrentarse a las pruebas de asistir a servicios de ginecología a partir de puntos de inflexión en sus vidas y adquirir cierta expertización en relación a la temática de salud sexual y reproductiva; las mujeres lesbianas entrevistadas tienen que enfrentarse –además de a dichas pruebas- a las de una consulta ginecológica guiada por la presunción de heterosexualidad y su invisibilización –no necesariamente consciente- por parte de los y las profesionales. Al mismo tiempo, fue posible identificar que para hacer frente a estas pruebas, las jóvenes entrevistadas, tanto heterosexuales como lesbianas, disponen de un conjunto de soportes (Martuccelli, 2006, 2007, 2010), que pueden ser formales (como los servicios de atención ginecológicos) o informales (como los espacios de sociabilidad entre pares y/o el acceso a información a través del uso de internet).

Los relatos de las mujeres heterosexuales entrevistadas pusieron de relieve cómo las mismas depositan una confianza en el saber experto de los ginecólogos y las ginecólogas que no solo legitima a la información que proveen, sino también a ellos mismos o ellas mismas en tanto profesionales. Para las mujeres heterosexuales entrevistadas, el ginecólogo o la ginecóloga que las atiende cumple un rol central en tanto soporte para responder a sus necesidades de salud. En otras palabras, el análisis de las entrevistas dio cuenta de cómo las mujeres heterosexuales confían en los expertos médicos y en la aplicación de su conocimiento racional, científico y técnico (López-Arellano y Blanco-Gil, 1994) para resolver sus inquietudes en materia de salud sexual y reproductiva. Asimismo, se puso de relieve que el principal soporte con

el que cuentan estas mujeres frente a las pruebas de preocuparse por su salud sexual y reproductiva y de convertirse en expertas en la temática, lo constituyen los consejos y las recomendaciones profesionales en materia de cuidado, que les proveen los ginecólogos y las ginecólogas.

Si bien las jóvenes heterosexuales cuentan con las recomendaciones médicas como su principal soporte, eso no significa que estas mujeres no tengan acceso a otros canales de información, sino que el uso de esos canales se halla sujeto a si la información disponible allí está de acuerdo o no con los discursos de los y las profesionales de la salud. De esta forma, fue posible identificar que, para las entrevistadas, socializar e intercambiar información y experiencias sobre el cuidado de su salud funciona como una herramienta complementaria a los discursos de los ginecólogos y las ginecólogas. A su vez, se describió cómo las jóvenes heterosexuales desconfían de la calidad de la información disponible en internet debido al origen incierto de la misma. Por el contrario, para que la información sobre prácticas de cuidado de la salud sexual y reproductiva sea considerada confiable por estas mujeres, la misma debe tener como fuente el saber experto.

Respecto de este punto, según los relatos analizados, dicho conocimiento técnico no puede ser provisto por cualquier profesional, sino que tiene que provenir de los ginecólogos o las ginecólogas de confianza que las atienden. De este modo, el análisis de las entrevistas invitó a reflexionar acerca de cómo los espacios de sociabilidad (Pozzio, 2011) entre mujeres heterosexuales funcionan como canales complementarios a los servicios de atención ginecológicos y no cuestionan los fundamentos mismos del saber médico dominante.

Al igual que las jóvenes heterosexuales, las mujeres lesbianas tienen acceso a canales de información alternativos a los servicios de atención ginecológicos. Sin embargo, los modos en que las jóvenes lesbianas utilizan estas redes de información alternativas difieren de los usos que hacen sus pares heterosexuales de las mismas. Mientras que para las mujeres heterosexuales estos canales de información son útiles en la medida que refuerzan y complementan a las recomendaciones médicas; en el caso de las mujeres lesbianas entrevistadas, los mismos constituyen soportes que suplen la falta de una atención ginecológica adecuada.

La falta de asesoramiento médico y su invisibilización –no necesariamente consciente- por parte de los ginecólogos y las ginecólogas habilitan el espacio para que las jóvenes lesbianas entrevistadas desarrollen algunas estrategias que apuntan a

informarlas sobre los métodos de cuidado existentes. Sin embargo, la posibilidad de intercambiar información entre pares y/o de acceder a canales alternativos a los servicios ginecológicos se halla mediada por las experiencias de estas mujeres en espacios feministas y militantes.

Los grupos de militantes feministas posibilitan la circulación de información sobre prácticas de cuidado y sobre prevención de infecciones de transmisión sexual, y disponen de un nivel de expertización mayor al de las mujeres no militantes y al de los y las profesionales de la salud. Estas redes de militancia operan como agentes de promoción de la salud. Los relatos de las entrevistadas pusieron de relieve cómo aquellas mujeres que han transitado espacios de activismo y militancia feminista encuentran en esas instancias soportes esenciales para informarse y responder a sus dudas sobre prácticas de cuidado en relaciones sexuales con mujeres. En otras palabras, se describió cómo las redes de militancia suponen para las jóvenes lesbianas soportes (Martuccelli, 2006, 2007, 2010) que les permiten hacer frente a una consulta ginecológica definida en clave heteronormativa. Por el contrario, de las entrevistas a las jóvenes lesbianas no militantes surgió que estas mujeres no tienen generalmente acceso a información. Aquellas mujeres que han transitado espacios de activismo reconocen de manera crítica que no llevan adelante prácticas de cuidado. En cambio, en el caso de las jóvenes lesbianas no militantes, la falta de prácticas de cuidado en sus relaciones sexuales es considerada la única opción posible en la medida que no disponen de la misma información que sus pares militantes. Es por ello que, en principio, las jóvenes no militantes se encuentran en una posición incluso mayor de vulnerabilidad social (Ayres et al., 2006) en relación a sus pares militantes.

Por último, se señaló que a pesar de la existencia de estas redes de contención e información alternativas, las entrevistadas afirman que no alcanzan para hacer frente a las necesidades de salud específicas de la población de mujeres lesbianas. En cambio, las jóvenes proponen combinar la acción de lugares militantes y autogestionados y la acción de organismos oficiales del Estado.

El análisis de las entrevistas nos invitó a reflexionar acerca de cómo, ante profesionales de la salud que no les proveen un asesoramiento médico adecuado para llevar, *a priori*, una vida sexual cuidada, las mujeres lesbianas entrevistadas desarrollan canales de información alternativos a los servicios de atención ginecológicos para satisfacer sus demandas y necesidades de salud. Sin embargo, y para finalizar, resulta necesario preguntarse hasta qué punto estas vías de contención e

información alternativas a los circuitos estatales de atención son suficientes para suplir las deficiencias del modelo ginecológico tradicional y subsanar la falta de una atención adecuada. En otras palabras, es necesario indagar hasta qué punto la información que circula por estos canales es siempre confiable y/o puede perjudicar la salud de las mujeres en cuestión. Sin dejar de reconocer lo valiosos que son estos espacios de sociabilidad y los movimientos de mujeres para pensar políticas públicas integrales en salud sexual y reproductiva, la pregunta que surge es hasta qué punto las ventajas que conllevan estas redes se ven limitadas por la posibilidad de encontrarse con información errónea y/o no necesariamente corroborada, que podría afectar y poner en riesgo la salud de las mujeres lesbianas. Sobre este último punto se prestará especial atención en las conclusiones de esta tesis.

Capítulo 5: Principales hallazgos y conclusiones

La investigación que da pie a la presente tesis se propuso responder a la siguiente pregunta-problema: ¿cuáles son y qué diferencias existen entre las experiencias de jóvenes lesbianas y heterosexuales en el marco de sus trayectorias de atención ginecológica? El objetivo general que guió la indagación fue analizar y comparar las experiencias de jóvenes lesbianas, por un lado, y de jóvenes heterosexuales, por otro, en las consultas ginecológicas en el Área Metropolitana de Buenos Aires.

La tesis recuperó un abordaje metodológico cualitativo, siguiendo un enfoque interpretativo. La investigación buscó comprender los significados y sentidos de las acciones de las mujeres según sus propias perspectivas y relatos (Kornblit, 2004). Dada la especificidad de la temática, y la escasez de investigaciones previas sobre las experiencias de jóvenes lesbianas y heterosexuales de sectores medios en las consultas ginecológicas y las estrategias que despliegan estas mujeres para relacionarse con los discursos de los y las profesionales de la salud, se llevó a cabo un diseño de carácter exploratorio-descriptivo. Para responder a los objetivos y preguntas de la investigación, realicé doce entrevistas semi-estructuradas a jóvenes que se autoidentificaron como lesbianas y diez a jóvenes que se autoidentificaron como heterosexuales. De este modo, el universo de estudio estuvo conformado por jóvenes lesbianas y heterosexuales cis, usuarias o potenciales usuarias de servicios ginecológicos, de 18 a 32 años, de sectores medios residentes en el Área Metropolitana de Buenos Aires.

Si bien cada trayectoria ginecológica posee características específicas que la hacen una experiencia particular y única, los relatos de las mujeres analizados en esta tesis permitieron delinear una serie de rasgos comunes en las trayectorias ginecológicas de las mujeres lesbianas y heterosexuales entrevistadas, y otro conjunto de características específicas de cada grupo de mujeres usuarias (lesbianas, por un lado, y mujeres heterosexuales, por otro).

En el Capítulo 2 se describió cómo las jóvenes lesbianas y heterosexuales entrevistadas inician sus consultas ginecológicas, y se analizaron los recorridos que van tomando y atravesando las trayectorias ginecológicas de estas mujeres. Se desarrolló cómo las entrevistas analizadas dieron cuenta de ciertos acontecimientos

y/o quiebres importantes en las trayectorias biográficas (Leclerc-Olive, 2009) de cada una de las jóvenes –independientemente de su orientación e identidad sexual- que las impulsaron a asistir por primera vez a una consulta ginecológica. De acuerdo con los relatos de las entrevistadas, y tal como señalan Brown y Tamburrino (2011) y Brown y Pecheny (2012), entre dichos acontecimientos se destacaron, tanto entre las mujeres heterosexuales como entre las mujeres lesbianas –previamente a autoidentificarse de tal modo-, la proximidad de la primera menstruación, la cercanía o concreción de la primera relación sexual con un varón, la búsqueda de pastillas anticonceptivas indicadas profesionalmente, y/o problemas de salud.

Al mismo tiempo, fue posible identificar que tanto las mujeres heterosexuales como las lesbianas entrevistadas, en general, no acuden a su primera consulta ginecológica solas, sino en compañía de una persona adulta, en particular de sus madres. Tomando como base los aportes de los estudios de género, fue posible observar cómo son las madres de las mujeres heterosexuales y lesbianas entrevistadas –históricamente a cargo de las tareas de cuidado en el ámbito de la familia (Enríquez, 2016)- las encargadas de iniciarlas en sus trayectorias ginecológicas.

Por otro lado, los relatos de las mujeres entrevistadas pusieron de relieve un imperativo del cuidado (Brown, 2004; Torres, Miranda-Ribeiro y Machado, 2008) de la salud sexual y reproductiva internalizado –al menos a nivel discursivo- por todas las mujeres, independientemente de su orientación e identidad sexual. De este modo, las contribuciones proporcionadas por la sociología de la salud y los estudios de género permitieron corroborar que son las mujeres quienes asisten más regularmente al sistema de salud (Canevari Bledel, 2011: 5). En este punto, sin embargo, se señaló que este mandato internalizado del cuidado de la salud sexual y reproductiva, que parecía ser un elemento que atravesaba a todas las mujeres simplemente por ser mujeres, en la práctica se ve reflejado en diferentes recorridos que adoptan las trayectorias ginecológicas de las jóvenes entrevistadas, ya que los sentimientos que emergen en las consultas no son necesariamente idénticos.

Tal como señalaron tanto las mujeres heterosexuales como las lesbianas, diferentes causas las llevan a cambiar de ginecólogo o ginecóloga en algunas oportunidades. Pueden identificarse dos grupos de causas por las que las mujeres entrevistadas –independientemente de su orientación sexual- deciden, en algún momento de sus trayectorias, cambiar de profesional. El primer conjunto estuvo vinculado con situaciones o factores externos a la relación que las mujeres hayan

podido establecer con los y las profesionales de la salud, tales como cambios imprevistos en su cobertura de salud y mudarse de ciudad. El segundo conjunto de motivos por los cuales tanto las jóvenes heterosexuales como las lesbianas entrevistadas se han visto impulsadas a cambiar de médico o médica, se vinculó con la búsqueda de una mayor contención por parte de los ginecólogos y las ginecólogas. Sin embargo, en el caso de las jóvenes lesbianas, se señaló un factor adicional específico que dispara la necesidad de cambiar de profesional y puede impactar en la continuidad de sus trayectorias ginecológicas: esto es, transitar un espacio de consulta en el que se da por sentado que las mujeres son heterosexuales.

Respecto de este último punto, y retomando nuevamente los aportes de los estudios de género (Facchini, 2005; Tarducci, 2008, citado en Canevari Bledel, 2011: 74; Pecheny et al., 2011; Canevari Bledel, 2011; Pozzio, 2011; Brown y Pecheny, 2012; Ariza 2014; Gilligan, 2016), se identificó la naturalización que los ginecólogos y las ginecólogas hacen –no necesariamente de manera consciente y a modo de *habitus* (Bourdieu, [1980] 2010)- de la mujer en tanto heterosexual y en tanto madre como un factor que impacta en la decisión de las jóvenes entrevistadas de continuar o interrumpir sus consultas ginecológicas, en la medida que estas mujeres se sientan identificadas o no con esos discursos médicos. En otras palabras, y siguiendo la perspectiva teórica de Schütz (1974, 2003), se describió cómo los ginecólogos y las ginecólogas construyen –no necesariamente de modo intencional- un conjunto de tipificaciones alrededor de la figura de la “mujer” en tanto mujer heterosexual y madre.

En el caso de las mujeres heterosexuales entrevistadas, se desarrolló cómo, en general, se reconocen en principio en las tipificaciones que hacen de ellas los ginecólogos y las ginecólogas como heterosexuales y madres o potenciales madres. De esta forma, comparten en mayor medida –en términos de Habermas (1989)- las pretensiones de validez con los y las profesionales. Por el contrario, en el caso de las jóvenes lesbianas entrevistadas, se señaló que estas mujeres afirman no sentirse automáticamente interpeladas por los discursos de los y las profesionales de la salud, y no reconocerse necesariamente en las tipificaciones de los ginecólogos y las ginecólogas respecto de qué significa “ser una mujer”. Al no autotipificarse las jóvenes lesbianas como mujeres heterosexuales y necesariamente como madres, y al no compartir con los y las profesionales las mismas pretensiones de validez respecto de qué significa “ser una mujer”, surgen “ruidos” en la interacción con el o la

profesional, que pueden operar como un primer obstáculo que retrasa, pospone, y/o impide que se concrete la consulta ginecológica.

En este punto, se introdujo la pregunta respecto de por qué esta construcción normativa que hacen los ginecólogos y las ginecólogas de la figura de la “mujer” podría generar la expulsión de aquellas mujeres que no se autoidentifican como heterosexuales de las consultas. Para responder a dicho interrogante, en el Capítulo 3 se identificó cómo la construcción que realizan los y las profesionales de la mujer en tanto heterosexual y en tanto madre se enmarca en una construcción del problema de la salud sexual y reproductiva de las mujeres como un problema de salud (hetero)sexual y reproductiva. En particular, se demostró cómo dicha construcción del problema de la salud (hetero)sexual y reproductiva conlleva determinadas representaciones sociales de la salud, del cuidado y del riesgo que construyen las propias mujeres entrevistadas y los y las profesionales –según los relatos de las mismas mujeres-.

Recuperando los aportes de la sociología de la cultura, se señaló cómo los relatos de las mujeres heterosexuales entrevistadas ponen de relieve la construcción de representaciones sociales (Kornblit, 1995; Hall, 1997; Amossy y Herschberg Pierrot, 2001; Petracci y Kornblit, 2007) de la salud y del cuidado más cercanas a los discursos de los y las profesionales. Esto último se debe a que, para ellas, dejar de consultar al profesional médico implica dejar de cuidarse, aun cuando sean críticas respecto de los modos de preguntar de los y las profesionales y de la cantidad de información que se llevan de las visitas médicas. Se identificó cómo los relatos de las mujeres heterosexuales dan cuenta de que las mismas no problematizan en principio otras prácticas de cuidado de la salud sexual y reproductiva que no implican necesariamente asistir a las consultas ginecológicas, y cómo depositan en los y las profesionales la fuente de saber y de conocimiento técnico legítimo en relación a la temática.

Al mismo tiempo, fue posible identificar que para las jóvenes heterosexuales entrevistadas, el cuidado no solo es equiparado a asistir regularmente a las consultas ginecológicas, sino también al uso de pastillas anticonceptivas indicadas profesionalmente (Brown y Tamburrino, 2011; Brown y Pecheny, 2012), ya que su principal temor son los embarazos no planificados que no tengan lugar en las condiciones y los tiempos considerados social y normativamente aceptables, y solo secundariamente las infecciones de transmisión sexual. Las representaciones sociales

del cuidado y del riesgo que construyen las mujeres heterosexuales se hallan más cercanas a los discursos de los y las profesionales de la salud, en la medida que las mismas mujeres reconocen que para los y las profesionales cuidarse también implica utilizar un método anticonceptivo. De este modo, se puso de relieve que, bajo el imperativo del cuidado (Brown, 2004; Torres, Miranda-Ribeiro y Machado, 2008) de la salud sexual y reproductiva, subyacen, tanto entre las mujeres heterosexuales como entre los ginecólogos y las ginecólogas, representaciones sociales del cuidado definido en clave heteronormativa y asociado principalmente al uso de anticonceptivos y a la prevención de embarazos no planificados. En este punto, las jóvenes heterosexuales entrevistadas como los y las profesionales comparten, en principio, ciertas representaciones sociales de la salud, del cuidado y del riesgo basadas en la idea del amor romántico (Palumbo, 2015; Marentes, Palumbo y Boy, 2016). Bajo esta idea del amor romántico, el uso de métodos anticonceptivos hormonales como el principal método de barrera se justifica por la confianza de fidelidad y de monogamia de la pareja, que asegura que solamente exista el riesgo de un embarazo no planificado, pero no riesgos de infecciones de transmisión sexual.

En cambio, se señaló que, a diferencia de las mujeres heterosexuales –quienes, en principio, no problematizan otras prácticas de cuidado de la salud sexual y reproductiva que no implican necesariamente asistir a las consultas ginecológicas de manera regular, ya que los discursos médicos cubren en mayor o menor medida sus expectativas-, las jóvenes lesbianas denuncian la falta de una atención ginecológica adecuada por parte de los y las profesionales de la salud, dado que, según sus relatos, la consulta ginecológica se guía por la presunción de su heterosexualidad (Brown, 2006; Petracci y Ramos, 2006; Brown et al., 2007; Pecheny et al., 2011; Brown et al., 2014). Aún en aquellos casos donde las mujeres lesbianas entrevistadas consultan profesionales “amigables” respecto de su orientación e identidad sexual, reconocen, sin embargo, que los y las profesionales construyen representaciones sociales donde las prácticas de cuidado de la salud sexual y reproductiva son solamente necesarias en relaciones coitales-vaginales. Bajo este esquema, se señaló, entonces, que las representaciones sociales del cuidado que construyen los ginecólogos y las ginecólogas –no necesariamente de manera consciente- alimentan el mito de que las mujeres que tienen relaciones con mujeres no tienen realmente sexo y no ameritan cuidados específicos (Brown, 2006).

Para las mujeres lesbianas entrevistadas, el cuidado de su salud sexual y reproductiva implica dos componentes a través de los cuales obtener información: consultar –al igual que las mujeres heterosexuales- a servicios de atención ginecológicos, y al mismo tiempo, –y como rasgo distintivo de este grupo de mujeres usuarias- socializar entre ellas prácticas de cuidado sobre el propio cuerpo más caseras y accesibles para implementar en relaciones sexuales con mujeres. Sin embargo, se señaló que, a diferencia de las mujeres heterosexuales –quienes, en general, equiparan el cuidado a asistir regularmente a las consultas ginecológicas-, las jóvenes lesbianas entrevistadas afirman tener incorporada o no la importancia de concurrir a las visitas ginecológicas dependiendo de si han transitado o no espacios de activismo y militancia feminista.

Asimismo, se observó que tanto las mujeres lesbianas que tienen trayectorias en espacios de activismo y militancia feminista, como aquellas que nunca transitaron esas instancias, construyen representaciones sociales del cuidado y del riesgo ligadas exclusivamente a prácticas sexuales heterosexuales, ya que no conciben riesgos de infecciones de transmisión sexual en relaciones sexuales entre mujeres. Se puso de relieve que tanto las jóvenes lesbianas –al asociar la noción de riesgo con las infecciones de transmisión sexual en relaciones coitales-vaginales-, como las heterosexuales –al vincular el riesgo principalmente a embarazos no planificados-, construyen representaciones sociales del riesgo y, como corolario, de la necesidad e importancia de cuidarse, en la medida que mantengan relaciones coitales-vaginales con varones.

En este contexto, se desarrolló cómo estas representaciones sociales de la salud sexual y reproductiva, del cuidado y del riesgo de los y las profesionales, pero también de las propias mujeres que acceden a los servicios ginecológicos, nacen en, producen y reproducen una construcción del problema de la salud sexual y reproductiva de las mujeres como un problema de salud (hetero)sexual y reproductiva. Se describió cómo las mujeres entrevistadas se enfrentan, en los servicios de atención ginecológicos, a una serie de mensajes e imaginarios por parte de los y las profesionales que reproducen esta construcción del problema de la salud sexual y reproductiva en clave heteronormativa (ya sea a través de construir representaciones sociales del cuidado y del riesgo asociadas principalmente a embarazos no planificados, o al mito de que las prácticas de cuidado de la salud sexual y reproductiva son solamente necesarias en el marco de relaciones coitales-

vaginales). Retomando los aportes teóricos de la sociología de los problemas públicos (Gusfield, [1981] 2014) y de la sociología de la desviación (Becker, [1963] 2012), fue posible identificar que esta construcción del problema de la salud (hetero)sexual y reproductiva en tanto problema público conlleva representaciones morales de lo que es normativamente correcto y válido en términos de prácticas sexuales y, como corolario, determinadas respuestas sobre cuáles son los métodos de cuidado deseables para hacer frente a dicho problema.

Las conductas construidas como no deseadas por los ginecólogos y las ginecólogas son –por un lado- los embarazos no planificados y las maternidades que no tengan lugar en las condiciones y los tiempos estipulados como social y normativamente aceptables (ya sea porque se estime conveniente retrasarlas o acelerarlas). En este caso, se observó que la respuesta de los ginecólogos y las ginecólogas, en términos de prácticas de cuidado, es el uso de métodos anticonceptivos hormonales como el principal método de barrera (Brown y Tamburrino, 2011; Brown y Pecheny, 2012).

Al mismo tiempo, se describió cómo los y las profesionales de la salud construyen y reproducen –no necesariamente de modo consciente e intencional- ciertos imaginarios del lesbianismo como conducta desviada (Becker, [1963] 2012) de la heteronormatividad, es decir, como conducta que está por fuera de lo normativamente correcto y se ubica, en cambio, dentro de lo humanamente inconcebible (Butler, 2002). En otras palabras, y siguiendo nuevamente los aportes teóricos de Habermas (1989), se destacó cómo los y las profesionales comparten y reproducen –no necesariamente de modo premeditado y consciente- ciertas pretensiones de validez respecto de lo que se considera normativamente aceptable y moralmente recto en términos de prácticas sexuales: esto es, que las mujeres desarrollen prácticas sexuales heterosexuales (en particular, coitales-vaginales) orientadas a la reproducción y con pretensiones de maternidad.

De este modo, el análisis de las entrevistas invitó a reflexionar acerca de cómo las prácticas e identidades sexuales de las jóvenes lesbianas no solamente son construidas como conductas desviadas de la heterosexualidad obligatoria, sino también cómo estas mujeres son expulsadas de las consultas ginecológicas e invisibilizadas (Brown, 2006; Petracci y Ramos, 2006; Brown et al., 2007; Pecheny et al., 2011; Brown y Tamburrino, 2011; Brown y Pecheny, 2012; Brown et al., 2014), viendo limitado su ejercicio pleno de derechos –en este caso de la salud-. El hecho de

que las prácticas e identidades sexuales de las jóvenes entrevistadas se encuentren invisibilizadas en las consultas ginecológicas coloca a las mujeres lesbianas en una posición de vulnerabilidad social (Ayres et al., 2006) ya que no obtienen respuestas de los y las profesionales, quienes no les proveen la información adecuada para llevar, *a priori*, una vida sexual cuidada.

En este punto, se introdujo el siguiente interrogante: ¿qué hacen las mujeres lesbianas entrevistadas frente a la falta de una atención ginecológica adecuada por parte de los y las profesionales? Para responder a dicha pregunta, en el Capítulo 4 se desarrolló cómo estas mujeres se ven obligadas a buscar estrategias y respuestas autogestionadas para satisfacer sus necesidades de salud y dudas particulares en canales alternativos a los servicios de atención ginecológicos. Para ello, se recuperaron los aportes de la sociología de la individuación para identificar, caracterizar y comparar las principales pruebas a las que están sometidas las jóvenes lesbianas y heterosexuales entrevistadas en el marco de la consulta ginecológica, y los principales soportes con los que cuentan para responder a sus necesidades en materia de salud sexual y reproductiva.

De este modo, se señaló que empezar a asistir regularmente a las consultas ginecológicas a raíz de determinados acontecimientos y/o quiebres importantes en las trayectorias biográficas de las mujeres¹⁵ constituye el inicio de una prueba existencial (Martuccelli, 2006; Araujo y Martuccelli, 2010; Martuccelli, 2010; Martuccelli y De Singly, 2012) en sus vidas desde ese momento en adelante, que pareciera no resolverse nunca y a la que tendrán que enfrentarse las jóvenes siempre. A partir de dichos acontecimientos, tanto las jóvenes lesbianas como las heterosexuales entrevistadas no solo se ven obligadas a enfrentar la prueba de concurrir a servicios ginecológicos, sino también ante la prueba de convertirse en expertas en el manejo de un cierto lenguaje técnico para poder desenvolverse en las visitas médicas y poder traducir lo aprendido en prácticas de cuidado.

A diferencia de las mujeres heterosexuales –quienes deben enfrentarse a las pruebas de asistir a servicios de ginecología a partir de puntos de inflexión en sus vidas y adquirir cierta expertización en la temática de salud sexual y reproductiva-; las

¹⁵ Tal como se desarrolló en el Capítulo 2, y tal como señalan Brown y Tamburrino (2011) y Brown y Pecheny (2012), fue posible identificar entre dichos acontecimientos, tanto entre las mujeres heterosexuales como entre las lesbianas, la proximidad de la primera menstruación, el inicio de sus relaciones sexuales con varones –en el caso de las mujeres lesbianas previamente a autoidentificarse como tales-, la consecuente búsqueda de pastillas anticonceptivas, y/o problemas de salud.

mujeres lesbianas entrevistadas tienen que enfrentarse –además de a dichas pruebas- a la de una consulta ginecológica guiada por la presunción de heterosexualidad. Al mismo tiempo, se desarrolló cómo para hacer frente a estas pruebas, las jóvenes entrevistadas, tanto heterosexuales como lesbianas, disponen de un conjunto de soportes (Martuccelli, 2006, 2007, 2010), que pueden ser formales (como los servicios de atención ginecológicos) o informales (como los espacios de sociabilidad entre pares y/o el acceso a información a través del uso de internet).

Para identificar qué soportes adquieren mayor relevancia en cada grupo de mujeres se recuperaron –en primer lugar- las experiencias de las jóvenes heterosexuales. Se describió cómo estas mujeres, si bien se muestran críticas hacia el trato que reciben de los y las profesionales en sus consultas ginecológicas, dirigen sus críticas a las cualidades personales de los ginecólogos y las ginecólogas, pero no hacia el contenido mismo de la información que los y las profesionales les proveen en materia de cuidado y de prevención de la salud sexual y reproductiva. De este modo, se identificó cómo las mujeres heterosexuales entrevistadas depositan una confianza en el saber experto de los ginecólogos y las ginecólogas que no solo legitima a la información que proveen, sino también a ellos mismos o a ellas mismas en tanto profesionales. Para estas mujeres, el ginecólogo o la ginecóloga que las atiende cumple un rol central en tanto soporte para satisfacer sus necesidades de salud. En otras palabras, y retomando las contribuciones teóricas de la sociología de la salud, se señaló cómo las mujeres heterosexuales confían en los expertos médicos y en la aplicación de su conocimiento racional, científico y técnico (López-Arellano y Blanco-Gil, 1994) para responder a sus dudas en materia de salud sexual y reproductiva. El principal soporte con el que cuentan estas mujeres frente a las pruebas de preocuparse por su salud sexual y reproductiva y de convertirse en expertas en la temática, lo constituyen los consejos y las recomendaciones profesionales en materia de cuidado, que les proveen los ginecólogos y las ginecólogas.

Si bien las jóvenes heterosexuales cuentan con las recomendaciones médicas como su principal soporte, eso no significa que estas mujeres no tengan acceso a otros canales de información, sino que el uso de esos canales se halla sujeto a si la información disponible allí está de acuerdo o no con los discursos de los y las profesionales de la salud. De esta forma, se observó que, para las entrevistadas, intercambiar entre ellas información y experiencias sobre el cuidado de su salud

funciona como una herramienta complementaria a los discursos de los ginecólogos y las ginecólogas. Al mismo tiempo, se describió cómo las jóvenes heterosexuales desconfían de la calidad de la información disponible en internet debido al origen incierto de la misma. Por el contrario, se señaló que para que la información sobre prácticas de cuidado de la salud sexual y reproductiva sea considerada confiable por estas mujeres, la misma debe tener como fuente el saber experto y provenir de los ginecólogos o las ginecólogas de confianza que las atienden. De este modo, fue posible identificar que los espacios de sociabilidad (Pozzio, 2011) entre mujeres heterosexuales funcionan como canales complementarios a los servicios de atención ginecológicos y como un medio para conocer y recomendarse ginecólogos y ginecólogas de confianza, y no cuestionan los fundamentos mismos del saber médico dominante.

Al igual que las jóvenes heterosexuales, las mujeres lesbianas también tienen acceso a canales de información alternativos a los servicios de atención ginecológicos. Sin embargo, mientras que para las mujeres heterosexuales estos canales de información son útiles en la medida que refuerzan y complementan a las recomendaciones médicas; en el caso de las mujeres lesbianas entrevistadas, los mismos constituyen soportes que suplen la falta de una atención ginecológica adecuada. La falta de un asesoramiento médico específico y su invisibilización –no necesariamente consciente- por parte de los ginecólogos y las ginecólogas habilitan el espacio para que las jóvenes lesbianas entrevistadas desarrollen varias estrategias que apuntan a informarlas sobre las prácticas y los métodos de cuidado existentes. También se señaló, sin embargo, que la posibilidad de intercambiar información entre pares y/o de acceder a canales alternativos a los servicios ginecológicos se halla mediada por las experiencias de estas mujeres en espacios feministas y militantes.

Se describió cómo los grupos de militantes feministas permiten la circulación de información sobre prácticas de cuidado y sobre prevención de infecciones de transmisión sexual, y disponen de un nivel de expertización mayor al de las mujeres no militantes y al de los y las profesionales de la salud. De este modo, se desarrolló cómo aquellas mujeres que han transitado espacios de activismo y militancia feminista encuentran en esas instancias de sociabilidad (Pozzio, 2011) soportes esenciales para informarse y responder a sus dudas sobre prácticas de cuidado en relaciones sexuales entre mujeres. En otras palabras, se describió cómo las redes de militancia operan como agentes de promoción de la salud y suponen, para las jóvenes

lesbianas entrevistadas, soportes (Martuccelli, 2006, 2007, 2010) que les permiten hacer frente a una consulta ginecológica definida en clave heteronormativa.

Por el contrario, las jóvenes lesbianas no militantes no tienen generalmente acceso a información. Pese a que las mujeres lesbianas en general afirman no cuidarse, en el caso de aquellas mujeres que han transitado espacios de activismo no llevar adelante prácticas de cuidado es reconocido de manera crítica. En cambio, en el caso de las jóvenes lesbianas no militantes, se señaló que la falta de prácticas de cuidado en sus relaciones sexuales es considerada la única opción posible en la medida que no disponen de la misma información que sus pares militantes. Por ello se destacó que, en principio, las jóvenes no militantes se encuentran en una posición incluso mayor de vulnerabilidad social (Ayres et al., 2006) en relación a sus pares militantes. Ahora bien, también se señaló que esta situación es susceptible de ser modificada en la medida que las jóvenes comienzan a salir con alguien que sí ha atravesado experiencias de militancia en ámbitos feministas, funcionando nuevamente estos espacios como promotores de salud.

De la misma manera, se señaló que a pesar de la existencia de estas redes de contención e información alternativas, las entrevistadas afirman que no alcanzan para hacer frente a las necesidades de salud específicas de la población de mujeres lesbianas. En cambio, se destacó la propuesta de las jóvenes de combinar la acción de lugares militantes y autogestionados y la acción de organismos oficiales del Estado.

En este contexto, se introdujo el debate respecto de hasta qué punto los canales de información alternativos a los circuitos estatales de atención que desarrollan las mujeres lesbianas entrevistadas son suficientes para suplir las deficiencias del modelo ginecológico tradicional y subsanar la falta de una atención adecuada. En otras palabras, se abrió la pregunta respecto de hasta qué punto la información que circula por estos canales puede ser considerada confiable y/o puede perjudicar la salud de las mujeres en cuestión.

Para finalizar esta tesis, resulta necesario introducir, en primer lugar, una serie de limitaciones inherentes al diseño de la investigación y posibles preguntas y líneas de indagación que serán retomadas en la tesis doctoral; y en segundo lugar, discutir la posibilidad de pensar políticas públicas integrales en salud sexual y reproductiva.

Respecto del primer punto, cabe destacar que la presente tesis se focalizó en las experiencias de jóvenes lesbianas y heterosexuales de sectores medios. Asimismo, el universo de estudio estuvo conformado solamente por mujeres que residen en el

Área Metropolitana de Buenos Aires, que –como todo centro urbano- ofrece una mayor variedad de servicios educativos y de salud que la provista por zonas no urbanas. Dicho sector poblacional –es decir, aquel caracterizado por pertenecer a sectores medios y residir en un centro urbano-, por definición tiene acceso a un conjunto de servicios educativos y de salud y a diferentes redes sociales de contención que hacen de este sector un grupo privilegiado, que cuenta con recursos materiales, sociales, simbólicos y afectivos, y que estudia o ha cursado estudios terciarios o universitarios. Si bien como una primera aproximación a la temática esta decisión metodológica de –como sugieren Pecheny et al. (2011)- tratar de disminuir la incidencia de otros factores adversos (como la pobreza u otras circunstancias de la vida social o personal) ha resultado útil para detectar las barreras específicas de acceso a las consultas ginecológicas ligadas con la orientación no heterosexual, cabe preguntarse en qué medida los hallazgos de esta tesis son específicos de este grupo socioeconómico, y en qué medida se pueden generalizar las conclusiones a otros grupos de mujeres con características sociodemográficas distintas. En este contexto, en la tesis doctoral avanzaré en complementar las experiencias de las mujeres aquí analizadas con narrativas de mujeres pertenecientes a sectores bajos y que habiten, por ejemplo, en zonas rurales.

Cabe destacar también una segunda advertencia respecto de la composición de la muestra. Sobre este punto, vale decir que la muestra final de la investigación que dio pie a la tesis estuvo conformada tanto por mujeres lesbianas que han transitado espacios de activismo y militancia feminista, como por aquellas jóvenes que nunca circularon por esas instancias de sociabilidad. Sin embargo, dentro del grupo de mujeres heterosexuales, ninguna de las jóvenes había atravesado experiencias de militancia en ámbitos feministas al momento de realizar las entrevistas. Es por ello que en el marco de la tesis doctoral incorporaré las experiencias de mujeres heterosexuales que frecuentan espacios de activismo y militancia feminista, para poder compararlas con las de aquellas mujeres heterosexuales no militantes analizadas en esta tesis.

Respecto de las posibilidades de pensar políticas públicas integrales en materia de salud sexual y reproductiva, esta tesis permitió visibilizar diferentes aspectos y problemáticas de los modos en que los servicios de atención ginecológicos (des)atienden a las necesidades de las jóvenes lesbianas entrevistadas. Una

investigación realizada en Argentina¹⁶ sobre la temática ya había identificado la presunción de heterosexualidad como uno de los obstáculos que esta población encuentra para acceder a los servicios de salud sexual y reproductiva. Aquí confirmamos aquella tesis al mismo tiempo que llamamos la atención sobre un fenómeno de creciente magnitud y que podría afectar la salud de las mujeres lesbianas: frente a un Estado que no logra proveer servicios ginecológicos adecuados, las mujeres lesbianas entrevistadas –en particular, aquellas que frecuentan espacios de militancia feminista- despliegan una serie de estrategias individuales y colectivas para enfrentar dicha carencia. Por ejemplo, en lugar de recurrir a servicios médicos, recurren a otras mujeres o a internet en busca de información.

Estas estrategias permiten dar cuenta del carácter de agente (Giddens, 1982) de las mujeres lesbianas entrevistadas: los relatos analizados ponen de relieve las experiencias particulares de cada una frente a las consultas ginecológicas y los recursos y soportes (Martuccelli, 2006, 2007, 2010) que tienen a mano para poder hacer frente a un encuentro médico definido en clave heteronormativa. Al mismo tiempo, este fenómeno repercute en los modos en los que se vinculan estas mujeres con el saber médico y cómo da lugar a la evitación de la consulta ginecológica (Carvalho y Furegato, 2001) con todas las consecuencias que ello puede traer: si bien es posible acceder a información de calidad, también es posible encontrarse con mitos e información errónea que atenten contra la salud de las mujeres en cuestión. Tal como se señaló en páginas anteriores, sin dejar de reconocer lo valiosos que son estos espacios de sociabilidad y estas experiencias de intercambiar información entre mujeres sobre prácticas de cuidado, la pregunta que surge es hasta qué punto los potenciales beneficios que conllevan estas redes de contención e información alternativas también se ven limitados por la posibilidad de encontrarse con información errónea y/o no necesariamente corroborada, que podría afectar y poner en peligro la salud de las mujeres lesbianas. Es por ello que, como señalan las entrevistadas, resulta necesario implementar un sistema de atención integral que combine la acción de lugares militantes y autogestionados y la acción de organismos

¹⁶ El estudio Colaborativo multicéntrico (CONAPRIS-Salud Investiga) titulado “Cuestiones emergentes de accesibilidad en salud sexual y procreación responsable” fue coordinado por el director de la presente tesis, el Dr. Mario Pecheny, durante 2010-2011, y estuvo integrado además por Cecilia Tamburrino, Ana María Andía, Silvia Mario, Alejandro Capriati, Leandro Luciani Conde, Gabriela Perrota, Inés Ibarlucía y Josefina Brown.

oficiales del Estado, para poder corroborar la calidad y la fuente de la información disponible en internet y/o en dichos espacios.

Como señalan Mario Pecheny y Rafael de la Dehesa (2010: 8), el modelo de política pública centrado meramente en el Estado ya no existe más: es decir, “los ámbitos de acción son cada vez más globales y más locales, al tiempo que proliferan los actores y espacios políticos por fuera del Estado y el territorio nacional”. En otras palabras, según los autores mencionados, “más que medidas y programas aislados y limitados al ámbito estatal, las políticas públicas involucran una red de actores articulándose en torno a la ‘gubernamentalidad’” (Foucault, 2004; Lascoumes y Le Galès, 2007; citados en Pecheny y de la Dehesa, 2010: 8). En efecto, las políticas públicas no son producto solamente de la acción de un gobierno, sino de su interacción con, entre otros, actores y actrices de la sociedad civil (Cunial, 2016: 228). Para describir y analizar los procesos involucrados en el desarrollo de políticas públicas de salud sexual y reproductiva, resulta necesario acercarse no solo a las y los tomadores de decisiones estatales, sino también a su interdependencia con la sociedad (Sabatier y Jenkins-Smith, 1993).

En el caso de los servicios de atención ginecológicos, la evidencia recolectada de los testimonios de las jóvenes da cuenta de una política pública que no surge necesariamente del Estado, sino que es la sociedad civil –en este caso, mediante las agrupaciones de militantes feministas- la que suple al aparato estatal en aquellos “márgenes” donde se deja por fuera de la intervención a todo un sector poblacional no exclusivamente heterosexual. La existencia de un modelo de atención en salud sexual y reproductiva basado en la presunción de heterosexualidad (Brown, 2006; Petracci y Ramos, 2006; Brown et al., 2007; Pecheny et al., 2011; Brown et al., 2014) define, en términos de Ayres (2008), los proyectos de felicidad¹⁷ a los que deberían aspirar las mujeres. Toda sociedad se caracteriza por compartir un conjunto de horizontes normativos (Cunial, 2014: 45). En el caso de los vínculos erótico-sexual-afectivos, los sistemas de salud a los que acceden las mujeres entrevistadas no conciben –explícita o implícitamente- que las mujeres puedan tener prácticas sexuales distintas al modelo coital-vaginal heterosexual. Esto produce en la práctica –como se señaló en páginas anteriores- una invisibilización de las mujeres lesbianas en las consultas

¹⁷ Por proyecto de felicidad se entiende la “experiencia, simultáneamente afectiva, corporal y espiritual de realización del valor atribuido a la vida” (Ayres, 2008: 165).

ginecológicas, y en consecuencia, limita su ejercicio pleno de derechos –en este caso de la salud-. Tal como afirma María Aluminé Moreno (2008: 221):

Más allá de la legislación específica contra la discriminación basada en género, orientación sexual o identidad sexual sancionada desde los años ochenta, tanto el discurso de las políticas públicas como las rutinas administrativas estatales promueven categorías sexuales y de género que construyen a gays, lesbianas, travestis, transexuales, transgéneros, bisexuales e intersexuales como sujetas y sujetos excluidos de la ciudadanía.

La falta de políticas de atención y de prevención adecuadas por parte del Estado en relaciones sexuales entre mujeres genera, en este contexto, que las entrevistadas busquen estrategias autogestionadas para superar los límites propios de un sistema de salud estructuralmente excluyente de lesbianas. Como alternativas a los circuitos estatales de atención ginecológica, las mujeres entrevistadas descubren nuevos espacios de sociabilidad (Pozzio, 2011) –físicos y/o virtuales- que las dotan de saberes que funcionan a modo de un sentido práctico (Brown et al., 2013). En este contexto, cabe destacar a las organizaciones feministas de la sociedad civil como “esferas de provisión de bienestar” con principios diferentes a los del Estado, el mercado y la familia (Arcidiácono, 2011: 160). Frente a un Estado incapaz de hacer frente a las demandas y necesidades de salud de las mujeres lesbianas, es la sociedad civil, en un claro modelo *bottom-up*¹⁸ de política pública, la que surge como un canal alternativo para satisfacerlas y cuestionar el saber médico dominante. En este punto, sin embargo, resulta menester llamar la atención sobre el hecho de que, según las propias entrevistadas, no todas las mujeres tienen experiencias de militancia en ámbitos feministas y, por lo tanto, no tienen acceso a la misma información que sus pares militantes. En tal caso, las jóvenes lesbianas no militantes no solo no recibirían un asesoramiento médico adecuado por parte de los servicios de atención ginecológicos formales, sino que también quedarían por fuera de los espacios de sociabilidad feminista y de la información que circula por dichos canales informales. Es por ello que, sin subestimar la relevancia y el rol prioritario de los movimientos de mujeres para pensar políticas públicas integrales en salud sexual y reproductiva, resulta necesario insistir nuevamente en la necesidad e importancia de combinar la

¹⁸ De acuerdo con Stella Theodoulou (2013; citado en Jones y Cunial, 2017: 109), el modelo *top-down* considera que “las políticas surgen de manera jerárquica y controlada por el Estado, y su implementación se reduce a un mero trámite administrativo”. Por el contrario, para el modelo *bottom-up* “las políticas públicas nunca son instituciones ‘completas’ y, en consecuencia, los actores locales (estatales y no estatales) tienen amplios niveles de autonomía para implementarlas” (Theodoulou, 2013; citado en Jones y Cunial, 2017: 109).

acción de lugares militantes y autogestionados y la acción de circuitos estatales de atención.

Para finalizar, en este contexto, cabe introducir el siguiente interrogante: ¿cuáles son las posibilidades reales de implementar una política pública integral en materia de salud sexual y reproductiva? Frente a un Estado ausente, la sociedad civil puede surgir como un actor que provea servicios de manera alternativa. Resulta necesario avanzar en el diseño y la implementación de políticas públicas que recuperen las voces, demandas y necesidades de las mujeres lesbianas en pos de alcanzar un sistema de salud más democrático y una atención de salud integral, desde una perspectiva de género y derechos. Con tal fin, resulta indispensable trabajar en conjunto con los actores y actrices de la sociedad civil interesados e interesadas en esta problemática, ya que –como bien señalan las entrevistadas– constituyen grupos que, a partir de un conocimiento específico, destinan sus esfuerzos a la promoción de la salud sexual y reproductiva y a la circulación y socialización de información en la temática. Sin embargo, es necesario que haya un diálogo iterativo entre el actor estatal y el no estatal. El desafío a futuro reside, entonces, en crear e institucionalizar canales de diálogo entre ambas esferas.

Bibliografía

- Acevedo, M. (2011). "Aportes de la teoría social de Alfred Schütz para pensar la política y la acción colectiva." *Trabajo y Sociedad*, 17, 83-94.
- Almeida, G. (2005). *Da invisibilidade à vulnerabilidade: percursos do "corpo lésbico" na cena brasileira face à possibilidade de infecção por DST e Aids* (Tesis de Doctorado). Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Río de Janeiro.
- Almeida, G. (2009). "Argumentos em torno da possibilidade de infecção por DST e Aids entre mulheres que se autodefinem como lésbicas." *Physis-Revista de Saúde Coletiva*, 19 (2), 301-331.
- Amossy, R. y Pierrot, H. (2001). *AH Estereotipos y clichés*. Buenos Aires: Eudeba.
- Araujo, K. y Martuccelli, D. (2010). "La individuación y el trabajo de los individuos." *Educação e Pesquisa*, 36, 77-91.
- Arcidiácono, P. (2011). "El protagonismo de la sociedad civil en las políticas públicas: entre el 'deber ser' de la participación y la necesidad política." *Revista del CLAD Reforma y Democracia*. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=357533683006> [Acceso 07-05-2018].
- Ariza, L. (2005). "Tecnologías reproductivas en la Argentina contemporánea: la experiencia de la infertilidad en mujeres usuarias." En López, E. y Pantelides, E. (Comp.) *Aportes a la investigación social en salud sexual y reproductiva* (257-285). Buenos Aires: CENEP, CEDES, AEPA, UNFPA.
- Ariza, L. (2010). "La procreación como evento natural o tecnológico: repertorios decisorios acerca del recurso a la reproducción asistida en mujeres en parejas infértiles de Buenos Aires." *Eä Revista en Salud, Sociedad, Ciencia y Tecnología*, 2 (1). Disponible en: <http://www.ea-journal.com/es/numeros-anteriores/61-vol-2-no-1-agosto-2010-sp-668/235-la-procreacion-como-evento-natural-o-tecnologico-repertorios-decisionales-acerca-del-recurso-a-la-reproduccion-asistida-en-mujeres-en-parejas-infertiles-de-buenos-aires> [Acceso 07-05-2018].
- Ariza, L. y Libson, M. (2011). "Biología, maternidad y derechos. Experiencias de mujeres heterosexuales y mujeres lesbianas con la procreación asistida." En Geldstein, R. y Schufer, M. (Eds.) *Problemas actuales de salud reproductiva, familia y género* (317-352). Buenos Aires: UNFPA-Biblos.

- Arredondo, A. y Meléndez, V. (1992). “Modelos explicativos sobre la utilización de servicios de salud: revisión y análisis.” *Salud Pública de México*, 34, 36-49.
- Ayres, J. (2008). “Para comprender el sentido práctico de las acciones de salud: contribuciones de la hermenéutica filosófica.” *Salud Colectiva*, 4 (2), 159-72.
- Ayres, J.; Paiva, V.; França, I.; Gravato, N.; Lacerda, R.; Della Negra, M.; Marques, H.; Galano, E.; Lecussan, P.; Segurado, A. y Silva, M. (2006). “Vulnerability, Human Rights, And Comprehensive Health Care Needs of Young People Living With HIV/AIDS.” *American Journal of Public Health*, 96 (6), 1001-1006.
- Bach, A.; Roulet, M. y Santa Cruz, M. I. (1997). “Experiencia e identidad de género.” *Hiparquia*, 9, 24-26.
- Barbosa, R. M. y Facchini, R. (2009). “Acesso a cuidados relativos à saúde sexual entre mulheres que fazem sexo com mulheres em São Paulo, Brasil.” *Cadernos de Saúde Pública*, 25 (2), 291-300.
- Barrancos, D. (2014). “Géneros y sexualidades disidentes en la Argentina: de la agencia por los derechos a la legislación positiva.” *Cuadernos Inter. ca mbio sobre Centroamérica y el Caribe*, 11 (2), 17-46.
- Bauer, G. R. y Welles, S. L. (2001). “Beyond assumptions of negligible risk: sexually transmitted diseases and women who have sex with women.” *American Journal of Public Health*, 91 (8), 1282-1286.
- Bazzi, A. R.; Whorms, D. S.; King, D. S. y Potter, J. (2015). “Adherence to mammography screening guidelines among transgender persons and sexual minority women.” *American journal of public health*, 105 (11), 2356-2358.
- Becker, H. [1963] (2012). *Outsiders: hacia una sociología de la desviación*. Buenos Aires: Siglo XXI.
- Biagini, G. (1996). “La conformación del objeto de estudio de la sociología de la salud.” *Publicación Interna Cátedra de Sociología de la Salud*, 2.
- Bourdieu, P. (2000). *La dominación masculina*. Barcelona: Anagrama.
- Bourdieu, P. [1980] (2010). *El sentido práctico*. Buenos Aires: Siglo XXI.
- Brown, J. (2004). “Derechos, ciudadanía y mujeres en Argentina.” *Política y cultura*, 21, 111-125.
- Brown, J. (2006). “Salud ginecológica.” En Jones, D.; Libson, M. y Hiller, R. (Eds.) *Sexualidades, política y violencia: Marcha del Orgullo GLTTBI, Buenos Aires 2005: Segunda Encuesta* (93-100). Buenos Aires: Antropofagia.

- Brown, J. y Pecheny, M. (2012). "Accesibilidad a la salud sexual de mujeres heterosexuales, lesbianas y bisexuales." Ponencia presentada en el V Congreso de la Asociación Latinoamericana de Población, "Las transiciones en América Latina y el Caribe. Cambios demográficos y desafíos sociales presentes y futuros", Montevideo, Uruguay.
- Brown, J. y Tamburrino, C. (2011). "Salud y mujeres no heterosexuales: la violencia de la invisibilidad." Ponencia presentada en el Segundo encuentro de sociólogos de la Provincia de Buenos Aires, Mar del Plata, Buenos Aires, Argentina.
- Brown, J.; Gattoni, S.; Tamburrino, C. y Pecheny, M. (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.
- Brown, J.; Pecheny, M.; Gattoni, S. y Tamburrino, C. (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*, 5 (12), 37-49.
- Brown, J.; Pecheny, M.; Tamburrino, C.; Luciani Conde, L.; Perrotta, G.; Capriati, A.; Andía, A. M.; Mario, S. e Ibarlucia, I. (2014). "Atención ginecológica de lesbianas y bisexuales: notas sobre el estado de situación en Argentina". *Interface-Comunicação, Saúde, Educação*, 18 (51), 673-684.
- Butler, J. (2001). *El género en disputa. El feminismo y la subversión de la identidad*. Buenos Aires: Paidós.
- Butler, J. (2002). *Cuerpos que importan*. Buenos Aires: Paidós.
- Butler, J. (2004). *Lenguaje, poder e identidad*. Madrid: Síntesis.
- Butler, J. (2006). *Vida precaria*. Buenos Aires: Paidós.
- Canevari Bledel, C. (2011). *Cuerpos enajenados. Experiencias de mujeres en una maternidad pública*. Santiago del Estero: Barco Edita.
- Canguilhem, G. (2005). *Lo normal y lo patológico*. Buenos Aires: Siglo XXI.
- Carvalho, M. L. O. y Furegato, A. R. F. (2001). "Exame ginecológico na perspectiva das usuárias de um serviço de saúde." *Revista Eletrônica de Enfermagem* (online), Goiânia, 3 (1). Disponible en: <https://www.revistas.ufg.br/fen/article/view/698/771> [Acceso 07-05-2018].

- Charmaz, K. (2000). "Grounded Theory: Objectivist and Constructivist Methods." En Denzin, N. y Lincoln, Y. (Eds.) *Handbook of Qualitative Research* (509-536). California: Sage.
- Chaves, M. (2009). "Investigaciones sobre juventudes en la Argentina: estado del arte en ciencias sociales 1983-2006." *Papeles de trabajo*, 5 (2).
- Checa, S. (1996). "Uso y gestión de los servicios de salud pública en la atención del embarazo y regulación de la fecundidad." *Revista del Hospital Materno Infantil Ramón Sardá*, 15 (1), 12-16.
- Checa, S. (Comp.) (2003). *Género, sexualidad y derechos reproductivos en la adolescencia*. Buenos Aires: Paidós.
- Conrad, P. (1982). "Sobre la medicalización de la anormalidad y el control social." En Ingleby, D. (Ed.) *Psiquiatría crítica. La política de la salud mental* (129-159). Barcelona: Crítica.
- Consejo Nacional para Prevenir la Discriminación (2016). *Glosario de la diversidad sexual, de género y características sexuales*. Ciudad de México. Disponible en: http://www.conapred.org.mx/documentos_cedoc/Glosario_TDSyG_WEB.pdf [Acceso 07-05-2018].
- Cunial, S. (2014). *El uso de drogas ilegales como asunto de política pública en Argentina* (Tesis de Maestría). Universidad Torcuato Di Tella, Argentina.
- Cunial, S. (2016). "Conflictos alrededor de cuestiones con poca saliencia política: el debate por la despenalización de drogas en Argentina (2009-2014)." *Revista SAAP*, 10 (2), 221-248.
- Daverio, A. (2006). "El proceso de implementación de la política pública de salud reproductiva en la Ciudad de Buenos Aires: desafíos ideológicos e institucionales: El caso del Hospital General de Agudos 'Dr. Cosme Argerich' y su área programática." En Petracci, M. y Ramos, S. (Comp.) *La política pública de salud y derechos sexuales y reproductivos en la Argentina: aportes para comprender su historia* (223-245). Buenos Aires: UNFPA-CEDES.
- De Beauvoir, S. [1949] (1995). *El segundo sexo*. México: Siglo Veinte.
- Enríquez, L. (2016). *Mujeres, trabajo y porvenir. Una mirada a las prácticas de maternidad y organización social del cuidado. Estudio de caso comunidad el porvenir, provincia de Esmeraldas, Ecuador* (Tesis de Maestría). Pontificia Universidad Católica del Ecuador, Ecuador.

- Facchini, R. (2005). “Mujeres, homosexualidades y salud: Visibilizando demandas e caminos.” *Boletín Electrónico del Proyecto Sexualidades, Salud y Derechos Humanos en América Latina*, 16. Disponible en: <http://www.ciudadaniasexual.org/boletin/boletin16.htm> [Acceso 07-05-2018].
- Farge, A. (1991). “La historia de las mujeres. Cultura y poder de las mujeres: ensayo de historiografía.” *Revista Historia Social*, 9, 79-101.
- Faur, E. (2012). “El cuidado infantil desde las perspectivas de las mujeres–madres. Un estudio en dos barrios populares del Área Metropolitana de Buenos Aires.” En Esquivel, V.; Faur, E. y Jelin, E. (Eds.) *Las lógicas del cuidado infantil. Entre las familias, el Estado y el mercado* (107-163). Buenos Aires: UNFPA.
- Faur, E. y Gherardi, N. (2005). “El derecho al trabajo y la ocupación de las mujeres.” En Equipo Latinoamericano de Justicia y Género (Coord.) *Informe sobre Género y Derechos Humanos. Vigencia y respeto de los derechos de las mujeres en Argentina* (207-252). Buenos Aires: ELA-Biblos.
- Figari, C. (2010). “El movimiento LGBT en América Latina: institucionalizaciones oblicuas.” En Massetti, A.; Villanueva, E. y Gómez, M. (Comps.) *Movilizaciones, protestas e identidades colectivas en la Argentina del bicentenario* (225-240). Buenos Aires: Nueva Trilce.
- Foucault, M. (1976). “Historia de la medicalización.” *Educación Médica y Salud*, 11 (1), 3-25.
- Foucault, M. (2004). *Sécurité, Territoires, Population*. París: Gallimard y Seuil.
- Foucault, M. [1976] (2013). *Historia de la sexualidad. Tomo 1: La voluntad del saber*. Buenos Aires: Siglo XXI.
- Freidson, E. (1978). *La profesión médica*. Barcelona: Ediciones Península.
- Fundación Huésped (2017). *Análisis de la accesibilidad y la calidad de atención de la salud para la población lesbiana, gay, trans y bisexual (LGBT) en cinco regiones sanitarias de la Provincia de Buenos Aires*. Buenos Aires: Fundación Huésped-Consejo Federal de Inversiones.
- García-Sánchez, I. (2004). “Diferencias de género en el VIH/sida.” *Gaceta Sanitaria*, 18 (5), 47-54.
- Geldstein, R. y Pantelides, E. (2001). *Riesgo reproductivo en la adolescencia*. Buenos Aires: UNICEF.

- Gemetro, F. (2009). "Figuraciones lésbicas en las primeras producciones de las ciencias sociales." Ponencia presentada en 8va Reunión de Antropología del Mercosur, "Diversidad y poder en América Latina", Buenos Aires, Argentina.
- Giarraca, N. y Bidaseca, K. (2004). "Ensamblando las voces: los actores en el texto sociológico." En Kornblit, A. L. (Coord.) *Metodologías cualitativas en ciencias sociales* (35-46). Buenos Aires: Biblos.
- Giddens, A. (1982). *Profiles and critiques in social theory*. Londres: Macmillan.
- Gilligan, C. (2016). "'Como para llenar un formulario'. Reflexiones sobre la producción de documentos en un servicio hospitalario de obstetricia." *Estudios Sociales del Estado*, 2 (4), 210-225.
- Glaser, B. y Strauss, A. (1967). *The discovery of grounded theory. Strategies for qualitative research*. Chicago: Aldine Publishing Company.
- Gogna, M. (2005). *Estado del arte. Investigación sobre sexualidad y derechos en Argentina (1990-2002)*. Buenos Aires: CEDES-CLAM.
- Gogna, M. y Ramos, S. (1996). "El acceso a la anticoncepción: una cuestión de derechos humanos y de salud pública." *Perspectivas bioéticas en las Américas*, 2, Buenos Aires, FLACSO, 134-140.
- Gogna, M.; Ibarlucía, I.; Pecheny, M.; Barrón López, S.; Tamburino, C. y Camarotti, A. C. (2007). "La situación de las personas viviendo con VIH/sida. Las perspectivas de las organizaciones y redes sociales y los prestadores/as y responsables de programas de salud." *Revista Medicina*, 67 (I), 126.
- Gogna, M.; Pantelides, E. A. y Ramos, S. (1997). "Las enfermedades de transmisión sexual: género, salud y sexualidad." *Cuaderno del CENEP*, 52, Buenos Aires: CENEP-CEDES, 83.
- Gogna, M.; Pecheny, M.; Manzelli, H.; Ibarlucía, I. y Barrón López, S. (2009). "The reproductive needs and rights of people living with HIV in Argentina: health service users' and providers' perspectives." *Social Science and Medicine*, 69 (6), 813-820.
- Guber, R. (2001). *La etnografía: método, campo y reflexividad*. Bogotá: Editorial Norma.
- Güelman, M. (2016). "Encontrar el sentido de la vida". *Rehabilitación y conversión en dos comunidades terapéuticas religiosas de redes internacionales* (Tesis de Maestría). Universidad Nacional de General Sarmiento-Instituto de Desarrollo Económico y Social, Argentina.

- Gusfield, J. [1981] (2014). *La cultura de los problemas públicos: el mito del conductor alcoholizado versus la sociedad inocente*. Buenos Aires: Siglo XXI.
- Habermas, J. (1989). *Teoría de la acción comunicativa*. Buenos Aires: Taurus.
- Hall, S. (1997). *Representation. Cultural representations and signifying practices*. Londres: Sage.
- Heck, J. E.; Sell, R. L. y Gorin, S. S. (2006). "Health care access among individuals involved in same-sex relationships." *American Journal of Public Health*, 96 (6), 1111-1118.
- Heilborn, M. y Brandão, E. (1999). "Introdução: Ciências Sociais e Sexualidade." En Heilborn, M. (Org.) *Sexualidade: o olhar das ciências sociais* (7-17). Río de Janeiro: Editora Zahar.
- Herrera, C. y Campero, L. (2002). "La vulnerabilidad e invisibilidad de las mujeres ante el VIH/sida: constantes y cambios en el tema." *Salud pública de México*, 44 (6), 554-564.
- Herzlich, C. y Pierret, J. (1988). "De ayer a hoy: construcción social del enfermo." *Cuadernos Médico Sociales*, 43, 21-31.
- Hiller, R. (2010). "Matrimonio igualitario y espacio público en Argentina." En Aldao, M. y Clérico, L. (Coords.) *Matrimonio Igualitario. Perspectivas sociales, políticas y jurídicas* (85-130). Buenos Aires: Eudeba.
- Hiller, R. (2016). "De la discreción al pudor. Derechos y nuevos regímenes de visibilidad a partir del Matrimonio Igualitario." En Gutiérrez, M. A. (Comp.) *Entre-dichos-cuerpos. Coreografías de los generos y las sexualidades* (65-88). Buenos Aires: Godot.
- Jelin, E. (1996). "Human Rights and the Construction of Democracy." En Jelin, E. y Hershberg, E. (Eds.) *Constructing Democracy: Human Rights, Citizenship, and Society in Latin America* (193-212). Boulder: Westview Press.
- Jodelet, D. (1989). "Représentations sociales : un domaine en expansion." En Jodelet, D. (Ed.) *Les représentations sociales* (47-78). París: PUF.
- Jones, D. (2007). "'La primera vez nunca se olvida': la iniciación sexual de adolescentes en Trelew (Chubut)." En Kornblit, A. L. (Coord.), *Juventud y vida cotidiana* (27-55). Buenos Aires: Biblos.
- Jones, D. (2010). *Sexualidades adolescentes. Amor, placer y control en la Argentina contemporánea*. Buenos Aires: Clacso-Ediciones Ciccus.

- Jones, D. y Cunial, S. (2017). "Más allá de los límites el Estado. Instituciones católicas y evangélicas de Partidos del Gran Buenos Aires (Argentina) en la implementación de políticas públicas sobre drogas." *Revista Desafíos*, 29 (2), 85-123.
- Kornblit, A. L. (1995). *De las representaciones colectivas a las representaciones sociales*. Buenos Aires: Mimeo.
- Kornblit, A. L. (Coord.) (2007). *Juventud y vida cotidiana*. Buenos Aires: Biblos.
- Kornblit, A. L. (Coord.). (2004). *Metodologías cualitativas en ciencias sociales: modelos y procedimientos de análisis*. Buenos Aires: Biblos.
- Kosofsky-Sedgwick, E. (1998). *Epistemología del armario*. Barcelona: Ediciones de la Tempestad.
- Lamas, M. (2013). *El género: la construcción cultural de la diferencia sexual*. México D.F.: Porrúa.
- Lascoumes, P. y Le Galès, P. (Eds.) (2004). *Gouverner par les instruments*. París: Sciences Po.
- Leclerc-Olive, M. (2009). "Temporalidades de la experiencia: las biografías y sus acontecimientos. Iberofórum." *Revista de Ciencias Sociales de la Universidad Iberoamericana*, 4 (8), 1-39.
- Libson, M. (2011). *Familias y diversidad. Las parentalidades gays y lesbianas en Buenos Aires* (Tesis de Doctorado). Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Buenos Aires, Argentina.
- Libson, M. (2012). "Parentalidades gays y lesbianas: los cambios de relato." *Sociedade e Cultura*, 15 (2), 309-317.
- López-Arellano, O. y Blanco-Gil, J. (1994). "Modelos socio-médicos en salud pública: coincidencias y desencuentros." *Salud Pública de México*, 36, 374-384.
- López, E.; Findling, L. y Abramzón, M. (2006). "Desigualdades en salud: ¿Es diferente la percepción de morbilidad de varones y mujeres?." *Salud colectiva*, 2 (1), 61-74.
- López, M. (2012). "Liderazgo de popularidad y composición del partido nuevo de Córdoba: comunicación política, redes y nuevas formas de representación." *Question*, 1 (33), 69-82.
- Luz, M. (1997). *Natural, racional, social. Razón médica y racionalidad científica moderna*. Buenos Aires: Lugar Editorial.
- Manzelli, H. y Pecheny, M. (2007). "Conductas reproductivas y deseos de fecundidad en personas viviendo con VIH." *Revista Medicina*, 67 (I), 127.

- Marentes, M., Palumbo, M., y Boy, M. (2016). “‘Me clavó el visto’: Los jóvenes y las esperas en el amor a partir de las nuevas tecnologías.” *Astrolabio*, 17, 307-330.
- Marrazzo, J. M.; Koutsky, L. A.; Kiviat, N. B.; Kuypers, J. M. y Stine, K. (2001). “Papanicolaou test screening and prevalence of genital human papillomavirus among women who have sex with women.” *American journal of public health*, 91 (6), 947-952.
- Martuccelli, D. (2006). *Lecciones de sociología del individuo*. Lima: Universidad Católica de Perú.
- Martuccelli, D. (2007). *Gramáticas del individuo*. Buenos Aires: Losada.
- Martuccelli, D. (2010). Entrevista. *Doble Vínculo*, 1 (1), 1-26.
- Martuccelli, D. y De Singly, F. (2012). *Las sociologías del individuo*. Santiago de Chile: LOM Ediciones.
- McNair, R. (2005). “Risks and prevention of sexually transmissible infections among women who have sex with women.” *Sexual Health*, 2 (4), 209-217.
- Meccia, E. (2006). *La cuestión gay. Un enfoque sociológico*. Buenos Aires: Gran Aldea.
- Moreno, A. (2008). “La invisibilidad como injusticia. Estrategias del movimiento de la diversidad sexual.” En Pecheny, M.; Figari, C. y Jones, D. (Comps.) *Todo sexo es político: Estudios sobre sexualidades en Argentina* (217-245). Buenos Aires: Libros del Zorzal.
- Moscovici, S. (1961). *La Psychanalyse, son image et son public*. París: PUF.
- OIJ-CEPAL. (2004). *La juventud en Iberoamérica. Tendencias y urgencias*. Santiago de Chile: OIJ-CEPAL.
- OMS (2000). *La salud de los jóvenes: un desafío para la sociedad*. Disponible en: http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/36922/WHO_TRS_731_spa.pdf;jsessionid=293C3B10FB840D8EA4DDAC5E1459D72A?sequence=1 [Acceso 07-05-2018].
- ONU (2013). *Definition of Youth*. Disponible en: <https://www.un.org/esa/socdev/documents/youth/fact-sheets/youth-definition.pdf> [Acceso 07-05-2018].
- ONUSIDA (2007). *Guía de acciones estratégicas para prevenir y combatir la discriminación por orientación sexual e identidad de género: Derechos humanos, salud y VIH*. Buenos Aires: ONUSIDA.
- orientación sexual e identidad de género: Derechos humanos, salud y VIH*. Buenos

Aires:

Palumbo, M. (2015). *Las dinámicas de la violencia contra las mujeres y el amor en los primeros noviazgos juveniles en el Área Metropolitana de Buenos Aires* (Tesis de Maestría). Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Buenos Aires, Argentina.

Parsons, T. (1966). *El sistema social*. Madrid: Revista de Occidente.

Parsons, W. (1995). *Public policy: an introduction to the theory and practice of policy analysis*. Northampton: Edward Elgar Publishing.

Pecheny, M. (2001). “De la “no-discriminación” al “reconocimiento social”. Un análisis de la evolución de las demandas políticas de las minorías sexuales en América Latina.” Ponencia presentada en el XXIII Congress of Latin American Association, Washington DC, Estados Unidos.

Pecheny, M. (2002). “Identidades discretas.” En Arfuch, L. (Ed.) *Identidades, sujetos y subjetividades* (125-147). Buenos Aires: Prometeo.

Pecheny, M. (2010). “Political Agents or Vulnerable Victims? Framing Sexual Rights as Sexual Health in Argentina.” En Aggleton, P. y Parker, R. (Eds.) *Handbook of Sexuality, Health and Rights* (359-369). Nueva York: Routledge.

Pecheny, M. (2013). “Desigualdades estructurales, salud de jóvenes LGBT y lagunas de conocimiento: ¿qué sabemos y qué preguntamos?.” *Temas em Psicologia*, 21 (3), 961-972.

Pecheny, M. y de la Dehesa, R. (2010). “Sexualidades y políticas en América Latina: el matrimonio igualitario en contexto.” En Aldao, M. y Clérico, L. (Coords.) *Matrimonio igualitario. Perspectivas sociales, políticas y jurídicas* (11-62). Buenos Aires: Eudeba.

Pecheny, M.; Alonso, J. P.; Brown, J.; Capriati, A.; Mantilla, J.; Gattoni, S.; Gómez, L.; Maulen, P.; Siccardi, J. P.; Tamburrino, C. y Manzelli, H. (2007). “La ciudadanización de la salud: derechos y responsabilidades en salud sexual-reproductiva, enfermedades crónicas y cuidados paliativos.” En López, E. y Pantelides, E. A. (Comps.) *Aportes a la investigación social en salud sexual y reproductiva* (195-289). Buenos Aires: CENEP, CEDES, AEPA, UNFPA.

Pecheny, M.; Tamburrino, C.; Mario, S.; Luciani Conde, L.; Capriati, A.; Brown, J.; Andía, A. M.; Ibarlucía, I. y Perrota, G. (2011). *Barreras de accesibilidad en salud sexual y procreación responsable: problemas emergentes*. Informe final presentado ante la Comisión Nacional Salud Investiga. Buenos Aires: Ministerio de Salud de la Nación.

- Petracci, M. y Kornblit, A. L. (2007). “Representaciones sociales: una teoría metodológicamente pluralista.” En Kornblit, A. L. (Comp.) *Metodologías cualitativas en Ciencias Sociales* (91-112). Buenos Aires: Biblos.
- Petracci, M. y Ramos, S. (2006). *La política pública de salud y derechos sexuales y reproductivos en la Argentina: aportes para comprender su historia*. Buenos Aires: UNFPA-CEDES.
- Petracci, M.; Kornblit, A. L. y Mendes Diz, A. (1999). “Por qué se usa o no el preservativo en Argentina.” *Desidamos*, VII (2), 11-16.
- Petracci, M.; Pecheny, M.; Mattioli, M. y Capriati, A. (2012). “El aborto en las trayectorias de mujeres y varones de la ciudad de Buenos Aires.” *Sexualidad, Salud y Sociedad-Revista Latinoamericana*, 1 (12), 164-197.
- Pozzio, M. (2011). *Madres, mujeres y amantes. Usos y sentidos de género en la gestión cotidiana de las políticas de salud*. Buenos Aires: Antropofagia.
- Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (2013). *Consultorios amigables para la diversidad sexual. Guía de implementación*. Argentina: PNUD. Disponible en: http://www.msal.gob.ar/images/stories/bes/graficos/0000000323cnt-2014-01_guia-implementacion-consultorios-amigables.pdf [Acceso 07-05-2018].
- Ramos, S. y Romero, M. (1998). “El aborto en la Argentina: Problema de salud pública y equidad social.” *Ginecología y Reproducción*, 6 (3), 108-120.
- Ramos, S.; Pantelides, E.; Mormandi, J. y Osore, O. (1996). “La deserción de mujeres con Papanicolaou positivo en hospitales públicos del Área Metropolitana de Buenos Aires.” *Revista de la Sociedad de Obstetricia y Ginecología de Buenos Aires*, 75 (919), 109-120.
- Rich, A. (1996). “Heterosexualidad obligatoria y existencia lesbiana.” *DUODA: estudios de la diferencia sexual*, 10, 15-48.
- Richard, N. (2002). “Género.” En Altamirano, C. (Dir.) *Términos críticos de sociología de la cultura* (95-110). Buenos Aires: Paidós.
- Rochefort, D. y Cobb, R. (1994). *The Politics of Problem Definition*. Lawrence: University Press of Kansas.
- Rodríguez, O. F. (2014). “Salud sexual y desarrollo de la sexualidad de mujeres lesbianas, en edad adulta.” *Revista Sexología y Sociedad*, 19 (2), 102-115. Disponible en: <http://revsexologiaysociedad.sld.cu/index.php/sexologiaysociedad/article/view/190/27> [Acceso 07-05-2018].

- Romero, M. y Maceira, D. (Eds. publicación en castellano) (2009). *Derechos sexuales y reproductivos y reformas del sector salud*. Buenos Aires: Centro de Estudios de Estado y Sociedad.
- Rubin, G. [1975] (1986). “El tráfico de mujeres: notas sobre la economía política del sexo.” *Revista Nueva Antropología*, 8 (30), 15-74.
- Sabatier, P. y Jenkins-Smith, H. (1993). *Policy Change and Learning: An Advocacy Coalition Approach*. Boulder: Westview Press.
- Sardá, A.; Posa Guinea, R. M. y Villalba Morales, V. (2006). “Lesbianas en América Latina: de la inexistencia a la visibilidad.” *Mujeres en Red, El Periódico Feminista*. Disponible en: <http://www.mujiresenred.net/spip.php?article1349> [Acceso 07-05-2018].
- Schuster, F. y Pecheny, M. (2002). “Objetividad sin neutralidad valorativa según Jürgen Habermas.” En Schuster, F. (Comp.) *Filosofía y Métodos de las Ciencias Sociales* (237-264). Buenos Aires: Manantial.
- Schütz, A. (1974). *El problema de la realidad social*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Schütz, A. (2003). “El sentido común y la interpretación científica de la acción humana.” En Natanson, M. (Comp.) *El problema de la realidad social* (35-108). Buenos Aires: Amorrortu.
- Scott, J. (1993). “El género: una categoría útil para el análisis histórico.” En Lamas, M. (Comp.) *El género: la construcción cultural de la diferencia sexual* (265-302). México: PUEG-Editorial Porrúa.
- Soldano, D. (2002). “La subjetividad a escena. El aporte de Alfred Schütz a las ciencias sociales.” En Schuster, F. (Comp.) *Filosofía y Métodos de las Ciencias Sociales* (59-92). Buenos Aires: Manantial.
- Soneira, A. (2006). “La ‘teoría fundamentada en los datos’ (Grounded Theory) de Glaser y Strauss.” En Vasilachis de Gialdino, I. (Ed.) *Estrategias de investigación cualitativa* (153-174). Barcelona: Gedisa.
- Stone, D. (2002). *Policy Paradox: The Art of Political Decision-Making*. Nueva York: W.W. Norton.
- Szulik, D.; Gogna, M.; Petracci, M.; Ramos, S. y Romero, M. (2008). “Anticoncepción y aborto en Argentina: perspectivas de obstetras y ginecólogos.” *Salud Pública de México*, 50 (1), 32-39.
- Tamburrino, M.; Brown, J.; Gattoni, S. y Pecheny, M. (2007). “Cuerpo, sexualidad y ‘cosas de mujeres’. Un análisis de la atención ginecológica.” Ponencia presentada en

las IV Jornadas de Jóvenes Investigadores, Instituto de Investigaciones Gino Germani, Buenos Aires, Argentina.

Tarducci, M. (2008). *Maternidades en el siglo XXI*. Buenos Aires: Espacio Editorial.

Theodoulou, S. (2013). "The Structure and Context of Policy Making." En Theodoulou, S. y Cahn, M. (Eds.) *Public Policy. The Essential Readings*. Nueva York: Pearson.

Torres, M. E. D. A.; Miranda-Ribeiro, P. y Machado, C. J. (2008). "Vai lá, tira a roupa... e... pronto... ": o acesso a consultas ginecológicas em Belo Horizonte, MG." *Revista Brasileira de Estudos de População*, 25 (1), 49-69.

Trupa, N. S. (2017). "Repensando las maternidades: El caso de parejas lesbianas usuarias de nuevas tecnologías reproductivas." *Cuestiones de género: de la igualdad y la diferencia*, 12, 09-20.

Tubert, S. (1995). "Introducción a la edición española." En Flax, J. *Psicoanálisis y feminismo. Pensamientos fragmentarios* (7-42). Madrid: Cátedra.

Valadão, R. D. C. y Gomes, R. (2011). "A homossexualidade feminina no campo da saúde: da invisibilidade à violência." *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, 21 (4), 1451-1467.

Varela, P. Y Bosoer, V. (2002). "Agencia y estructura: reflexiones en torno a la teoría de la estructuración." En Schuster, F. (Comp.) *Filosofía y Métodos de las Ciencias Sociales* (131-176). Buenos Aires: Manantial.

Vasilachis de Gialdino, I. (Coord.) (2007). *Estrategias de investigación cualitativa*. Barcelona: Gedisa.

Villanueva, M. M. y Gogna, M. (2007). "La incorporación de la perspectiva de género en la currícula médica: obstáculos y desafíos para su implementación." *Revista Medicina*, 67 (I), 63-64.

Warren, C. (1988). *Gender Issues in Field Research*. Thousand Oaks: Sage.

Weeks, J. (1998). "La construcción cultural de las sexualidades. ¿Qué queremos decir cuando hablamos de cuerpo y sexualidad?." En Szasz, I. y Lerner, S. (Comps.) *Sexualidades en México. Algunas aproximaciones desde la perspectiva de las ciencias sociales* (199-221). México: El Colegio de México.

Wieringa, S. (2010). "Health risks for women who have sex with women, in particular in relation to HIV/AIDS." *Sexualidad, Salud y Sociedad. Revista Latinoamericana*, 4, 157-173.

Noticias periodísticas

BBC Mundo Salud (2014, 05 de mayo): Mitos y tabúes de las enfermedades de transmisión sexual entre lesbianas. Disponible en: http://www.bbc.com/mundo/noticias/2014/05/140502_salud_enfermedades_transmision_sexual_lesbianas_gtg [Acceso 07-05-2018].

El Mundo (2012, 23 de marzo): El sexo entre mujeres sí entraña riesgos. Disponible en: <http://www.elmundo.es/elmundosalud/2012/03/22/noticias/1332409967.html> [Acceso 07-05-2018].

Sexualidad De10 (2008, 08 de diciembre): Sexo lésbico, ¿cómo cuidarse?. Disponible en: <http://archivo.de10.com.mx/wdetalle1982.html> [Acceso 07-05-2018].

Blogs

Hola Doctor (2015, 23 de abril): Sexo entre mujeres ¿hay riesgo de infecciones?. Disponible en: <https://holadoctor.com/es/enfermedades-de-transmisi%C3%B3n-sexual/el-sexo-entre-mujeres-puede-contagiar-una-ets> [Acceso 07-05-2018].

MDZ femme (2015, 07 de mayo): Sexo entre mujeres: cómo cuidarse. Disponible en: <https://www.mdzol.com/nota/602825-sexo-entre-mujeres-como-cuidarse/> [Acceso 07-05-2018].

Mendoza Post (2015, 30 de abril): De esto no se habla: ¿Cómo cuidarse en el sexo entre mujeres?. Disponible en: <http://www.mendozapost.com/nota/9519-de-esto-no-se-habla-como-cuidarse-en-el-sexo-entre-mujeres/> [Acceso 07-05-2018].

Taringa (s/f): ETS: ¿cómo protegernos entre lesbianas?. Disponible en: <https://www.taringa.net/posts/femme/3166469/ETS-como-protegernos-entre-lesbianas.html> [Acceso 07-05-2018].